

ной дефибрилляции с энергией 300Дж. После каждого разряда необходимо контролировать данные ЭКГ. Третий разряд производят с энергией 350Дж.

Если ФЖ сохраняется, энергию разряда увеличивают в 2 раза (до 4Дж/кг веса) и повторяют разряд дважды, быстро и без пауз.

Дефибрилляцию следует проводить до восстановления гемодинамически эффективного ритма. При неэффективности первой серии из трёх разрядов необходимо продолжить основные реанимационные действия: интубировать трахею и обеспечить в/в доступ.

После дефибрилляции возможно возникновение следующих аритмий: ЖТ, ЭМД, асистолия, наджелудочковые аритмии. Данные постконверсионные ритмы сами по себе могут привести к вторичной остановке кровообращения.

При невозможности проведения электрической дефибрилляции по поводу остановки кровообращения, можно использовать прекардиальный удар, т.е. резкий удара кулаком по нижней трети грудины с расстояния 25-30см. Смысл прекардиального удара заключается в рефлекторном воздействии на миокард путём преобразования механической энергии в электрический потенциал, восстанавливающий нормальный ритм сердца.

Обеспечение венозного доступа

Обеспечение венозного доступа – ключевое условие при реанимационных мероприятиях. Предпочтение отдается установке в вене пластикового катетера.

Катетеризацию периферической вены производят с помощью полиэтиленового катетера из стерильного набора, одетого на иглу, служащую стилетом. Место вкола, как правило, локтевой сгиб. Можно также использовать подкожные вены тыльной поверхности кисти или вены нижних конечностей. Наполнение вены перед пункцией достигается наложением жгута. Если при этом пульс перестает прощупываться, необходимо уменьшить давление жгута. Чтобы вена не смещалась, ее фиксируют между указательным и большим пальцами левой руки.

После обработки кожи вкол делают по току крови к центру под острым углом к поверхности кожи, чтобы сразу проникнуть в просвет лежащей за ней вены. Катетер проводят на 5-10 мм параллельно ходу вены. Если катетер находится в просвете вены, то из наружного конца его сразу показывается темная венозная кровь. После этого извлекают из катетера иглу, катетер продвигают глубже по вене и фиксируют липким пластырем.

Осложнением катетеризации периферических вен при длительном многосуточном нахождении катетера в вене являются: флебит и тромбофлебит. Их риск пропорционален увеличению сроков пребывания катетера в вене. При их развитии вливание следует прекратить, катетер удалить и использовать другую вену.

Периферические вены у больных в критических состояниях чаще всего бывают спавшимися и плохо контурируются, в этом случае приходится прибегать к венесекции.

Надежным способом обнаружения вены во всех случаях является v. saphena magna впереди медиальной лодыжки. Расположение vv. basilica,