



## КЛИНИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ, ОСНОВАННЫЕ НА СОБСТВЕННОМ ОПЫТЕ, ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Низамов Х.Ш.

Исматил Н.А.

Рузиева А.А.

Самаркандский региональный филиал Республиканского  
специализированного научно-практического медицинского  
центра кардиологии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15411069>

### ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 05-May 2025 yil

Ma'qullandi: 10-May 2025 yil

Nashr qilindi: 14-May 2025 yil

### KEYWORDS

Нейропротекция,  
интенсивная терапия,  
постгипоксическая  
энцефалопатия,  
гемодинамика, сердечно-  
легочная реанимация,  
реабилитация пациента.

### ABSTRACT

*Описывается в данной статье клинический случай, когда развилась энцефалопатия после длительной гипоксии, на фоне проведенной длительной реанимации у пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Несмотря на возникновение различных осложнений после реанимационных мероприятий, включая длительное коматозное состояние – Указывается значение, роль и эффективность интенсивной терапии с комплексным подходом, позволяющий добиться значимых положительных динамических показателей, как неврологических так и кардиологических; даже на фоне возникающих различного рода осложнений после оказания реанимационных мероприятий, включая длительное нахождение в коматозном состоянии.*

**Цель исследования:** Установление значения комплексного подхода к реанимационным мероприятиям и интенсивной терапии, который позволит добиться значимого положительного динамического эффекта, как неврологического, так и кардиологического.

**Актуальность.** Многие исследования научно доказали, что успешно проведенные реанимационные мероприятия приводят к развитию огромного количества проблем, считающихся последствием повреждений головного мозга [1,4]. Данные различных авторов подтверждают это следующими данными [3,4]: В первые 2 недели (14 дней) после проведенной сердечно-легочной реанимации (СЛР) летальный исход наступает у более чем 63,2% пациентов, тогда как остальные 36,8% пожизненно страдают различными рода неврологическими нарушениями. И в то же время в 9-17% случаях процесс несёт необратимый характер [5].

Проведённые реанимационные мероприятия, установили связь развития постишемической аноксической энцефалопатии (ПИАЭ) с возникшими неврологическими осложнениями [2,3]. Патологически ПИАЭ обуславливается так же гипоксией, гипотензией и гипоперфузией головного мозга. При проведении успешной реанимации после гемодинамически эффективного восстановления

функции сердца можно наблюдать: Увеличенное  $pCO_2$ , возникновение метаболического кетоацидоза и реперфузии. Вышеописанный период указывает на отсутствие церебральной ауторегуляции, для установления которого необходимо проведение церебрально-перфузионного давления.

Последние клинические рекомендации выделили несколько направлений, в целях защиты головного мозга (нейропротекция) после гипоксической агрессии, к которым относятся: Обеспечение улучшенной доставки кислорода к головному мозгу; уменьшение потребности головного мозга к кислороду[2,3]; улучшение и корректировка метаболизма головного мозга.

В кропотливом и сложном процессе восстановления пациентов с постгипоксической энцефалопатией выделяют следующие этапы: реабилитационный и амбулаторный [1,7]. Несмотря на оказание помощи как в реабилитационном так и амбулаторном периоде- заболевание может растягиваться от 1-2 лет, до более продолжительного периода.

**Описание клинического случая:** Ниже будет описываться возникновение постгипоксической энцефалопатии, после оказания длительных реанимационных мероприятий; и динамику клинического улучшения.

Пациент С., 58 лет, в прошлом школьный учитель начальных классов, поступил в Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра Кардиологии 14.08.23 году в отделение неотложной кардиохирургии и кардиореанимации. Спустя 12 минут после поступления, наступила клиническая смерть. Из анамнеза находился на диспансерном учёте со стабильной стенокардией напряжения, 7 дней тому назад возник очередной приступ ангинозной боли. На мониторе наблюдалась-фибрилляция желудочков. В отделение произвели 8 разрядов дефибриллятора, 5 внутрисердечных инъекций атропина и адреналина. Все вышеприведённые мероприятия восстановили сердечную деятельность. Произвели интубацию трахеи, начали ИВЛ. Реанимационное мероприятие заняло общее время продолжительностью 35-40 минут.

**Результаты и их обсуждение.** На ЭКГ- трансмуральный передне-боковой обширный инфаркт миокарда. В первые сутки (24 часа) наблюдался: отёк легких- рецидивирующий, гипотония, гипотензия. Спустя 24 часов выявили нарушение сердечного ритма, в частности пароксизмальная фибрилляция предсердий, которые были купированы внутривенным введением кордарона и пароксизма желудочковой тахикардии, который был купирован электроимпульсной терапией.

При ЭхоКГ была выявлена аневризма верхушечной области сердца, значительно сниженная сократительная способность миокарда- фракция выброса (ФВ) левого желудочка 31%. Клиническое улучшение в динамике установил увеличение ФВ до 43%.

Неврологически установили – глубокая кома, рефлексов патологических и нарушения со стороны ствола головного мозга нет.

Была наложена трахеостома 16.08.23 году, для продолженной ИВЛ.

В последующем к клинической картине добавилась явление ДВС-синдрома и ранней вентилятор-ассоциированной пневманией.

Провели комплексную терапию, которая включила инфузионную терапию препаратов инотропов; терапию антибактериальными препаратами; вазодилататоры периферические; профилактические мероприятия стрессорных язв; трансфузионная терапия свежезамороженной плазмы; длительная (в течении более 7 дней) инфузию нефракционированного гепарина с последующим переходом на подкожное введение низкомолекулярного гепарина.

С первых же суток была начата инфузионная терапия барбитуратов, в целях снижения потребности к кислороду головного мозга с добавлением реланиума. В науке известно, что реланиум снижает порог чувствительности к судорожной активности. Также провели инфузию мексидола, в целях улучшения процессов метаболического обмена в коре головного мозга, введение ницерголина и трентала.

**Заключение.** Неврологический статус улучшился начиная с 10-ых суток наблюдения. У пациента при осмотре появилось сознание с быстрой истощаемостью, и сохранившимися элементами агрессивных поступков. Вспомогательная вентиляция легких с помощью трахеостомы была прописана с 16.08.2023 года. В терапию были включены: альфа-токоферол; семакс; лимонтар; комплекс витаминов В-группы; в последующем – пирацетам, метоксипен.

Начиная с 03.09.2023 года, пациентка была переведена на полностью самостоятельную вентиляцию, передвигалась пассивно (с поддержкой окружающих), адекватна, но агрессивна, недовольно и тяготится пребыванием, крайне эмоционально лабильна.

Пациентка была переведена 06.09.2023 году в отделение Неврологии клиники СамМИ 1, для проведения дальнейшей нейропротекции.

**Вывод.** Ценностью данного клинического случая является появление положительной неврологической динамики у нашего пациента, находившегося в состоянии комы более недели. По последним литературным данным, кома которая длится 7 дней (1 неделя), ассоциируется с последующим летальным исходом в 87-97% случаях. Но несмотря на вышеуказанные данные, своевременная и уместная комплексная терапия позволит добиться клинического улучшения с последующей социальной реабилитацией пациента. Но условием данного эффекта является как поддержка адекватной гемодинамики, так и нейропротекция [7].

#### Использованная литература:

1. Агабабян, И. Р., Исмаилов, Ж. А., & Рузиева, А. А. (2020). Хроническая сердечная недостаточность у молодых пациентов с ожирением на фоне хронической обструктивной болезни легких. *Достижения науки и образования*, (3 (57)), 84-87.
2. Пулатов, Ш. Ш., Рузиева, А. А., & Хасанжанова, Ф. О. (2023). Аспекты Кардиопротекции Пациентов Хронической Сердечной Недостаточности, Как Последствие Инфаркта Миокарда. *Periodica Journal of Modern Philosophy, Social Sciences and Humanities*, 17, 133-136.
3. Низамов, Х. Ш., Рахматжановна, З., & Рузиева, А. А. (2023). Pandemic Features of Chronic Heart Failure in Young Patients. *Periodica Journal of Modern Philosophy, Social Sciences and Humanities*, 17, 155-158.
4. Аскарлов, И. К., Кушназаров, Р. С., Рузиева, А. А., & Хасанжанова, Ф. О. (2023). Предикторы Кардиопротекции Пациентов Хронической Сердечной Недостаточности,

Как Последствие Инфаркта Миокарда. Periodica Journal of Modern Philosophy, Social Sciences and Humanities, 17, 137-140.

5. Интенсивная терапия: с пер.с англ.доп./ Гл.ред. А.И.Мартынов.-М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.-480 с.

6. Safar P. Effect of postresuscitation syndrome on cerebral recovery from cardiac arrest.//Crit.Care Med.1985, 13-932-934.

7. Luce M.Cerebral resuscitation. In.Vincent J.L. Updaten intensive Care and Emergency Medicine.-Spiringer, 1990.-630 p.

