

# СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АНАЛГОСЕДАЦИЮ В ОРИТ

к.мед.н. А.Э. Доморацкий

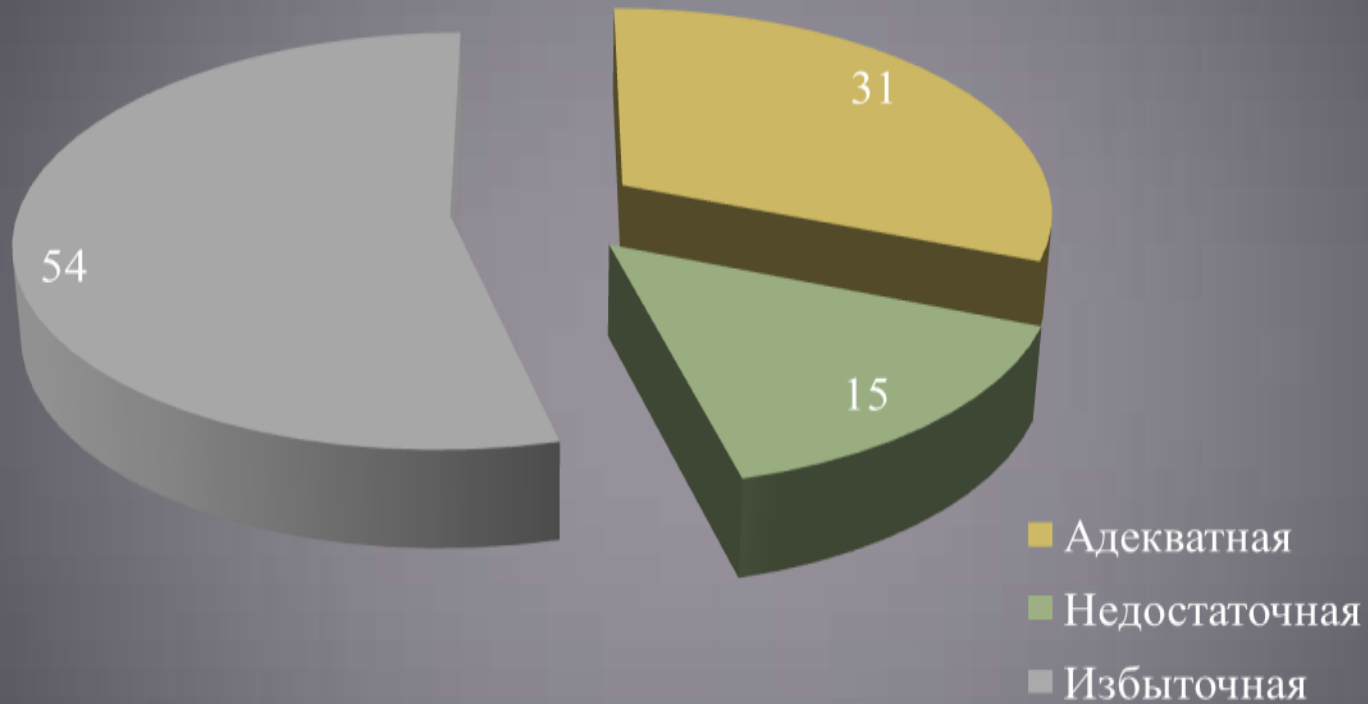
КИЕВ 2013

# Концепция аналгоседации

- ▣ Предупреждение боли и тревожности
- ▣ Уменьшение потребления кислорода
- ▣ Снижение стрессорного ответа
- ▣ Синхронизация пациента к аппарату ИВЛ
- ▣ Предупреждение неблагоприятных нейрокогнитивных последствий

# Качество седации %

Седация



**Kaplan LJ Crit. Care 2000;4**

**Dasta JF Crit. Care 2005,33**

# Недостаточная седация

- ▣ Сохраненные воспоминания пациента
- ▣ Самостоятельное удаление ЭТТ, датчиков мониторинга
- ▣ Рассинхронизированная ИВЛ
- ▣ Потребность в нейромышечном блоке
- ▣ Миокардиальная/церебральная ишемия
- ▣ Дополнительная нагрузка на медицинский персонал
- ▣ Возможность юридического конфликта

# Избыточная седация

- ▣ Пролонгирование принудительной ИВЛ
- ▣ Увеличение пребывания в ОРИТ
- ▣ Повышенный риск осложнений (ВАП)
- ▣ Удорожание лечения
- ▣ Невозможность диагностировать делирий

# Требования к шкалам оценки седации

- ▣ Репрезентативность и легкость трактовки медперсоналом: сестра, фармацевт, доктор
- ▣ Логическая структура шкалы должна одинаково и легко трактоваться всеми респондентами
- ▣ Быстрое и легкое проведение и интерпритация результатов тестирования
- ▣ Возможность изменения медикации по результатам тестирования

# Шкала Ramsay

Оценка	Описание	Трактовка
R0	Полное бодрствование, ориентация	Ясное сознание
R1	Тревожность, беспокойство, страх	Отсутствие седации
R2	Больной спокоен, контактен, адаптирован к ИВЛ	Адекватная
R3	Больной сонлив, но контактен (открывает глаза на громкое обращение, выполняет простые инструкции, быстро истощается)	Адекватная
R4	Глубокая седация (больной открывает глаза на громкий окрик, реагирует на боль гримасой, инструкций не выполняет)	Адекватная
R5	Наркоз (слабая реакция на болевой раздражитель)	Глубокая
R6	Глубокий сон (отсутствие реакции на болевой раздражитель)	Слишком глубокая

# Шкала оценки седации и ажитации (SAS)

Балл	Описание	Трактовка
7	Пытается выдернуть ЭТТ, «не может найти места» в кровати	Опасное возбуждение
6	Неспокойный, несмотря на частые обращения медперсонала, требует фиксации	Сильное возбуждение
5	Тревожен/испуган, пытается сесть, реагирует на обращение медперсонала	Возбуждение
4	Спокойный, быстро просыпается, выполняет инструкции	Спокойный и контактный
3	С трудом просыпается, для пробуждения нужны голосовые инструкции или легкое физическое воздействие	Седация
2	Пробуждается в ответ на болевой стимул, неконтактен или не выполняет команды	Глубокая седация
1	Минимальный/отсутствие ответа на болевой стимул, не слышит/не выполняет команд	Наркоз



# Шкалы для оценки седации

- ▣ Ramsay Sedation Scale (RSS)
- ▣ Sedation Agitation Scale (SAS)
- ▣ Motor Activity Assessment Scale (MAAS)
- ▣ Vancouver Interactive and Calmness Scale (VICS)
- ▣ Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)
- ▣ Adaptation to Intensive Care Environment (ATICE)
- ▣ Minnesota Sedation Assessment Tool (MSAT)

Может получится так



А необходимо так



# Требования к идеальному седативному препарату

- ▣ Быстрое начало действия
- ▣ Быстрое восстановление после окончания введения
- ▣ Легко достигаемый уровень седации
- ▣ Легко управляемый
- ▣ Минимум нежелательных эффектов
- ▣ Отсутствие толерантности и синдрома отмены
- ▣ Минимальная интеракция
- ▣ Отсутствие метаболизма в гепато-ренальной системе
- ▣ Недорогой

## СЕДАЦИЯ

БЕНЗОДИАЗЕП  
ИНЫ

ГОМК

ПРОПОФОЛ

ДЕКСМЕДЕТОМЕДИН

ГАЛОПЕРИДОЛ

РЕМИФЕНТАНИЛ

## АНАЛГЕЗИЯ

НПВС

ОПИАТЫ

РЕГИОНАРНЫЕ  
МЕТОДИКИ

ПАРАЦЕТАМОЛ

# Риск трансформации в делирий

Препарат	Достоверность
Лоразепам	$p = 0,003$
Мидазолам	$p = 0,09$
Фентанил	$p = 0,09$
Морфин	$p = 0,24$
Пропофол	$p = 0,18$

Pandharipande P et. al. J.Trauma 2008;65

# Стратегия аналгоседации

- ▣ Постоянная аналгезия и седация с прерыванием в контрольных точках
- ▣ Постоянная аналгезия с ежедневным прерыванием седации
- ▣ Только аналгезия

# Ежедневное прерывание седации

- ▣ Позволяет точнее мониторировать состояние ЦНС пациента
- ▣ Позволяет снизить кумуляция препаратов
- ▣ Уменьшает интеракцию препаратов
- ▣ Уменьшает длительность ИВЛ и нахождения в ОРИТ
- ▣ Требуется осторожного обращения с пациентом при пробуждении



# Седировать или не седировать

- ▣ Неседированные пациенты дольше находились без ИВЛ ( $p = 0,0191$ )
- ▣ Неседированные пациенты меньше находятся в ОРИТ ( $p = 0,036$ )
- ▣ Неседированные пациенты быстрее выписываются из госпиталя ( $p = 0,039$ )
- ▣ Нет разницы в возникновении ВАП у пациентов получавших седацию и без
- ▣ Делирий одинаково часто встречался в обеих группах

A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. Strøm T, Martinussen T, Toft P. Lancet. 2010.

# Выводы

- ▣ Безсомненно, что аналгоседация является одним из важных аспектов лечения в ОРИТ
- ▣ Необходимо усовершенствование мониторинга ЦНС во время аналгоседации
- ▣ Стандартизация использования шкал для оценки седации хотя бы в условиях клиники
- ▣ Наиболее обоснованной есть стратегия с ежедневным прерыванием седации
- ▣ Отказ/уменьшение применения бензодиазепинов
- ▣ Применение препаратов короткого действия (пропофол, дексмедетомедин)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ