

# Седация в анестезиологии и интенсивной терапии

Проф. В.Д. Слепушкин

СОГМА

Апрель 2015 г.

# Дефиниция

- **Седация** – сон с сохраненными корнеальными рефлексами и быстрым пробуждением по желанию врача

(Bertrand – Boisson et al., 1991)

# Виды седации

- Кратковременная ( менее 24 часов)
- Средней длительности (24-72 часа)
- Длительная ( более 72 часов)

# Седация в анестезиологии

- Является составным компонентом  
ТВА:
  - отсутствие сознания (гипнотик)
  - анальгезия (анальгетик)
  - миорелаксация (миорелаксант)

# Препараты, используемые для седации в анестезиологии

- Барбитураты
- Бензодиазепины (диазепам(реланиум), мидазолам(дормикум), лоразепам)
- Пропофол (диприван)
- Дексдор ( дексмедетомидин)
- Кетамин
- Ингаляционные анестетики

# Клинические методы оценки глубины анестезии

- Вербальный контакт
- Зрачки пациента
- Дыхание
- Артериальное давление, пульс

# Объективные методы глубины анестезии

- ЭЭГ
- **BIS** - спектральный индекс – экспертная оценка суммарной ЭЭГ, рассчитанной по специальной программе (Бек-Фурье).

*Предложен в начале 90-х годов прошлого века  
американской фирмой Aspect Medical System  
Разработан в 80-х годах в НИИ общей  
реаниматологии Г.Алексеевой*

# Области использования BIS-мониторинга

- Анестезиология
- Реаниматология и интенсивная терапия
- Нейрохирургия
- Неврология

# BIS

- **BIS – монитор** включен в обязательный стандарт оснащения отделений анестезиологии и реанимации (Приказ МЗ РФ № 919н от 2012 года)

# Для чего оценивать глубину анестезии ?

- Чтобы предупредить эпизоды «присутствия» больного на операции
- Чтобы снизить число послеоперационных осложнений :
  - *продленной ИВЛ*
  - *числа пневмоний*
  - *гипоксии головного мозга*
  - *числа летальных исходов*

# Преимущества использования BIS - мониторинга в анестезиологии

- **1.** Объективно оценивает глубину анестезии :

**100** – бодрствование

**90-80** – легкая/средняя степень седации

**70** – глубокая седация (низкая вероятность воспоминаний)

**60** – общая анестезия (средний наркоз)

**40 и ниже** – глубокий наркоз

**0** – «плоская» ЭЭГ

(М.Ф.Ермаченко с соавт.,2007; О.В. Военнов, А.В. Грибков, 2010)

## Преимущества .....

- 2. Предупреждает эпизоды пробуждения больных на операционном столе во время общего анестезиологического пособия

*( встречается, по данным различных авторов, примерно в 4-8% общих анестезий)*

## Преимущества ...

- **3.** Существенно экономит гипнотики
- Каким образом ?
- По нашим результатам ниже приводим данные
- **4.** Входит в рекомендуемый стандарт безопасности ВОЗ в анестезиологии

## Преимущества ....

- **5.** Доказано, что длительная анестезия с глубиной уровня сознания по BIS < 40 увеличивает число послеоперационных когнитивных расстройств и риск летальности у больных в течение года на 24,4%.

# Диприван

## ■ Рекомендуемые фирмой-производителем дозы :

- для вводного наркоза – 2-2,5 мг/кг
- для поддержания анестезии – 6-14 мкг/кг/ час.

## **Наши данные :**

= оптимально для поддержания анестезии  
6-7 мг/кг/час

= BIS- спектральный индекс при данной  
дозе – **50-55.**

# Реланиум

- **Рекомендуемые дозы :**

- вводный наркоз – 0,20 мг/кг
- основной наркоз – 0,15 мг/кг/час.

- ***Наши данные :***

= первый час – 0,20 мг/кг/час (насыщение рецепторов)

= второй час – 0,14 мг/кг/час (кумуляция препарата)

= третий и последующие часы – 0,10 мг/кг/час.

**(BIS – спектральный индекс = 50-55)**

# Кетамин

- Не создает устойчивого BIS – спектрального сигнала ( *диссоциативная анестезия !* )
- В сочетании с пропофолом и реланиумом увеличивает BIS – спектральный индекс , то есть повышает возможность просыпания.

# Ингаляционные анестетики

- Величина BIS – спектрального индекса прямо коррелирует с дозой подаваемого анестетика (севофлан, изофлан) и величиной МАКА (минимальная альвеолярная концентрация анестетика)

# Фентанил

- Не изменяет величину BIS - спектрального индекса, то есть не обладает седативным действием  
( в том числе и наши результаты)

# Помнить !

- Инфузия **сернокислой магнезии** углубляет седацию, то есть способствует снижению BIS индекса прямо пропорционально вводимой дозе
- Снижает BIS также назначение :
  - = атеналола
  - = клофелина

# Интенсивная терапия

## Показания для медикаментозной седации больных в ОРИТ:

- Уменьшение страха, тревоги, напряжения
- Лечение острых психозов
- Облегчение проведения ИВЛ
- Облегчение условий для лечебных манипуляций, процедур
- Ослабление реакций на стресс
- Обезболивание
- Обеспечение спокойного сна
- Снижение потребления кислорода тканями

# Последствия неадекватной седации

Недостаточная седация	Чрезмерная седация
Возбуждение	Депрессия дыхания, гипотония, замедление моторики ЖКТ
Нарушение сна	Длительное изменение сознания
Ишемия миокарда	Увеличение продолжительности ИВЛ
Десинхронизация с респиратором	Длительное пребывание в ОРИТ и в больнице
Самоекстубация	Повышение затрат на лечение
Посттравматическая депрессия	

# Препараты для седации

- Тиопентал натрия
- Пропофол
- Диазепам (реланиум)
- Мидазолам (дормикум)
- Лоразепам
- Дексдор
- Ингаляционные анестетики (*AnaConDa – испаритель для анестетика* )
- Оксипутират натрия

# Антагонисты гипнотиков

Препарат	Антагонист
Пропофол	Быстрая деградация. Цитофлавин
Тиопентал натрия	Цитофлавин, Реамберин
Дормикум	Анексат
Реланиум	-
Лоразепам	?
Ингаляционные анестетики	Быстрая деградация, Цитофлавин
Кетамин	-
Дексдор	?

# Шкала оценки седативного эффекта (Ramsay et al., 1974)

1. Напряженный, взволнованный или беспокойный
2. Контактный, ориентированный и спокойный
3. Реагирует только на команду
4. Живая реакция на легкое постукивание по лбу и громкое звуковое раздражение
5. Замедленная реакция
6. Отсутствие реакции

# Титрование препаратов для седации по шкале Ramsay (собственные данные)

Уровень	Дозы препаратов (мкг/кг/час)
2.	Тиопентал натрия – $200 \pm 15$ Диазепам – $5,4 \pm 0,8$ Диприван – $106 \pm 12$ Дексдор – $0,50 \pm 0,10$
3.	Тиопентал натрия – $410 \pm 21$ Диазепам – $10 \pm 1$ Диприван – $205 \pm 17$ Дексдор – $0,80 \pm 0,10$
4.	Тиопентал натрия – $510 \pm 26$ Диазепам – $15 \pm 1$ Диприван – $408 \pm 17$
5.	Тиопентал натрия – $604 \pm 24$ Диазепам – $25 \pm 2$

# Дозы препаратов для седации (уровень 4)

Препарат	Доза по литературе	Наши данные с учетом BIS-мониторинга
Тиопентал натрия	нет	510 мкг/кг/ч
Диазепам	40 мкг/кг/ч	15 мкг/кг/ч <i>(меньше в 2,5 раза!)</i>
Диприван	1200 мкг/кг/ч	408 мкг/кг/ч <i>(меньше в 3 раза !)</i>

## Уровень седации по шкале *Ramsay* и BIS-мониторингом (собственные данные)

Шкала Ramsay	Показатели BIS-мониторинга	Средние данные BIS-мониторинга
2.	70-83	77 $\pm$ 4
3.	63-74	70 $\pm$ 4
4.	51-60	56 $\pm$ 3
5.	39-47	43 $\pm$ 3

# Особенности BIS-мониторирования при длительной седации

- Дозу диазепама с 3-х суток, а дозу тиопентала натрия с 4-х суток следует снижать на 25%.

## Почему?

*Наблюдается спонтанное углубление уровня сознания ( напр., с 50 до 30 BIS – индекса)*

*Развивается тканевая гипоксия*

*(Результаты собственных исследований)*

# Особенности круглосуточного BIS - мониторингования

- С 22=00 до 6=00 следует уменьшать дозы :
  - тиопентал натрия – на 25%
  - диазепам – на 25%
  - диприван – на 30%

*Связано со спонтанным углублением уровня сознания по BIS – индексу и развитием тканевой гипоксии.*

*(Результаты собственных исследований)*

# Механизм угнетения уровня сознания в ночные часы седации

- Возрастание уровня **мелатонина** («гормон сна») в ликворе и плазме крови за счет увеличения секреции **эпифизом**
- Происходит суммация эффектов **гипнотиков и мелатонина**

# Особенности седации Дексдором

- Седация с сохранением сознания больного ( *сохраняется вербальный контакт* )
- Хороший обезболивающий эффект ( за счет возбуждения альфа<sub>2</sub>-адренорецепторов [ действие типа клофелина] )
- Показания к применению : анестезиология – малые хирургические вмешательства; реаниматология – седация 2 уровня по Ramsay

# Что такое тканевая гипоксия

- Кислородный баланс есть результат :
  - **$DO_2$**  – доставка кислорода (540 мл/кг/м<sup>2</sup>)
  - **$VO_2$**  – потребление кислорода (180 мл/кг/м<sup>2</sup>)
  - **$\%REO_2$**  – степень экстракции кислорода тканями (25-30 %)

# Что такое тканевая гипоксия

- **Гипоксия** – несоответствие между доставкой и потреблением кислорода тканями
- **Причины :**
  1. снижение доставки кислорода
  2. увеличение потребления кислорода тканями
  3. отсутствие потребления кислорода тканями

# Как определить тканевую гипоксию не инвазивным методом ?

- Необходимо иметь :
  - = пульсоксиметр (определяет насыщение гемоглобина кислородом артериальной крови, в норме 95-98%)
  - = церебральный /соматический оксиметр (определяет насыщение гемоглобина кислородом венозной крови, в норме 72-75%)

# Как провести расчет ?

- Показания пульсоксиметра –  
показания церебрального  
оксиметра ( в норме 25-27%)  
$$\%ERO_2 = SpO_2 - rSO_2 ( 25-30\%)$$
- Больше 35 % - тканевая гипоксия  
(за счет метаболического пожара)
- Меньше 20% - тканевая гипоксия

# Возможности церебрального/соматического оксиметра

- Позволяет определить локальную ишемию или тканевую гипоксию :

 *Головного мозга*

 *Кишечника*

 *Конечностей*

*( см. Монографию В.Д. Слепушкин с соавт., 2013)*

# Фармакоэкономический аспект BIS - мониторинга

- Существенное снижение затрат на седативные препараты без ухудшения качества седативной терапии !

*(Результаты собственных исследований)*

# Оксибутират натрия

- Литературные данные не известны
- Собственных результатов не имеется

# Преимущества внедрения BIS-мониторинга в практику работы ОАРИТ

- Объективность уровня седации
- Возможность быстрого создания «неврологического окна»
- Снижение затрат на седацию
- Уменьшение частоты когнитивных расстройств
- Уменьшение продолжительности ИВЛ
- Уменьшение продолжительности пребывания пациентов в больнице
- Снижение летальности на 24,4% в течение 1 года

## Еще один аспект применения BIS – мониторинга в интенсивной терапии

- Показатель **BIS=0** расценивается как смерть мозга и говорит о неблагоприятном прогнозе.

# Дополнительные возможности БИС-монитора

- Оценка степени нейро-мышечного блока:
    - количественно (плавающий столбик)
    - графически
- Полный нейро-мышечный блок – 30-40
- Полное восстановление нейро-мышечной проводимости - 80

# Возможности использования BIS – мониторинга в других областях медицины

- Нейрохирургия
- Неврология

# Соотношение шкалы Глазго кома и показателем BIS- мониторинга

Шкала Глазго Кома	Показатели BIS
14-15 баллов	95-100 единиц
13-12 баллов	80-60 единиц
12-10 баллов	80-60 единиц
10-8 баллов	60-40 единиц
8-5 баллов	40-30 единиц
Менее 5 баллов	Менее 30 единиц
Атоническая кома	Менее 10 единиц
Вегетативное состояние (наряду с клиническими данными)	0
Смерть мозга	0
	(Собственные результаты)

# **BIS-мониторинг в нейрохирургии и неврологии позволяет :**

- **Объективно оценить степень утраты сознания**
- **Оценить эффективность проводимых терапевтических мероприятий**
- **Оценить эффективность применения медикаментозных средств**

## Продолжение

- Оценить прогноз течения острого повреждения мозга с использованием функциональных (физическое раздражение – боль, световой и звуковые раздражители) и медикаментозных проб (напр., с цитофлавином)

# Проба с Цитофлавином

- Внутривенно болюсно вводят 10 мл Цитофлавина+10 мл 5% раствора глюкозы
- Увеличение БИС на 10-15 ед говорит о сохранности функции головного мозга
- Отсутствие увеличения БИС говорит о смерти мозга

# Проба с Цитофлавином

- Вводят Цитофлавин + слуховой раздражитель + болевой раздражитель

*Увеличение БИС на 10-15 говорит о сохранности функции головного мозга*

# Что позволяет достичь БИС-монитор и церебральный оксиметр

- Свести на нет эпизоды «присутствия» больного на операционном столе при проведении общей анестезии
- Предотвратить эпизоды гипоксии головного мозга при проведении общей анестезии
- Контролировать избыточную седацию и развитие тканевой гипоксии при проведении длительной седативной терапии

# Продолжение

- Оценивать эффективность проводимой нейротрансмиттерной терапии у больных с острым повреждением головного мозга;
- Прогнозировать более раннее пробуждение больного на операционном столе после окончания хирургического вмешательства
- Предупреждать передозировку гипнотиков и анестетиков

## продолжение

- Оптимизировать введение миорелаксантов для создания нейромышечного блока
- Подбирать режим введения и сочетания гипнотиков, обеспечивающих быстрое пробуждение и возвращение сознания для оценки неврологического статуса, так называемого «неврологического окна»

# Продолжение

- Уменьшить продолжительность ИВЛ у критических больных за счет оптимизации седации и миорелаксации
- Снизить число бронхо-легочных осложнений за счет уменьшения продолжительности ИВЛ
- Уменьшить общую летальность больных, перенесших общую анестезию

# Продолжение

- Прогнозировать смерть мозга
- Снижать стоимость анестезиологического пособия и длительной седативной терапии

