

Застосування різних схем аналгоседації у пацієнтів з політравмою у відділенні інтенсивної терапії

Згржебловська Л. В., Малиш І. Р., Кучинська І. А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П. Л. Шупика

Мета дослідження: визначити оптимальну методику аналгоседації для різних груп пацієнтів з політравмою з домінуючою черепно-мозковою, торакальною та абдомінальною травмою.

Матеріали та методи: для дослідження було відібрано 90 пацієнтів з важкою політравмою (ISS більше 25 балів), які надійшли до відділення інтенсивної терапії загального профілю Київської міської клінічної лікарні Швидкої медичної допомоги за період з вересня 2008 року по квітень 2010 року. Залежно від переважаючої травми пацієнти були виокремлено в наступні групи:

I група (n = 30) – пацієнти з важкою політравмою з переважаючою черепно-мозковою травмою (ЧМТ).

II група (n = 30) – пацієнти з важкою політравмою, у яких переважала торакальна травма з множинними переломами ребер та раннім (2-3 доба) розвитком посттравматичного гострого респіраторного дистрес синдрому дорослих (ГРДС).

III група (n = 30) – пацієнти з важкою політравмою, з переважаючою абдомінальною травмою, клінічними симптомами геморагічного шоку (крововтрата більше 2-х літрів) та нестабільною гемодинамікою (гіпотензія, тахікардія, зменшення серцевого викиду, підвищення загального периферичного судинного опору).

У пацієнтів з переважаючою ЧМТ на фоні проведеної адекватної інфузійної терапії (церебральний перфузійний тиск = 80 – 90 мм. рт. ст. (ЦПТ)), з метою зниження метаболічної і кисневої потреби переважно непошкоджених ділянок головного мозку, зниження внутрішньочерепного об'єму крові і, відповідно, зниження внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), ми застосовували наступну схему аналгоседації [1]: пропофол (12-25мкг/кг/хв.), фентаніл (2-5 мкг/кг/хв).

Для оцінки рівня седації ми використовували шкалу Ramsay, а також оцінювали рівень свідомості пацієнтів за шкалою ком Глазго, враховуючи швидку елімінацію пропофолу з ОЦК. Даний метод аналгоседації у постраждалих з ЧМТ не викликав суттєвого зниження показників церебрального перфузійного тиску, вірогідно, зменшував внутрішньочерепний тиск, дозволяв, у разі необхідності, достовірно оцінити неврологічний стан травмованого [3].

У II групі пацієнтів, враховуючи необхідність проведення ШВЛ з низькими дихальними об'ємами, високим рівнем ПТКВ, подовженою тривалістю

вдоху та ШВЛ у інвертованому режимі, ми використовували наступну схему аналгоседації: сибазон (2- 10 мг/год), морфін (5 – 10 мг/год).

Застосування морфіну виправдане у зв'язку з утворенням морфін-6-глюкороніду, що за своєю аналгетичною потужністю перевищує в 40 разів морфін [6].

Використання діазепінів для тривалої седації пояснюється їх пролонгованою елімінацією (період напіввиведення 100 – 200 годин), міорелаксуючим, протисудомним, анксиолітичним та амнестичним ефектами. [4]. Використання у травмованих з тяжкою торакальною травмою данної схеми аналгоседації дозволяло адекватно адаптувати травмованого до режиму ШВЛ без використання міорелаксантів, забезпечити ноцицептивний захист, а також покращити показники вентиляції та газообміну.

У групі пацієнтів з переважаючою абдомінальною травмою, які за відома поступають у відділення інтенсивної терапії з гіповолемією, нестабільною гемодинамікою ми застосовували наступну схему аналгоседації: фентаніл (1,4 – 1,7 мкг/кг/хв.; ГОМК (10 - 15 мг/кг/год); кетамін (0,12-0,36 мг/кг/год) [5]. Дана схема аналгоседації у пацієнтів з вкрай нестабільною гемодинамікою дозволяє ефективно проводити антиноцицептивний захист без негативного впливу на показники центральної та периферичної гемодинаміки та скоротити тривалість травматичного шоку[2].

Висновки:

1. Аналгезія є важливим методом інтенсивної терапії у постраждалих з тяжкою політравмою.
2. Встановлено, що оптимальним методом аналгоседації для пацієнтів було відповідне: домінуюча ЧМТ – “пропофол + фентаніл”; переважаюча торакальна травма – “сибазон + морфін”; домінуюча абдомінальна травма з масивною крововтратою – “фентаніл + ГОМК+ кетамін”.
3. Під час використання вищенаведених комбінацій аналгоседації у відповідних груп травмованих ми не спостерігали негативного впливу на показники центральної та периферичної гемодинаміки, показники вентиляції, газообміну, кислотно-лужний статус, рівень церебрального перфузійного тиску та внутрішньочерепного тиску.

Перелік використаної літератури

1. Гельфанд Б. Р., Салтанова А. И., - Интенсивная терапия. М.: ГЕОТАР – Медиа, 2009. – Т. I. – с. 364-366

2. Малиш І. Р. (2007) Аналгоседація та раннє нутритивне забезпечення, як методи інтенсивної терапії у постраждалих з тяжкою політравмою // Дисертація на здобуття наукового ступеня д.мед.н., Київ, ст..158 – 165.
3. Dasta J. F., Fuhrman T. M., Mc Candles C. Patterns of prescribing and admistering drugs for agitation and pain in patients in surgical intensive care units // Crit. Care. Med. – 2000. – Vol. 22. - № 5. – p 974 – 980.
4. Kress J. P., O'Connor M. F., Pohlman A. S., Sedation of cricallu ill patients during mechanical ventilation // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 1996. – Vol. 153, № 5. – p. 1012 – 1018.
5. Shafer A. Withe P. F., Schuttler J. Use of Fentanyl ifussion in the intensive care unit // Anaesthesiology. – 2003 .- Vol. 59, №6 . – p. – 245 – 248.
6. Williams I. P.,Vallio B. Improving pain management in critical care // Jt. Comm. J. Auel. Improv, - 1999 – Vol. 22, № 4. - p. 702- 712.