

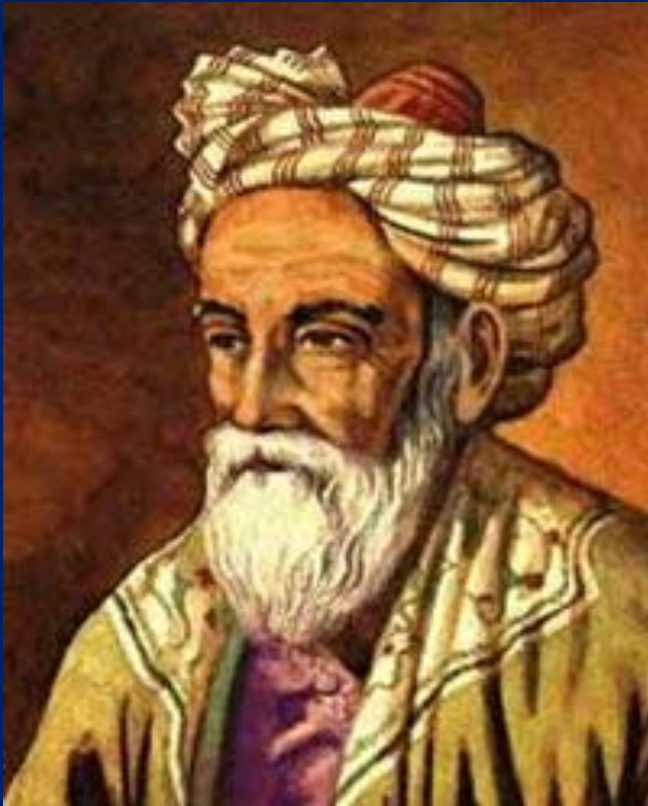
**Новая парадигма интенсивной
терапии:
меньше агрессии лучше результат**

В.А. Руднов
УГМУ – МАУ ГКБ№40
Екатеринбург
XV съезд ФАР

Парадигма (от греч. παράδειγμα, «пример, модель, образец») — совокупность фундаментальных научных установок представлений и терминов принимаемая и разделяемая научным сообществом и объединяющая большинство его членов. Обеспечивает преемственность развития науки и научного творчества

Нашей специальности в России

уже под 60 !



*«..Когда я хочу понять,
что происходит сегодня
или попытаться
решить, что будет
завтра, я оглядываюсь
назад ..»*

Омар Хайям

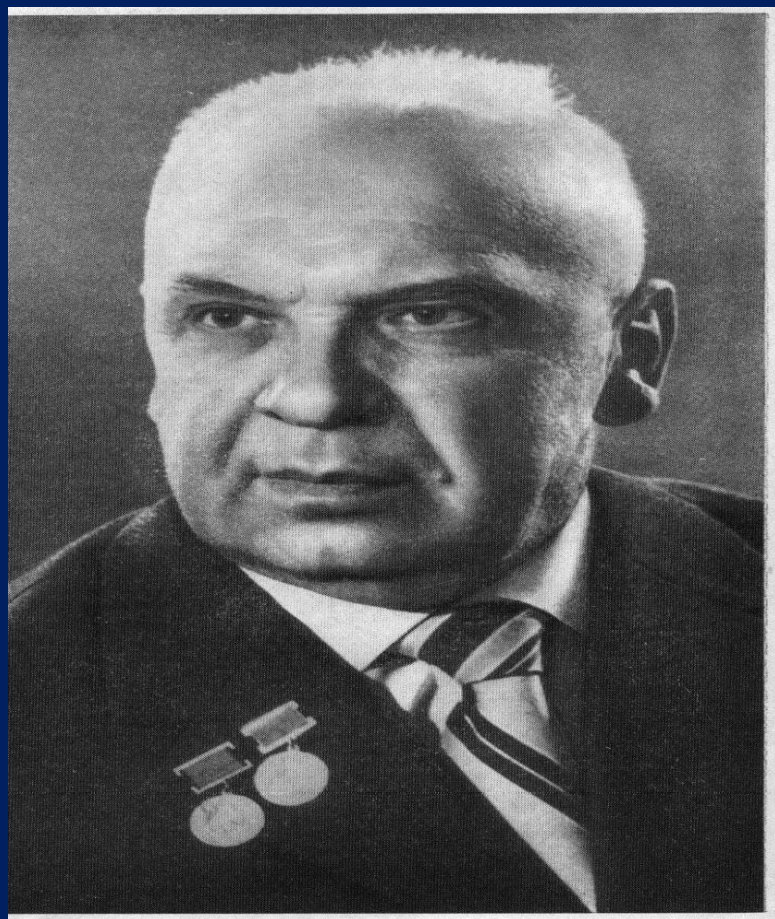
1048 -1131

ПЕРВЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ШАГИ ПО
СОЗДАНИЮ

ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И
ИНТЕНСИВНОЙ

ТЕРАПИИ

В.А. Неговский



- 1936г Организация в институте Нейрохирургии АМН патофизиологической лаборатории
- Внедрение в практику реанимационных подходов в годы Великой отечественной войны
- 1964г б-ца С.П. Боткина реанимационное отделение общего профиля. Выездной реанимационный Центр

США: Госпиталь JOHNS HOPKINS Поклон нейрохирургам

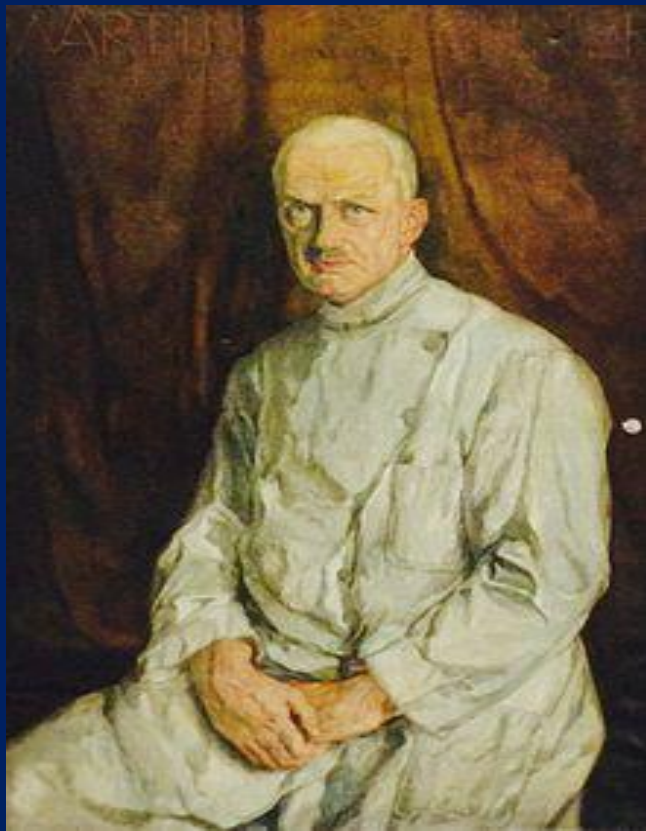


W. Dandy 1923 год



ОРИТ хирургического профиля Поклон хирургам

М. Kirschner



1930 год Тюбинген

Bjorn Aage Ibsen

30.08.1915 – 7.08.2007



Figure 4: Anne Isberg, aged 8 in 1952, receiving artificial respiration from the black rubber hand-squeezed bag, which the dental student stopped squeezing while the photo was taken, via a Water's canister containing soda lime for CO₂ absorption connected to a cuffed endotracheal tube. The oxygen is supplied from the long tube on the left.

The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953

P. G. BERTHELSEN and M. CRONQVIST

Department of Anaesthesia, Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Patient no. 1

December 21st, 1953

6.00 p.m.: A 43-year-old-man was admitted from the medical ward to the Observation Room (Observationsstuen), at Kommunehospitalet in Copenhagen, three days after he had attempted, unsuccessfully, to hang himself. He was agitated, confused and cyanotic with laboured respiration. Temperature 38.6°C and pulse 136. An X-ray showed bilateral infiltrates and oedema of the lungs. It was felt that fatal cardiopulmonary failure was imminent.

Oxygen via a facemask and when the oxygen saturation (monitored with a Milikan Oximeter) decreased, with positive pressure ventilation from a bag and mask, was started.

Furthermore, the patient was given one unit of blood (500 ml), isotonic glucose (1000 ml) and an antibiotic (Aureomycin 250 mg four times a day).

Первый пациент в Реанимации

21.12.1953

43-летний мужчина поступил из терапевтического отделения (ТО) на 3- сутки после самоповешения

Возбуждён, не контактен, Т тела=38,6
ЧСС=136

R-копия лёгких – билатеральные инфильтраты, отёк

Лечение

Начата ИВЛ мешком Амбу через маску

Трансфузия крови 500 мл,
Изотоническая глюкоза 1000 мл

Ауреомицин – 0,25 x 4 раза\сутки

The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953

P. G. BERTHELSEN and M. CRONQVIST

Department of Anaesthesia, Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

December 22nd

7.15 a.m.: The condition of the patient had deteriorated. A tube with cuff was passed into his trachea and manual positive pressure ventilation with 60% oxygen in N₂O was started. After the injection of theophyllamine (400 mg) and procaine (100 mg) his condition stabilized.

10.25 a.m.: Blood pressure 140, pulse 120 and temperature 39.8°C.

00.45 p.m.: Oxygen saturation 80%. Increases to 86% when 100% oxygen was used instead of the O₂/N₂O mixture.

3.00 p.m.: An analysis of the patient's arterial blood revealed: bicarbonate 24.5, pH 7.51, pCO₂ 31 mmHg, and oxygen saturation 100%. Clinically the patient was much improved. The respiration was sufficient and he was extubated.

22.12.53, 7.15 a.m.

ИВЛ через эндотрахеальную трубку мешком Амбу смесью O₂/N₂O -60/40

Теофиламин – 400мг; прокаин -100 мг

00.45 p.m. SaO₂ – 80% □ 86%

3.00 p.m. SaO₂ =100%; SB -24,5; pH =7,51.

Клинически больной много лучше.
Экстубирован.

The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953

P. G. BERTHELSEN and M. CRONQVIST

Department of Anaesthesia, Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

December 23rd

10.00 a.m.: The patient was returned to the medical ward.

5.00 p.m.: Readmitted in a condition very much like the one he was in when first admitted to the Observation Room.

7.55 p.m.: A tracheostomy was performed and positive pressure ventilation was resumed.

23.12.1953

10.00 a.m. Пациент возвращён в ТО

5.00 p.m. – повторная госпитализация в реанимацию

7.55 p.m. – трахеостомия и ИВЛ

**Эпоха становления
специальности
Желание спасти всех !**

Использование всего медикаментозного арсенала

Одним из основных способов проведения является **Инфузионная терапия**

Интенсивность ее определяется не только объемом перелитой жидкости, но и строго определенным (в зависимости от имеющегося дефицита) качественным составом. Используют **кровь**, ее препараты, препараты для парентерального питания, коллоидные и кристаллоидные **растворы**, в которые добавляют лекарственные (чаще всего сильные и быстродействующие) средства (**сердечные гликозиды**, антиаритмические, антигистаминные и мочегонные средства, гормональные препараты, антидоты, **иммунокорректоры** и др.).

Интенсивная терапия: больше методик хороших и разных

Интенсивная **терапия** как правило, включает различные способы кислородной терапии, **гипербарической оксигенации**, экстракорпоральной детоксикации — **Плазмаферез**, цитаферез, гемосорбцию, **ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, электрохимическое окисление крови, спленоперфузию, ультрафильтрацию**.

Результаты Проспективных Рандомизированных Исследований в интенсивной терапии разочаровали



Результаты анализа 72-х ПРКИ

Польза от вмешательства (препарат, технология) при сепсисе доказана в 3-х КИ, вред – в 2-х, в остальных – отсутствие эффекта

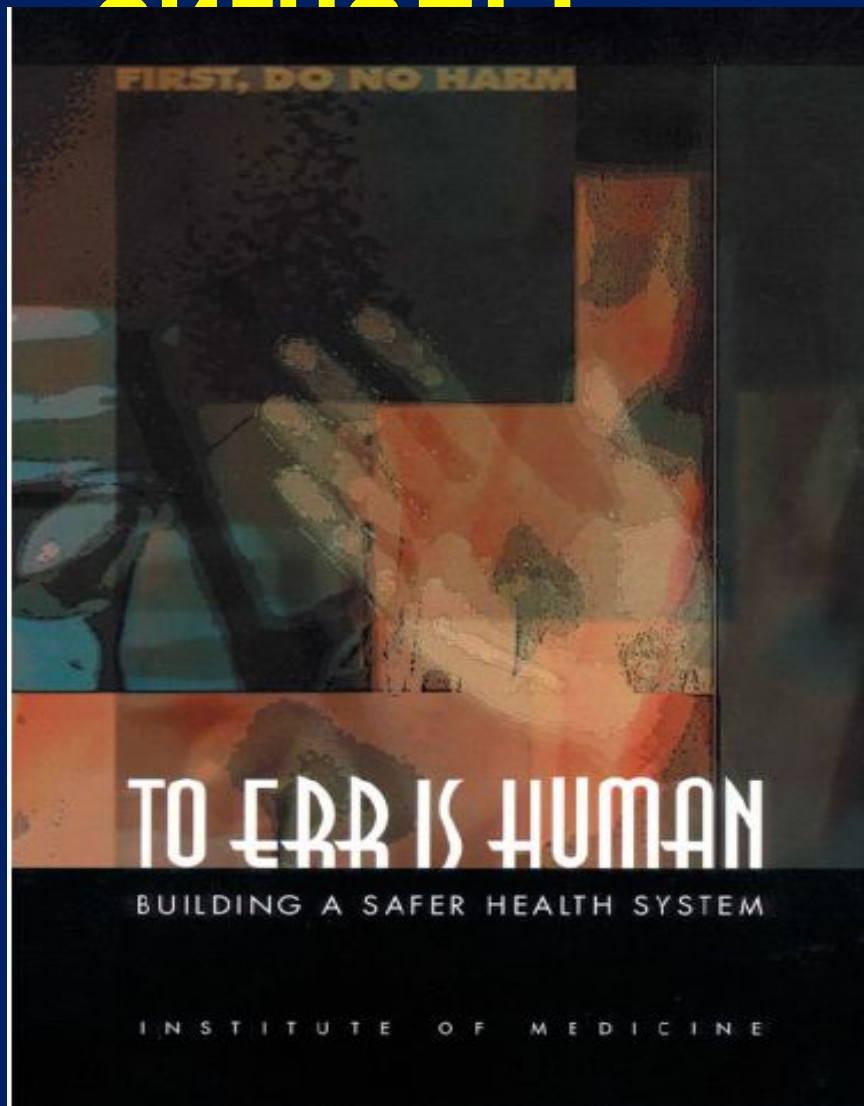
Crit Care Med 2008;39:1311



Итоги более 100 ПРКИ не позволяют пополнить арсенал терапии

Trends Mol Med 2014, 20(4)

Первые официальные



*«Человеку
свойственно
ошибаться:
построение
безопасной системы
здравоохранения»*

***44 – 98 тыс.** смертей
в госпиталях США
ежегодно по причине
ошибок персонала
8-е место среди причин
смерти*

LT Kohn et al., 2000

Безопасность пациента в ОРИТ

Венская декларация ESICM 11.10. 2009

1. Мы должны признать существование «эпидемии ошибок» как важной причины неблагоприятных исходов и стремиться к повышению профиля безопасности наших пациентов и улучшению исходов
2. Пациент в критическом состоянии наиболее уязвим в отношении развития различных осложнений в силу имеющихся органно-системных расстройств и высокой агрессивности лечения
3. Без повышения безопасности в ОРИТ невозможно улучшить качество помощи в стационаре в целом.
4. Мы полагаем, что повышение уровня безопасности критических больных возможно в каждом отделении, в любой стране вне зависимости от доступности ресурсов

ПАЦИЕНТ В КРИТИЧЕСКОМ
СОСТОЯНИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
ДИНАМИЧЕСКУЮ
СИСТЕМУ

Теория хаоса – учение о сложных нелинейных динамических системах

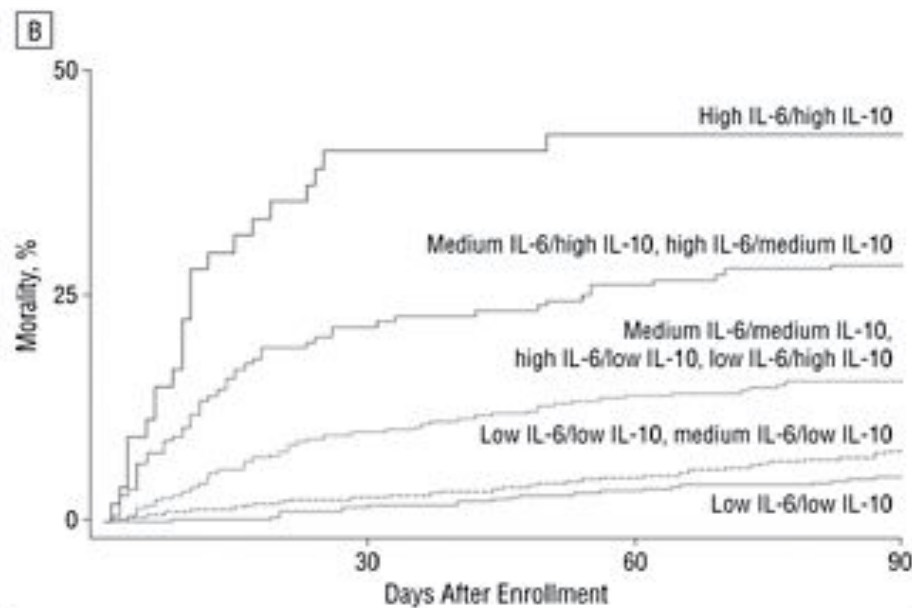
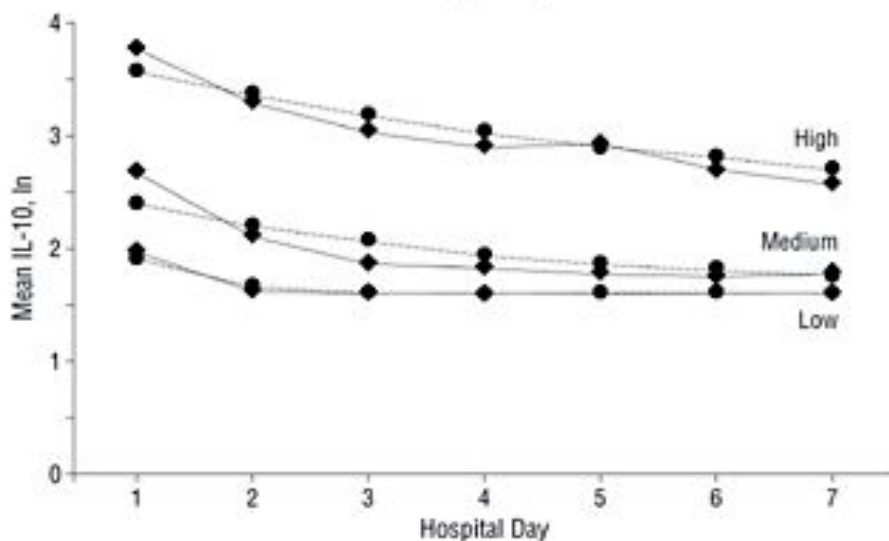
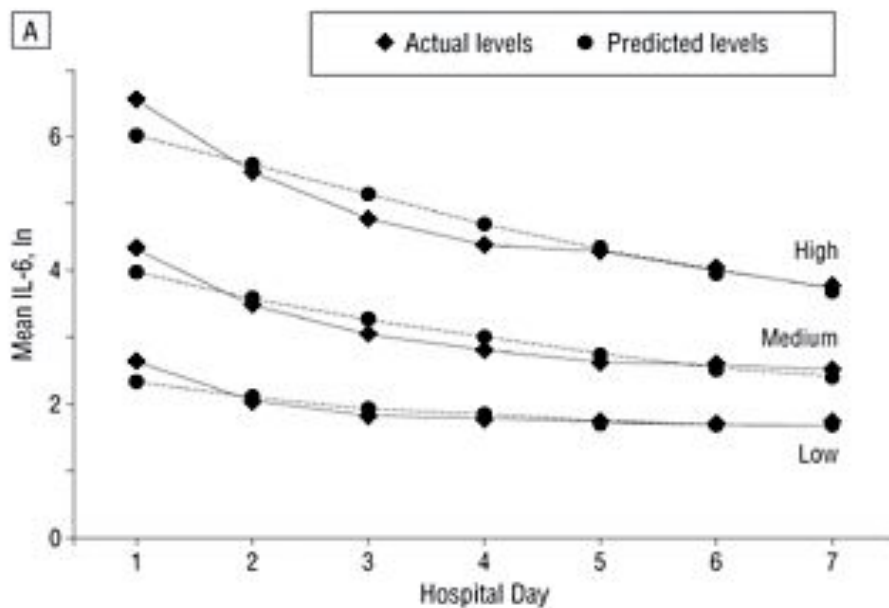


Динамическая система – это система, состояние которой меняется во времени в соответствии с фиксированными математическими правилами;

Хаотичность складывается из множественных взаимодействий компонентов систем между собой и внешней средой с конечной целью придания устойчивости организму

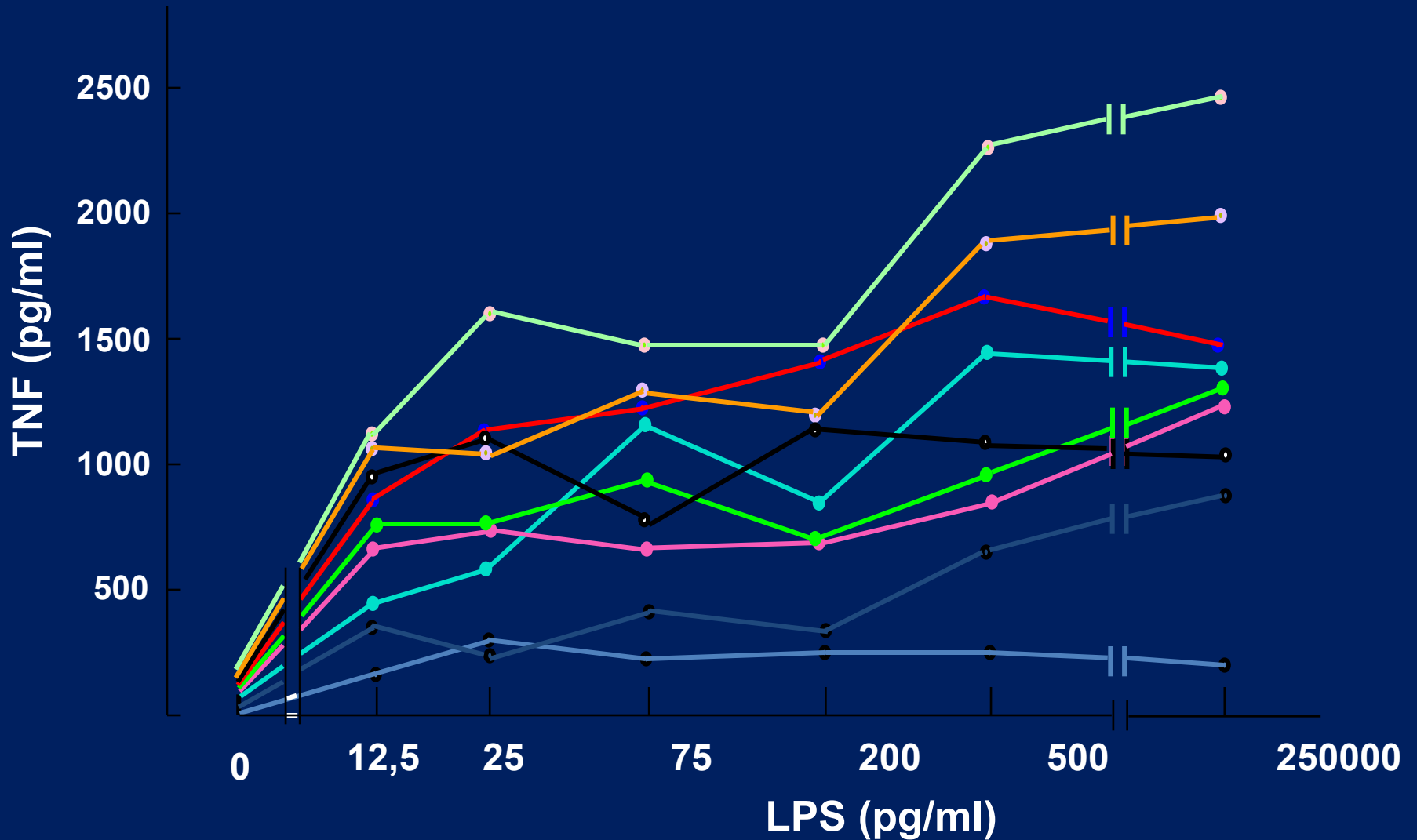
При многовариантности реакций, повышаются шансы на выживание

Варианты цитокинового ответа и риск смерти

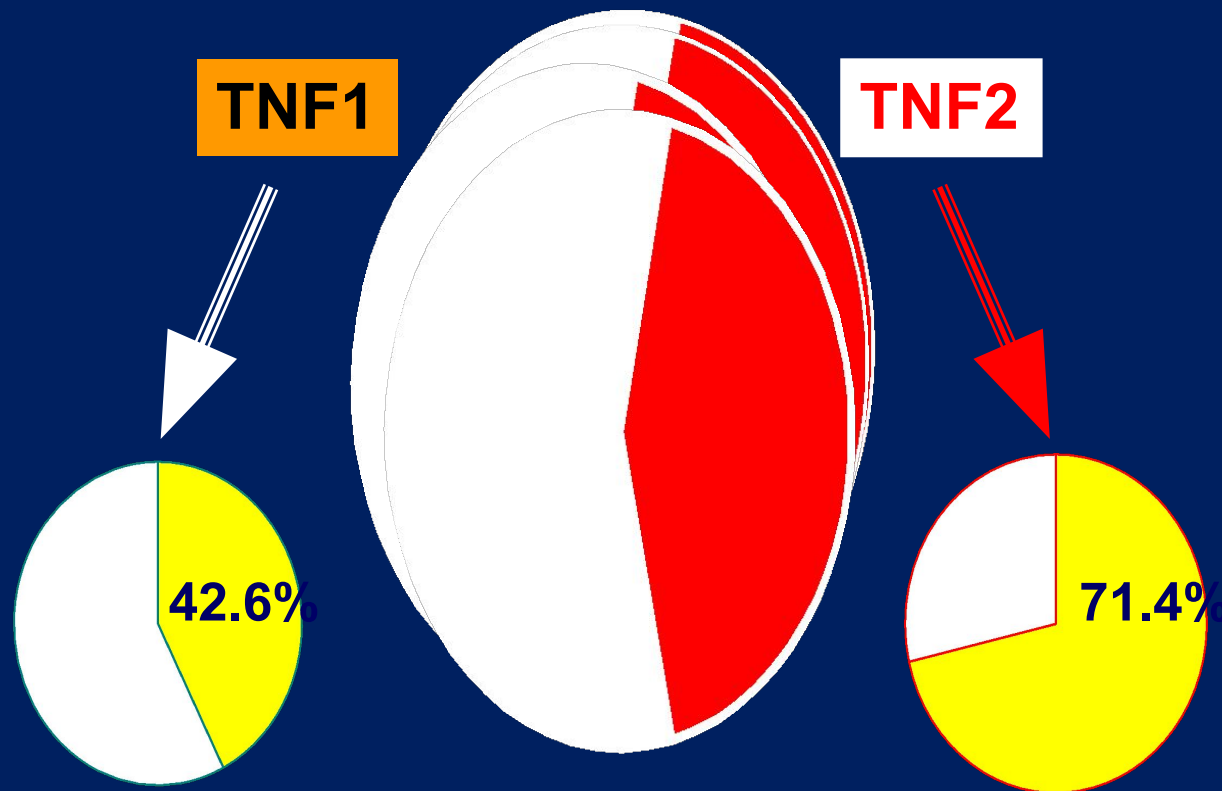


Group Membership for IL-6 and IL-10 Patterns Based on Trajectory Analysis			
Group	Low IL-10	Medium IL-10	High IL-10
Overall frequency, %			
Low IL-6	26.1	7.9	1.4
Medium IL-6	35.6	13.7	3.8
High IL-6	3.2	5.4	2.9
Developing severe sepsis, %			
Low IL-6	18.7	27.5	26.9
Medium IL-6	25.4	41.7	47.2
High IL-6	47.5	61.4	72.2
Dead at 90 d, %			
Low IL-6	3.3	6.0	15.4
Medium IL-6	4.7	14.7	27.8
High IL-6	9.8	24.8	42.6

Индивидуальный ответ на эндотоксин



TNF полиморфизм определяет исход при септическом шоке



**Подразделение цитокинов на про- и
противовоспалительные является
относительным**

*Jean-Marc Cavaillon , Damon Eisen and Djilalli Annane
Crit Care 2014;18:216*

А может быть

Вмешивайся в хаос критического состояния крайне осторожно, прежде всего, корректная органно-системная поддержка

19.09.2016 год
XV Съезд ФАР

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ: современный
вектор**

Не лечи слишком интенсивно !

*“ Less is More” in critically ill patients.
Not too intensive.*

Knox M, Pickkers P. JAMA Intern Med. 2013;173:1369–72.

High-Flow Oxygen through Nasal Cannula in Acute Hypoxemic Respiratory Failure

Jean-Pierre Frat, M.D., Arnaud W. Thille, M.D., Ph.D., Alain Mercat, M.D., Ph.D., Christophe Girault, M.D., Ph.D.,

Меньше ИВЛ

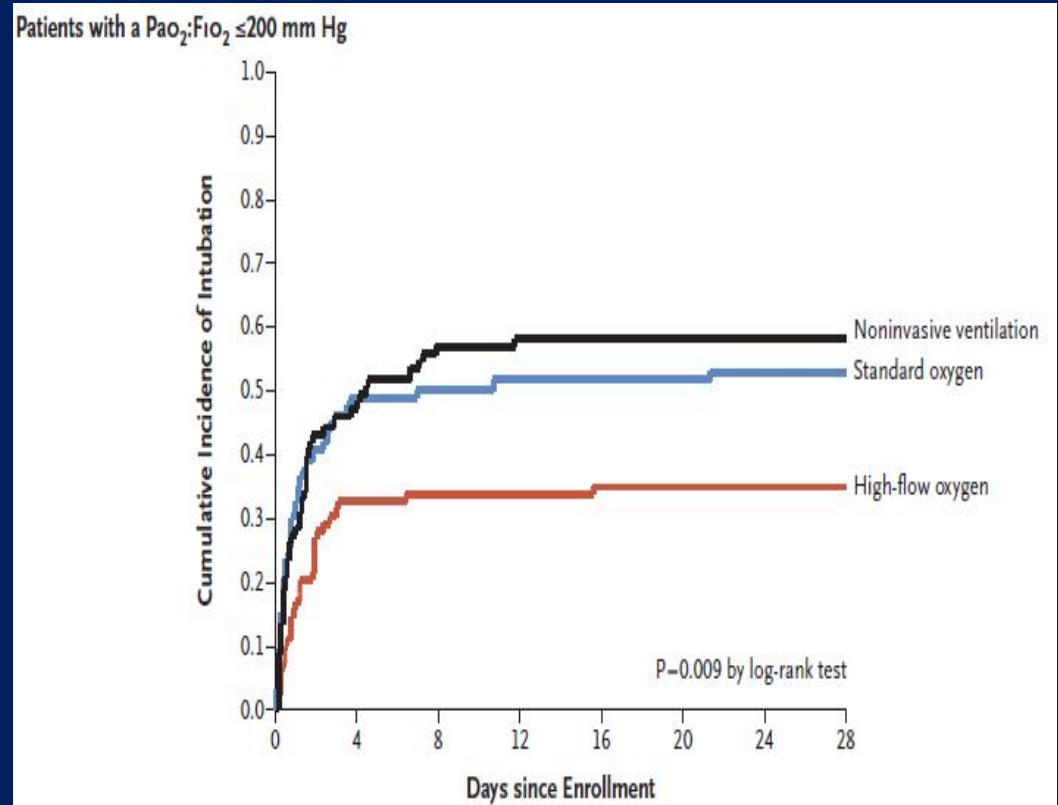
**Потребуется в
интубации**

Частота интубаций

38 % - высокопоточная
кислородотерапия

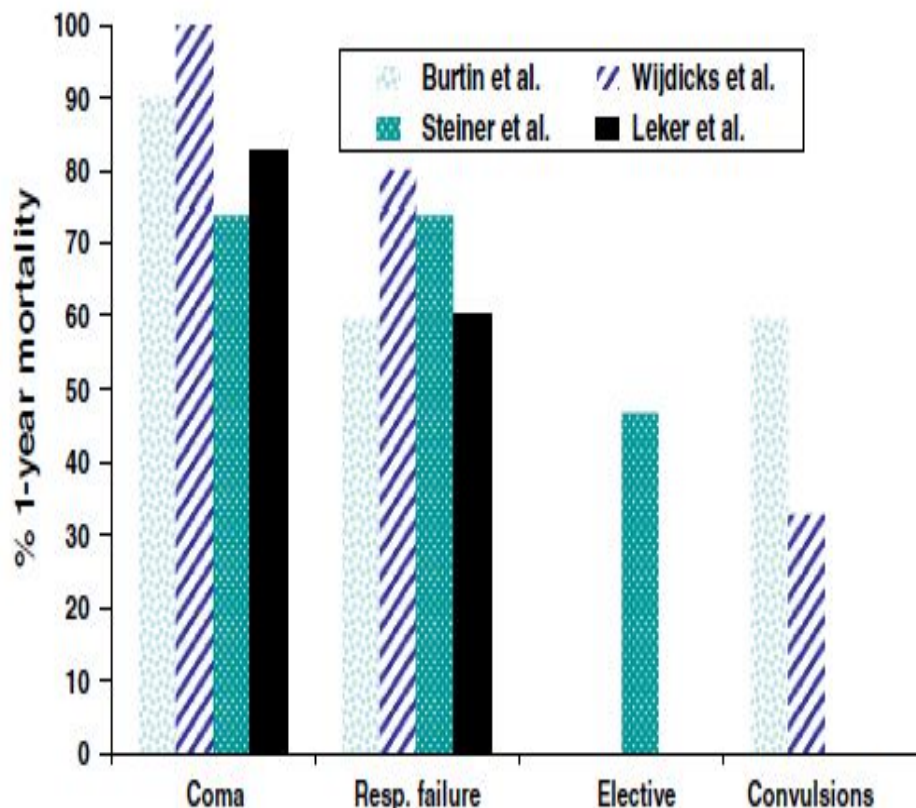
47 % - стандартная

50 % - ИВЛ



Geert Meyfroidt
Pierre-Edouard Bollaert
Paul E. Marik

Acute ischemic stroke in the ICU: to admit or not to admit?



«Острый ишемический инсульт : брать или не брать в ОРИТ?»

ИВЛ должна быть резервирована для пациентов с обратимой ОДН, имеющих хороший прогноз функционального восстановления

Не давай много кислорода

Не стремись к высоким значениям кислорода

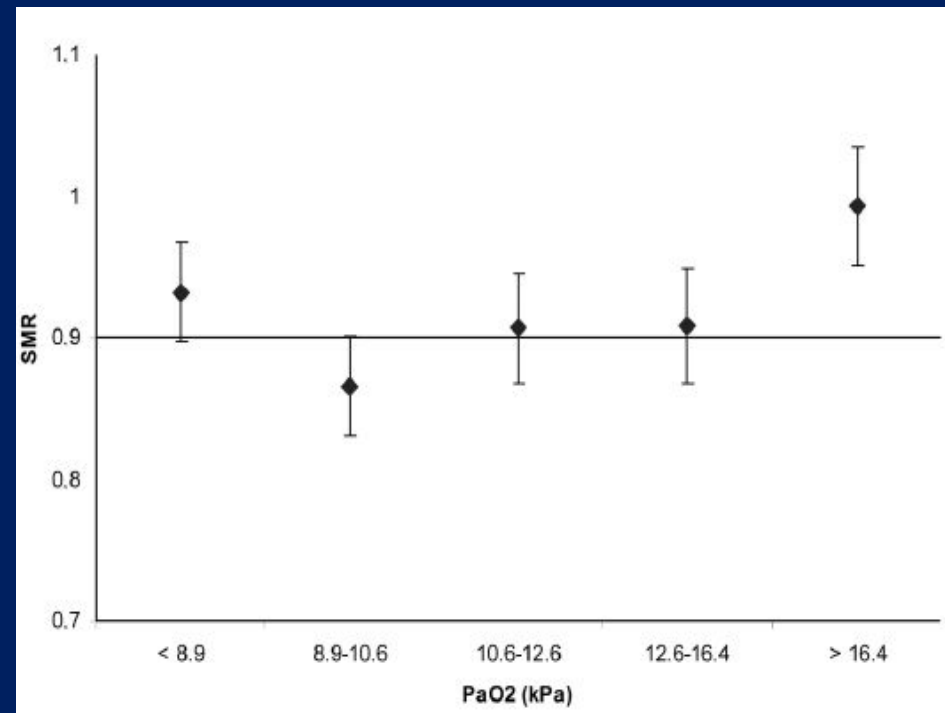
в крови!

Research Open Access
Association between administered oxygen, arterial partial oxygen pressure and mortality in mechanically ventilated intensive care unit patients
Evert de Jonge¹, Linda Peelen^{2,3}, Peter J Keijzers⁴, Hans Joore⁴, Dylan de Lange⁴, Peter HJ van der Voort⁵, Robert J Bosman⁵, Ruud AL de Waal⁶, Ronald Wesselink⁷ and Nicolette F de Keizer²

50 ОРИТ Нидерландов
n=36 307 пациентов

Лучше выживают пациенты у кого в первые сутки после поступления в ОРИТ при ИВЛ поддерживали напряжение кислорода в крови в диапазоне

60 – 80 мм рт ст

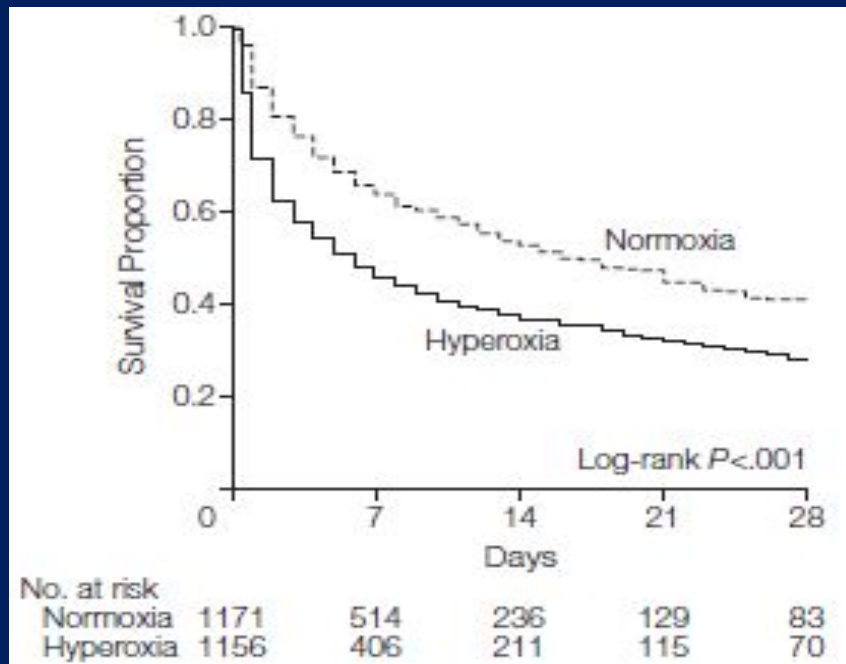


Association Between Arterial Hyperoxia Following Resuscitation From Cardiac Arrest and In-Hospital Mortality

J. Hope Kilgannon, MD *JAMA*. 2010;303(21):2165-2171

28 – дневная
выживаемость

Факторы риска смерти



Variable	OR (95% CI)	P Value
Age decile	1.1 (1.1-1.2)	<.001
Emergency department origin	1.5 (1.3-1.7)	<.001
Nonindependent functional status at admission	1.3 (1.1-1.4)	<.001
Chronic renal failure	1.6 (1.3-1.9)	<.001
Active chemotherapy	2.8 (1.8-4.6)	<.001
High heart rate in ICU ^b	1.9 (1.7-2.1)	<.001
Hypotension at ICU arrival ^c	2.1 (1.9-2.3)	<.001
Hypoxia exposure	1.3 (1.1-1.5)	.009
Hyperoxia exposure	1.8 (1.5-2.2)	<.001

Arterial hyperoxia and in-hospital mortality after resuscitation from cardiac arrest

Rinaldo Bellomo^{1*}, Michael Bailey¹, Glenn M Eastwood³, Alistair Nichol¹, David Pilcher², Graeme K Hart², Michael C Reade³, Moritoki Egi⁴, D James Cooper¹, the Study of Oxygen in Critical Care (SOCC) Group

Bellomo et al. *Critical Care* 2011, 15:R90

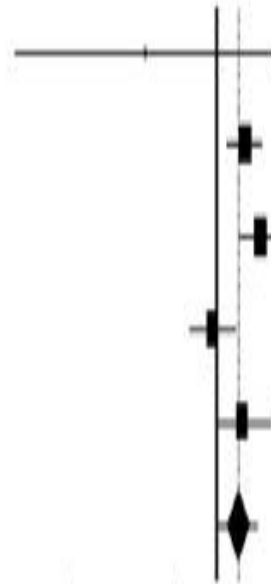
Группа	PaO ₂ (мм рт ст)	Летальность	ОШ	р
Гипоксия	< 60	60% (59 -61)	1,2(1,1 – 1,4)	0,002
Нормоксия	60 -300	47%(45 -50)		
Гипероксия	> 300	59%(56 -61)	1,2(1,1- 1,5)	0,04

Arterial hyperoxia and mortality in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis

Damiani et al. *Critical Care* (2014) 18:711

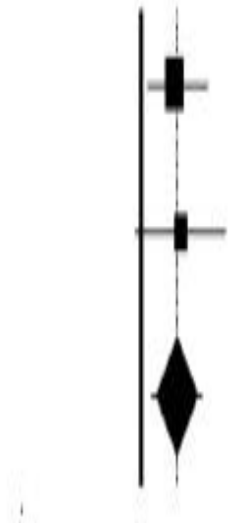
Тяжёлая ЧМТ

	ES	95% CI	W	Sig.
Asher 2013	0.32	0.04, 2.50	2.19%	0.280
Brenner 2012	1.56	1.18, 2.07	27.41%	0.002
Davis 2008	2.00	1.40, 2.70	25.40%	0.000
Raj 2013	0.94	0.65, 1.38	23.68%	0.743
Rincon (b) 2014	1.50	1.02, 2.40	21.32%	0.063
Overall (random-effects model)	1.41	1.03, 1.94	100.00%	0.032



Инсульт

	ES	95% CI	W	Sig.
Rincon (a) 2014	1.22	1.04, 1.48	68.91%	0.027
Young 2012	1.26	0.97, 1.64	31.09%	0.085
Overall (random-effects model)	1.23	1.06, 1.43	100.00%	0.005



World Society of Emergency Surgery (WSES) guidelines for management of skin and soft tissue infections

Massimo Sartelli^{1*}, Mark A Malangoni², Addison K May³, Pierluigi Viale⁴, Lillian S Kao⁵, Fausto Catena⁶,

Sartelli et al. *World Journal of Emergency Surgery* 2014, 9:57

Польза от включения ГБО в схему лечения инфекций кожи и мягких тканей остаётся противоречивой.
Убедительные доказательства клинической эффективности отсутствуют

Меньше инфузии

«Меньше инфузии: более консервативная ограничительная стратегия - жизнеспасительна»

Fluid resuscitation in septic shock: A positive fluid balance and elevated central venous pressure are associated with increased mortality*

Boyd, John H. MD, FRCP(C); Forbes, Jason MD; Nakada, Taka-aki MD, PhD; Walley, Keith R. MD, FRCP(C); Russell, James A. MD, FRCP(C)

The Vasopressin in Septic Shock Trial
(VASST), n=778

Результаты:

Через 12 часов ИТТ

- Летальность при ЦВД < 8 мм рт ст меньше, чем при ЦВД > 8 -12
- Оптимальная выживаемость при балансе: +3л/12 ч
- Более положительный баланс увеличивает летальность

Boyd JH . et al.. Crit Care Med . 2011 ; 39 (2) : 259 265 .

RESEARCH

Open Access

Fluid balance and cardiac function in septic shock as predictors of hospital mortality

Scott T Micek¹, Colleen McEvoy², Matthew McKenzie¹, Nicholas Hampton³, Joshua A Doherty⁴ and Marin H Kollef^{2*}

• 325 пациентов с СШ

Результаты:

За 24 часа: 4,37л(умершие) и 2,96 л (выжившие)

Независимые факторы риска смерти

- АРАСНЕ II
- Старший возраст
- Низкая ФВ
- **Позитивный гидробаланс за 8 дней постшокового периода**

ОШ=1,66(1,39-1,98)
Micek ST, et al. Crit Care . 2013 ; 17 (5) : R246

Меньше инфузии: РЦТ не улучшает выживаемость

ORIGINAL ARTICLE

Goal-Directed Resuscitation for Patients with Early Septic Shock

The ARISE Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group*

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MAY 1, 2014

VOL. 370 NO. 18

A Randomized Trial of Protocol-Based Care for Early Septic Shock

The ProCESS Investigators*

- РКИ, n=1600
- Две группы пациентов
 - РЦТ – терапия
 - Стандартная терапия

Результаты:

- РЦТ не улучшает выживаемость

- РКИ, n=1341
- Три группы
 - РЦТ -протокол
 - Стандартный протокол
 - Обычная терапия

Результаты:

- Госпитальная летальность: 21 vs 18 vs 20% (P=0.83)

Less invasive hemodynamic monitoring in critically ill patients

Jean-Louis Teboul^{1*}, Bernd Saugel², Maurizio Cecconi³, Daniel De Backer⁴, Christoph K. Hofer⁵, Xavier Monnet¹, Azriel Perel⁶, Michael R. Pinsky⁷, Daniel A. Reuter², Andrew Rhodes³, Pierre Squara⁸, Jean-Louis Vincent⁹

Intensive Care Med (2016) 42:1350–1359

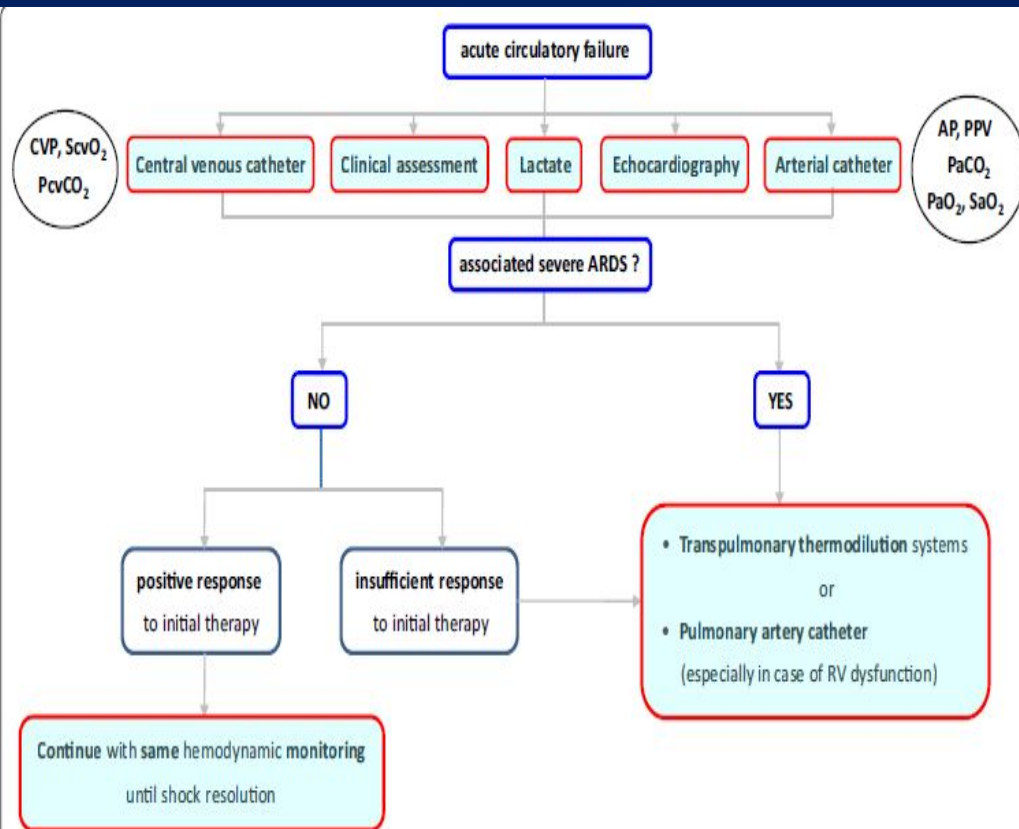
ИНВАЗИВНЫЙ МОНИТОРИНГ

Ограничен тяжёлым ОРДС

Современный тренд

Эксперты

«...Трудно предсказать будущее, но мониторинг гемодинамики становится и будет становиться менее ИНВАЗИВНЫМ.....»



**Меньше трансфузий
компонентов
крови**

Эритроцитарная масса: либеральная или ограничительная трансфузия

Мета-анализ 45 клинических исследований:

«Нулевой результат» – 2;

Риск превышает преимущества – **Вред - 42**;

Преимущества превышают риск – **1** исследование (ОИМ + Ht<30%)

Гемотрансфузия независимый фактор риска

- Смерти - ОШ =1,7 (1,4-1,9)
- Инфекций - ОШ =1,8 (1,5-2,2)
- ОРДС - ОШ= 2,5 (1.6-3.3)

Risks associated with red blood cell transfusion in the trauma population, a meta-analysis

Sunil V Patel*, Biniam Kidane, Michelle Klingel, Neil Parry

London Health Sciences Centre, London, Ontario, Canada



Impact of More Restrictive Blood Transfusion Strategies on Clinical Outcomes: A Meta-analysis and Systematic Review

Shelley R. Salpeter, MD,^a Jacob S. Buckley,^b Saurav Chatterjee, MD^c

^aStanford University School of Medicine, Stanford, Calif; ^bBrown University, Providence, RI; ^cSt Luke's – Roosevelt Hospital Center, New York, NY.

The American Journal of Medicine (2014) 127, 124-131

С трансфузией каждой
дополнительной дозы ЭМ
повышается:

Риск смерти ОШ=1,07(1,04 -1,10)

Риск ПОН – ОШ =1,08(1,02 -1,14)

Риск ОПЛ – ОШ=1,06(1,03 -1,10)

Int. J. Care Injured 2014;45:1522–1533

При использовании
рестриктивной стратегии
трансфузия ЭМ (<70 г\л)
наблюдалось снижение риска:

Смерти -RR = 0,74(0,6 – 0,92)

**Рецидива кровотечения –
RR=0,64(0,45 -0,92)**

ОКС – RR=0,44(0,22-0,89)

**Отёка лёгких –
RR=0,48(0,35-0,72)**

**Инфекций – RR=0,86 (0,73 –
1,00)**

Свежезамороженная плазма

Трансфузия СЗП ассоциирует с риском

- **Нозокомиальных инфекций**
(ВАП – ОР=5,42; Шок – ОР = 3,22; Бактериемия – ОР=3,35)

Имеется доза-зависимая взаимосвязь(t-test, p=0,02)

Sarani B. et al. CCM 2008;36:1114-1118

- **Позднего синдрома TRALI** (6-72 часа), ОШ=2,13(1,75-2,32)

Marik P. et al. CCM 2008;36:3080

- **Синдрома ПОН**

Watson G. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care 2009;67:221

REVIEW

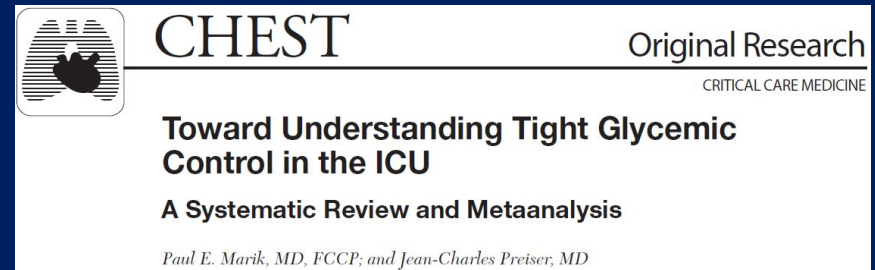
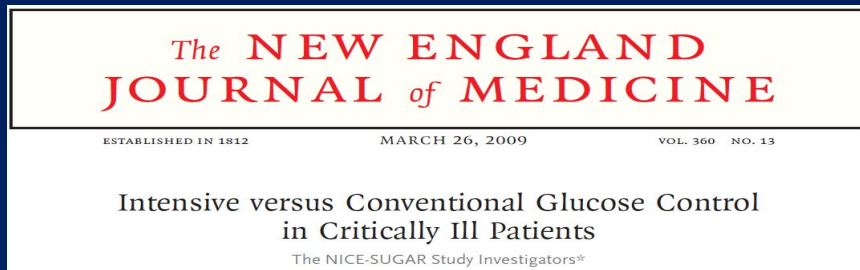
Open Access

Restrictive and liberal red cell transfusion strategies in adult patients: reconciling clinical data with best practice

Рестриктивная политика в отношении трансфузии ЭМ и СЗП оправдана с позиций снижения осложнений и экономики. Не сопряжена с нанесением вреда.

Меньше инсулина

Менее строгий контроль гликемии: МОЖЕТ УЛУЧШИТЬ ВЫЖИВАЕМОСТЬ



ПРКИ, n=6104 пациентов

Две группы:

- Строгий контроль 4.5-6.0
- Традиционный контроль <10.0
- **Результаты:** традиционный контроль
 - Снижает летальность
27 vs 25% (P=0.02)
 - Снижает количество гипогликемий
6,8 vs 0,5% (P<0,01)

Мета-анализ 7 исследований,
n=11 425 пациентов

- Строгий контроль (4.4-6.1) vs менее строгий контроль(менее 10ммоль\л)
- Риск гипогликемии OR=7.7; 6.0-9.9;
P 0.001

Резюме:

Рекомендуемый уровень гликемии
<10.0 ммоль\л

Меньше антибиотиков

Режим де-эскалации может повышать выживаемость

Intensive Care Med (2014) 40:32–40
DOI 10.1007/s00134-013-3077-7

ORIGINAL ARTICLE

J. Garnacho-Montero
A. Gutiérrez-Pizarra
A. Escoreca-Ortega
Y. Corcía-Palomo
Esperanza Fernández-Delgado

De-escalation of empirical therapy is associated with lower mortality in patients with severe sepsis and septic shock

Обсервационное исследование
n=712

Три группы пациентов

- Де-эскалационная терапия
- Эскалация
- “Без изменений”

Результаты

Факторы увеличивающие
летальность

- SOFA
- Неадекватная АБТ
- Септический шок

Фактор снижающий летальность

Режим де-эскалации- ОШ=0.57(0.38-0.94)

*Меньше суперинфекций, связанных
с
бактериями, проявляющими
множественную устойчивость к
антибиотикам*

«Меньше антибиотиков: рекомендуемые стратегии»

Type of Infectious Diseases	Recommended duration of antimicrobial treatment	RCT comparing different durations of treatment
CAP	≥ 5 days	Yes
HAP, VAP, and HCAP		Yes
Bacteria other than NFGNB	7 days	
NFGNB	14 days	
CRBSI		No
Coagulase-negative <i>Staphylococcus</i> spp.	5–7 days	
<i>Staphylococcus aureus</i>	4–6 weeks ^a	
<i>Staphylococcus lugdunensis</i>	4–6 weeks ^a	
<i>Enterococcus</i> spp.	7–14 days	
Gram-negative bacilli	7–14 days	
Candida spp.	14 days after the first negative BC	
Complicated intra-abdominal infection	4–7 days	No
Pyelonephritis	14 days	Yes

Динамика содержания прокальцитонина в крови помогает отменить антибиотик

RESEARCH

Open Access

Procalcitonin-guided therapy in intensive care unit patients with severe sepsis and septic shock – a systematic review and meta-analysis

Anna Prkno^{1,2}, Christina Wacker^{1,2}, Frank M Brunkhorst^{2,3†} and Peter Schlattmann^{1,2†}

1075 пациентов с сепсисом и септическим шоком

Результаты

- Снижается длительность АБТ; HR=1.27(1.01-1.53)
- Нет влияния на летальность

Critical Care 2013, 17:R291

Procalcitonin to Guide Duration of Antimicrobial Therapy in Intensive Care Units: A Systematic Review

Rajender Agarwal¹ and David N. Schwartz^{2,3}

¹Department of Medicine, Stroger Hospital of Cook County, Chicago, Illinois; ²Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Stroger Hospital of Cook County, Chicago, Illinois; and ³Department of Medicine, Rush Medical College, Chicago, Illinois

1476 пациентов
ОРИТ

Результаты

- Снижается длительность курса АБТ на 21-38%
- Может уменьшаться длительность пребывания в ОРИТ

CID 2011:53 (15 August) 379-387

Стратегии назначения антимикотиков в ОРИТ

Pre-emptive терапия

Эмпирическая терапия

Целенаправленная терапия

ОРИТ > 96 ч
+ АБТ

+

Факторы риска
(хирургия,
ТПП, ЦВК и
тд.)

+

Мультифок
Candida
колонизация
или (+)
glucan/mannan-
antim

(+)
гемокультура

Меньше сессии

Эффекты контролируемой седации

Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial

Timothy D Girard, John P Kress, Barry D Fuchs, Jason W W Thomason, William D Schweickert, Brenda T Pun, Darren B Taichman, Jan G Dunn, Anne S Pohlman, Paul A Kinniry, James C Jackson, Angelo E Canonico, Richard W Light, Ayumi K Shintani, Jennifer L Thompson, Sharon M Gordon, Jesse B Hall, Robert S Dittus, Gordon R Bernard, E Wesley Ely

336 пациентов

Две группы:

- Ежедневное прерывание седации + протокол отлучения от ИВЛ
- Стандартный протокол

Результаты

- Снижение летальности 44 vs 58% (P=0,01)
- Снижение длительности ИВЛ
- Снижение длительности госпитализации

A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial

Thomas Strøm, Torben Martinussen, Palle Toft

- РКИ, 140 пациентов
- Две группы:
 - Без седации + морфин
 - Пропофол + мидазолам + морфин + ежедневное прерывание седации
- Результаты:
 - Снижение длительности ИВЛ
 - Снижение длительности госпитализации

Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept

Jean-Louis Vincent^{1*}, Yahya Shehabi², Timothy S. Walsh³, Pratik P. Pandharipande⁴, Jonathan A. Ball⁵, *Intensive Care Med (2016) 42:962–971*

eCASH

- early Comfort
Ранний комфорт
- Analgesia
- Min Sedatives
- Max Human care
Максимум человеческого отношения



**Боль
Тревога
Ажитация
Делирий
Имобилизация**

«Меньше кортикостероидов»

RESEARCH

Open Access

Updating the evidence for the role of corticosteroids in severe sepsis and septic shock: a Bayesian meta-analytic perspective

John L. Moran^{1*}, Petra L. Graham², Sue Rockliff³, Andrew D. Bersten⁴

Crit Care. 2010;14:R134.

RESEARCH

Open Access

Early initiation of low-dose corticosteroid therapy in the management of septic shock: a retrospective observational study

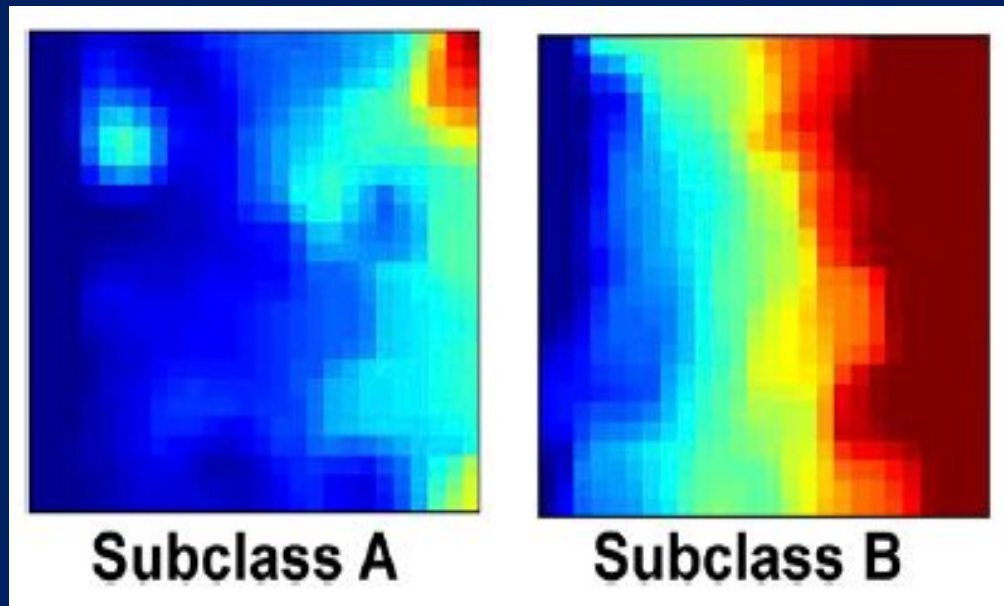
Hye Yun Park¹, Gee Young Suh¹, Jae-Uk Song¹, Hongseok Yoo¹, Ik Joon Jo², Tae Gun Shin², So Yeon Lim¹, Sookyoung Woo³ and Kyeongman Jeon^{1*}

Crit Care. 2012 ;16(1):R3

- ГКС – не всем больным с септическим шоком
- Гидрокортизон 200 -300 мг\сутки
- Старт в первые 24 час, лучше раньше
- Показания
 - Невозможность достичь целевого уровня АД
 - Норадреналин более 0,5 мкг\кг\мин
 - оценка эффекта через 48 часов
 - при ↓дозы НА на 50%, продолжение + 3-5 дней
 - при отсутствии снижения дозировок НА – **отмена гидрокортизона**

Developing a Clinically Feasible Personalized Medicine Approach to Pediatric Septic Shock

Hector R. Wong^{1,2}, Natalie Z. Cvijanovich³, Nick Anas⁴, Geoffrey L. Allen⁵, Neal J. Thomas⁶, Michael T. Bigham⁷,



Выделено 100 генов по которым выполнено подразделение на подклассы

44 гена контролировали адаптивный иммунитет и функционирование ГКС-рецепторов

Повышение риска смерти при назначении ГКС у пациентов подкласса А (генетическая репрессия) **ОШ = 4,1(1,4 – 12,0)**

Меньше R-графи

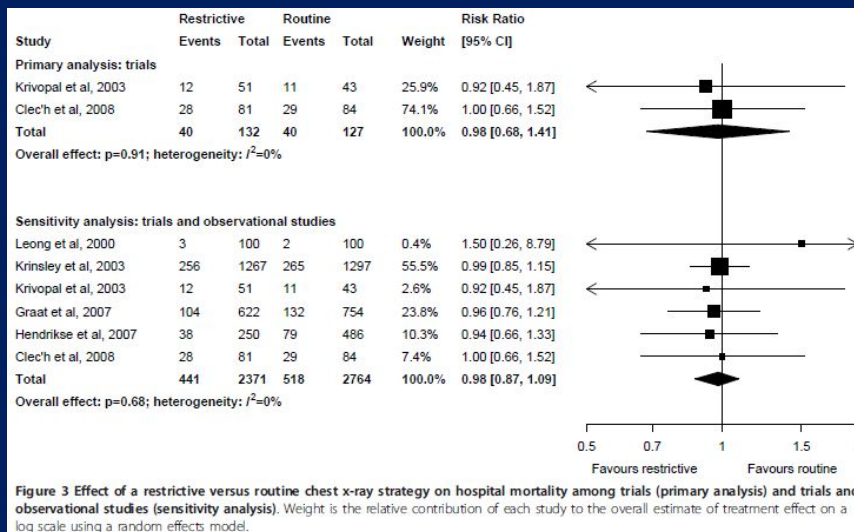
RESEARCH

Open Access

Routine chest x-rays in intensive care units: a systematic review and meta-analysis

Anusoumya Ganapathy¹, Neill KJ Adhikari^{2*}, Jamie Spiegelman³ and Damon C Scales²

- Мета-анализ, 9 исследований, N 9 611
- “Ежедневно” vs “По-требованию”



- Ежедневная R-графия не имеет преимуществ
- “Прикроватные” УЗ-технологии в ОРИТ
 - Эхокардиография
 - BLUE-протокол (Bedside Lung Ultrasound in Emergency)
 - FAST-протокол (Focused assessment with sonography for trauma)
 - CORE scan (Concentrated overview of resuscitative efforts)
 - Манипуляции под УЗ-контролем

«Меньше H₂-блокаторов и ингибиторов протонной помпы»

Critical Care Medicine:
November 2010 - Volume 38 - Issue 11 - pp 2222-2228

Stress ulcer prophylaxis in the new millennium: A systematic review and meta-analysis

Marik, Paul E. MD; Vasu, Tajender MD; Hirani, Aryn MD; Pachinburavan, Monvasi MD

Мета-анализ -17 исследований n=1836

Stress ulcer prophylaxis versus placebo or no prophylaxis in critically ill patients : A systematic review of randomised clinical trials with meta-analysis and trial sequential analysis

Mette Krag| Anders Perner| Jørn Wetterslev| Matt P. Wise| Morten Hylander Møller

Мета-анализ -20 исследований n=1971

H₂-блокаторы и ИПП

- В подгруппе пациентов получающих энтеральное питание могут не оказывать протективного эффекта
- Повышают риск
 - Госпитальной пневмонии
 - *C. difficile* инфекций

Рекомендация

Взвешивать риски кровотечения и осложнений

Krag M, Perner A, Wetterslev J, et al. Intensive Care Med. 2014;40:11–22.

Не спеши с парентеральным питанием

2-е vs 8-е сутки

ORIGINAL ARTICLE

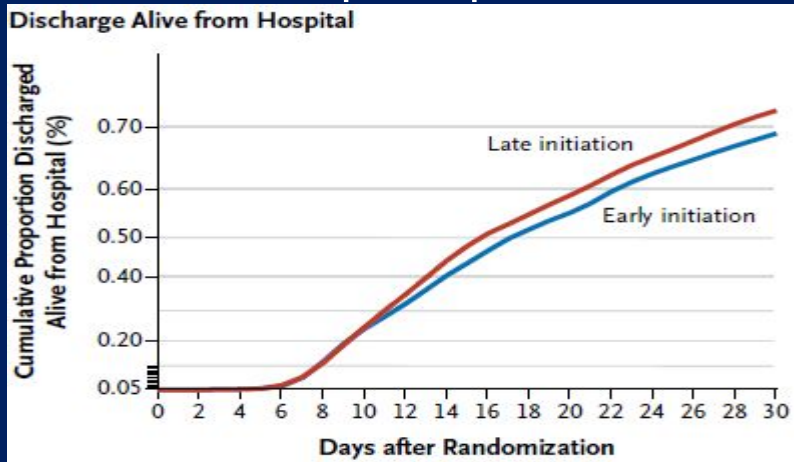
Early versus Late Parenteral Nutrition in Critically Ill Adults

Michael P. Casaer, M.D., Dieter Mesotten, M.D., Ph.D.,

НИ – 22,8% vs 26,2%; $p=0,008$

ИВЛ – снижение доли пациентов на 9,7% требующих ИВЛ > 2-х суток

Снижение затрат в расчёте на 1



N Engl J Med 2011;365:506-17.

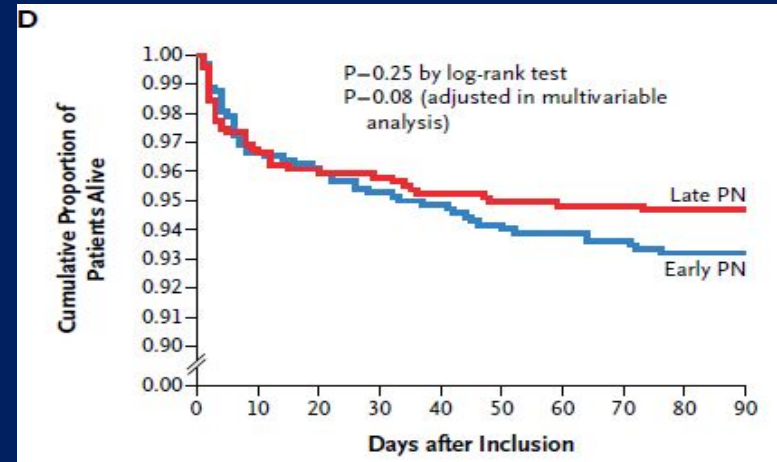
Early versus Late Parenteral Nutrition in Critically Ill Children

Tom Fievez, M.D., Dorian Kercklaan, M.D., Dieter Mesotten, M.D., Ph.D., Sascha Verbruggen, M.D., Ph.D.,

НИ - 10,7% vs 18,5%; $p=0,001$

Длит ИВЛ – 6,4 vs 4,4 дня; $p=0,01$

Длит ОРИТ - 6,5 vs 9,2 дня;
 $p=0,002$



N Engl J Med 2016;374:1111-22.

Не держи зря в
реанимации

Нужен **новый тип отделений**



Где больше ухода, чем реанимации!

Сегодня 31% госпиталей в 75 странах имеют IMCU (Intermediate Care Unit) – промежуточные отделения с самостоятельным статусом

Тренд современной медицины критических состояний – поиск маркеров для индивидуализации лечения

Стратификация по критериям данных синдромов перестала устраивать

- Точная медицина
- Персонализированная медицина
- Недифференцированная терапия

СЕПСИС

ОРДС

ОПН

ССВР

.....

Будущее в интенсивной терапии

Улучшение понимания клинической ситуации\исхода и персонализация интенсивной терапии

- Разумное снижение \отказ от медикаментозной и аппаратной «агрессии»
- Создание психологического комфорта и атмосферы безопасности в ОРИТ
- Максимум человеческого отношения с ранней активизацией и реабилитацией



Заключение

Снижение агрессии и стратификация больных –
современный тренд ведения больных
в критических состояниях, а не самоцель.
Но вместе с ним давайте двигаться в сторону
персонализированной и более точной
медицины