

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Анестезиологии и реаниматологии ИПО

Рецензия д.м.н., доцента кафедры Анестезиологии и реаниматологии ИПО Ростовцева Сергея Ивановича на реферат ординатора второго года обучения специальности Анестезиология и реаниматология Приходько Арины Анатольевны по теме: «катетеризация центральных вен»

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординаторы первого года обучения специальности Анестезиология и реаниматология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 24.01.2020

д.м.н., доц.

Ростовцев С.И.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Анестезиологии и реаниматологии ИПО

Реферат по теме: катетеризация центральных вен

Выполнила ординатор 2-го обучения

кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПО

Приходько А. А.

Красноярск, 2020 г.

Под катетеризацией центральных вен подразумевается установка катетера в верхнюю или нижнюю полые вены, реже, в правое предсердие через магистральные вены — как правило, подключичную, внутреннюю яремную, бедренную или плечеголовной ствол.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», приказом Министерства труда и социальной защиты населения №554н от 27.08.18 г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач анестезиолог-реаниматолог», определяет показания и производит катетеризацию центральных вен врач анестезиолог-реаниматолог.

Обеспечение доступа к сосудистому руслу является важнейшей задачей анестезиологии-реаниматологии. Постоянный доступ к сосудистому руслу позволяет вводить лекарственные средства и инфузионные среды, благодаря чему имеется возможность регулировать состояние жизненно важных органов и систем. Доступ к центральным венам может предоставлять важную информацию о состоянии кровообращения. Наиболее часто выполняется катетеризация подключичной, внутренней яремной и бедренной вен.

Показания и противопоказания к установке центрального венозного катетера, возможные осложнения

Показания к катетеризации подключичной, внутренней яремной и бедренной вен неспецифичны. В связи с высоким риском ранних механических осложнений, что обусловлено отсутствием прямого визуального контроля за нахождением и продвижением иглы, катетеризация центральных вен должна выполняться по экстренным и неотложным показаниям (ст. 32 «Медицинская помощь» ФЗ № 323), в условиях крайней необходимости (ст. 39 УК РФ) и обоснованного риска (ст. 41 УК РФ), когда имеющаяся или потенциальная опасность, угрожающая здоровью пациента, не может быть устранена иными способами (введение инфузионных растворов или вазоактивных препаратов через одну или несколько периферических вен, потребность в проведении экстренного гемодиализа, необходимость углубленного мониторинга гемодинамики и прочее), а риск отказа от данной манипуляции может превышать риск возможных осложнений и смертельного исхода, по сравнению с таковым при катетеризации центральной вены.

ПОКАЗАНИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ

1. Потребность во введении инфузионных сред или лекарственных препаратов при невозможности обеспечения требуемого объема, скорости, эффективности и безопасности инфузионной и/или медикаментозной терапии за счет катетеризации периферических вен и/или внутрикостного введения.

2. Контроль центрального венозного давления и прочие виды мониторинга (установка катетера Свана–Ганца, транспульмональная термодилуция, непрерывная оксиметрия и др.).

3. Проведение длительной вазопрессорной и/или инотропной терапии.

4. Проведение заместительной почечной терапии.

5. Проведение экстракорпоральных методов поддержки кровообращения и дыхания.

6. Временная эндокардиальная кардиостимуляция.

7. Введение гиперосмолярных и/или обладающих раздражающим действием на интиму кровеносных сосудов растворов.

8. Замена катетера.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Инфекционное поражение кожных покровов в области катетеризации.

2. Флеботромбоз или тромбофлебит магистральной вены, предполагаемой для центрального венозного доступа.

3. Врожденные и приобретенные коагулопатии при высоком риске геморрагических осложнений.

Решение о возможности выполнении катетеризации в условиях коагулопатии принимается на основании индивидуализированной оценки соотношения риск/польза! Рекомендуются следующие пороговые показатели коагуляции, при которых катетеризация допустима лишь в связи с крайней необходимостью и явном превышении пользы над риском: концентрация тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$ и/или увеличение АЧТВ более чем на 30% по отношению к нормальному значению и/или увеличение МНО более чем 1,8 и/или снижение концентрации фибриногена менее 1,0 г/л.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения катетеризации центральных вен подразделяются на ранние и поздние; они не всегда могут быть исключены даже при должной осторожности и

предусмотрительности. К ранним осложнениям относятся кровотечение из не сдавливаемого сосуда с формированием гематомы и/или гемоторакса и/или кровопотери, пневмоторакс, аритмия (вероятный признак того, что конец катетера находится в желудочке), воздушная эмболия. К поздним осложнениям катетеризации относят инфекционные и тромботические осложнения. Редкими осложнениями катетеризации являются гидроторакс, хилоторакс, перфорация центральных сосудов и/или камер сердца, тампонада перикарда, миграция катетера, узлообразование/миграция проводника и прочие.

Наиболее частым осложнением катетеризации внутренней яремной вены являются непреднамеренная пункция сонной артерии с последующим образованием гематомы (до 8–10% без УЗ-контроля), подключичной вены — пневмоторакс (до 1–3%), а катетеризация бедренной вены наиболее часто осложняется флеботромбозами.

Частота осложнений катетеризации центральных вен увеличивается в шесть раз, если один и тот же врач выполняет подряд более трех попыток на одном и том же сосуде.

Получение информированного добровольного согласия при принятии решения о проведении пункции и катетеризации подключичной и других центральных вен

В соответствии со ст. 20 *«Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства»* ФЗ РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», перед проведением катетеризации подключичной и других центральных вен, у пациента необходимо получить информированное добровольное согласие на данное медицинское вмешательство или на отказ от него.

В соответствии со ст. 54 *«Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья»* ФЗ РФ № 323, несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона.

При получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, гражданину необходимо в доступной для него форме объяснить цель и задачи проведения данной манипуляции и сообщить о риске медицинского вмешательства (ст. 20 ФЗ № 323).

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в следующих случаях:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается в случаях, указанных в п. 1 и 2 части 9 ст. 20 ФЗ РФ № 323 — консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 ст. 20 ФЗ № 323 и в отношении которого проведено медицинское вмешательство, либо судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Согласие или отказ от катетеризации подключичной и других центральных вен должны быть оформлен соответствующим протоколом.

Проведение катетеризации подключичной и других центральных вен должно быть оформлено соответствующим протоколом.

Выполнение манипуляции

Венозный катетер, как правило, устанавливается в верхнюю или нижнюю полые вены или в правое предсердие через магистральные венозные стволы — подключичную (подмышечную в случае УЗ-контроля), внутреннюю яремную, бедренную вены или

плечеголовной ствол. Техника выполнения пункции и требования к безопасности катетеризации широко представлена в различных источниках медицинских знаний.

- При выборе между различными точками доступа, подключичную вену рекомендуется катетеризировать, если ожидается нахождение катетера в венозном русле более пяти суток, что обусловлено значимо меньшим риском инфекционных осложнений и лучшим комфортом для пациента.

- Внутреннюю яремную вену рекомендуется катетеризировать, если требуется проведение заместительной почечной терапии в условиях низкого риска инфицирования катетера (уровень убедительности — без градации), временной эндокардиальной кардиостимуляции, установки катетера Свана–Ганца или, в случаях, когда предполагаемая продолжительность стояния катетера составляет менее пяти суток. При наличии опыта и технической возможности катетеризацию яремной вены рекомендуется выполнять под непосредственным УЗ-контролем или после разметки хода вены по результатам УЗ-контроля перед вмешательством. В остальном, данный метод не имеет преимуществ перед катетеризацией подключичной вены и может нести более высокий риск инфекционных осложнений, особенно у пациентов с дефицитом массы тела (индекс массы тела менее 24 кг/м^2).

- Катетеризация бедренной вены часто осложняется флеботромбозами и ассоциирована со снижением подвижности пациента, поэтому ее рекомендуется рассматривать как запасной вариант, на случай, если попытки катетеризации подключичной вены и/или внутренней яремной вены оказались неудачными, или какая-либо медицинская технология подразумевает катетеризацию бедренной вены.

- В связи с повышением риска инфекционных осложнений катетеризация бедренной вены не рекомендуется у пациентов с избыточной массой тела (индекс массы тела более 28 кг/м^2).

Катетеризация подключичной вены

Перед установкой ПК больного укладывают на спину в положение Тренделенбурга для увеличения притока крови к венам шеи и, как следствие, увеличения их диаметра, с подложенным под лопатки валиком.

Голова слегка ротируется в сторону, противоположную пункции. Верхние конечности помещаются вдоль тела, при этом кисти подкладываются под ягодицы ладонями вверх. Рука на стороне пункции ротируется ассистентом наружу и максимально вытягивается вдоль туловища.

Перед пункцией шею и подключичные области тщательно осматривают и пальпируют. Выбор стороны и места пункции осуществляется с учетом клинической ситуации и состояния кожных покровов, исключаются воспалительные явления, метастатические и рубцовые изменения.

Все правила асептики и антисептики должны соблюдаться: используются стерильные перчатки, халаты, перевязочные материалы, хирургические маски и шапочки.

Выбрав в качестве места вкола одну из точек доступа, пункционную иглу продвигают по направлению к вырезке грудины, причем срез острия иглы должен быть направлен от головы, чтобы снизить вероятность ухода катетера в вены шеи. Оператор при этом одновременно совершает аспирационные движения поршнем шприца и периодически промывает просвет иглы.

Движения иглы производятся только продольно в одном направлении. Изменения направления движения иглы на радиальные не допустимы, поскольку могут привести к продольным порезам вены, артерии, легкого и другим тяжелым травмам, а также к образованию извитого канала, что делает затруднительным последующую установку катетера.

Успешная пункция центральной вены подтверждается беспрепятственным поступлением венозной крови в шприц. Далее шприц отсоединяется от иглы и через ее внутренний канал в вену вводится проводник мягким J-образным концом вперед.

При невозможности заведения проводника его извлекают, присоединяют к игле шприц, повторно контролируют положение среза иглы в просвете вены путем аспирации крови, изменяют угол наклона иглы и вновь вводят проводник легкими вращающими движениями. При необходимости действия повторяют, изменив точку пункции вены.

При извлечении проводника необходимо избегать чрезмерных усилий из-за вероятности его повреждения, так как в процессе продвижения в венозное русло он может образовать узел. Это чревато отрывом части проводника с миграцией его в сосудистое русло. При невозможности извлечения проводника его следует удалить вместе с иглой.

После успешного заведения проводника в венозное русло выполняется бужирование пункционного отверстия дилататором, входящим в комплект поставки центрального катетера. Движения дилататора — вращательно-поступательные, а для предотвращения сгибания и повреждения проводника он должен свободно двигаться в просвете дилататора, что необходимо постоянно контролировать. После бужирования дилататор заменяют на катетер, используя ту же технику.

Глубину установки катетера определяют по внешним анатомическим ориентирам и, при необходимости, корректируют после выполнения контрольной рентгенографии грудной полости.

Диагностика положения катетера

- Корректное внутривенное положение катетера рекомендуется подтверждать следующими методами:
 - Свободный обратный ток венозной крови (контроль газового состава крови и/или прямой контроль давления крови при оценке в динамике)
 - Рентгенологический метод
 - Ультразвуковой контроль
 - Рентгеновская компьютерная томография

Предупреждение осложнений катетеризации центральных вен

- При наличии прямой технической возможности, надлежащей подготовки и опыта оператора, для уменьшения частоты осложнений пункцию и катетеризацию внутренней яремной вены рекомендуется проводить с использованием непосредственного УЗ-контроля или УЗ-разметки перед вмешательством.
- Не рекомендуется предпринимать более трех попыток пункции и/или катетеризации одной и той же центральной вены. В последующем разрешается еще одна попытка пункции и/или катетеризации более опытным врачом («3 + 1»). При отсутствии должного эффекта, от дальнейших попыток следует отказаться и использовать альтернативные пути доступа к венозному руслу (например, периферическая венесекция, дистантный доступ).
- При неудачной попытке катетеризации подключичной вены или внутренней яремной вены проводить катетеризацию с другой стороны рекомендуется только при исключении развития пневмоторакса/гематомы на стороне манипуляции не ранее чем через 6 часов.
- Для проведения гемодиализа с ожидаемой продолжительностью более трех недель предпочтение рекомендуется отдавать временной катетеризации (по убывающей): правой внутренней яремной вены, бедренной вены, левой внутренней яремной вены, подключичной вены.

- В случае временного доступа для гемодиализа с ожидаемой продолжительностью менее трех недель с последующей установкой перманентного катетера через внутреннюю яремную вену рекомендуется рассмотреть возможность катетеризации подключичной вены в связи с минимальным риском инфекционных осложнений.

- В течение 6 часов после как удачной, так и неудачной попытки катетеризации подключичной вены или внутренней яремной вены, рекомендуется выполнить рентгенологический и/или УЗ-контроль и/или рентгеновскую компьютерную томографию для исключения гемо/пневмоторакса.

- Не рекомендуется нахождение катетера в подключичной вене более трех недель. В этой ситуации рекомендуется переустановка катетера или установка туннельного катетера через внутреннюю яремную вену.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Анестезиология-реаниматология / под ред. И.Б. Заболотских, Е.М. Шифмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — с. 914–947.
2. Клинические рекомендации. «Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером (ЦВК)» 2017 г. — Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»); Межрегиональная общественная организации «Общество врачей и медицинских сестер «Сепсис Форум». — Январь, 2018. — 44 с.
http://nasci.ru/_resources/directory/313/common/KR_KAIK.pdf
3. Процедуры и техники в неотложной медицине / под ред. Р. Ирвина, Дж. Риппе, Ф. Кёрли, С. Херда; пер. с англ. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. — 392 с.: ил — (Неотложная медицина).
4. Сумин С.А., Горбачев В.И. Катетеризации центральных вен с позиций нормативно-правовых актов. Вестник интенсивной терапии. — 2017. № 4. — с. 5–12.
5. Сумин С.А., Юридические последствия неблагоприятного исхода лечения. Анестезиология и реаниматология. — 2018. — № 1. — с. 4 - 8.