

Об осложнениях и последствиях интенсивной терапии

А.А. Белкин, А.А. Белкина

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

✉ Для корреспонденции: Белкин Андрей Августович — д-р мед. наук, профессор кафедр нервных болезней и анестезиологии-реаниматологии Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург, Россия; e-mail: belkin@neuro-ural.ru

☑ Для цитирования: А.А. Белкин, А.А. Белкина. Об осложнениях и последствиях интенсивной терапии. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2020;4:143–144. DOI: 10.21320/1818-474X-2020-4-143-144

📧 Поступила: 03.11.2020

📧 Принята к печати: 16.11.2020

DOI: 10.21320/1818-474X-2020-4-143-144

В традициях журнала всегда было стремление широкого охвата проблем интенсивной терапии во всем ее разнообразии. Следуя этому, хочу актуализировать одну из них, связанную с определенного рода неоптимальной мультидисциплинарностью подхода к интенсивной терапии острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Речь идет о том, что в системе оказания помощи есть очевидная брешь: суть ее в том, что все пациенты с ОНМК госпитализируются в палаты интенсивной терапии, где помощь оказывают неврологи. В разных организационных модификациях это могут быть и привлеченные реаниматологи, и койки поливалентных ОРИТ, а в самых продвинутых ЛПУ — специальные ОРИТ, что надо признать единственно правильной моделью. В целом в рамках действующего Приказа № 983 это не предусмотрено, что порождает ряд злободневных тем. Одну из них нам бы хотелось проиллюстрировать — диагностика осложнений острейшего периода ОНМК. Структура и распространенность осложнений являются важным индикатором качества оказания помощи при полумиллионе случаев такого заболевания, как инсульт. Кроме того, это имеет значение для определения потребности в последующих этапах реабилитации, особенно для категории так называемых *chronical critical illness*. По данным литературы, в настоящее время у 17–20 % больных с острым ишемическим инсультом в первые 2 нед. развиваются клинически значимые нарушения деятельности сердца (инфаркт мио-

On the complications and consequences of intensive care

A.A. Belkin, A.A. Belkina

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

✉ For correspondence: Andrey A. Belkin — PhD, Professor of the Neurology Department of the Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia; e-mail: belkin@neuro-ural.ru

☑ For citation: A.A. Belkin, A.A. Belkina. On the complications and consequences of intensive care. *Annals of Critical Care*. 2020;4:143–144. DOI: 10.21320/1818-474X-2020-4-143-144

📧 Received: 03.11.2020

📧 Accepted: 16.11.2020

карда, сердечная недостаточность) [2]. Бактериальные инфекции в специализированном сосудистом отделении наблюдаются у 21–65 % больных: инфекция мочевыводящих путей развивается у 6–27 %, пневмония — у 5–22 % [1, 3]. Нарушения глотания в острой стадии инсульта наблюдаются у 40–50 % больных [4]. Частота желудочно-кишечных кровотечений в канадском обсервационном исследовании составила около 1,5 %, однако в некоторых исследованиях эта частота варьирует до 30 %. В рамках комплексного исследования, посвященного синдрому «последствий интенсивной терапии» [5], мы провели сравнение выборок в двух первичных сосудистых отделениях Екатеринбурга — короткое сравнительное исследование частоты фиксаций таких осложнений, как пневмония, острый коронарный синдром, бактериальные инфекции, дисфагия. Результаты нас удивили.

Во-первых, осложнений у нас меньше, чем в зарубежных клиниках. Во-вторых, при одинаковой тяжести пациентов в обычном первичном сосудистом отделении муниципальной больницы уровень осложнений ниже, чем в ПСО Регионального центра на базе крупнейшей многопрофильной больницы региона. Можно ликовать, но правильнее — задуматься. Неопределенность статуса неврологических ПИТов для пациентов ОНМК таит в себе не только недостаточную технологическую культуру интенсивной терапии, но и отсутствие системы контроля качества этой интенсивной терапии.

Таблица 1. Структура осложнений в ходе интенсивной терапии пациентов с ОНМК

Table 1. The structure of complications during intensive care of patients with stroke

| Вид осложнения | Число случаев, % | | p |
|---------------------------------|------------------|----------|-------|
| | ПСО 1 | ПСО 2 | |
| Аритмия | 1 (2) | 0 | |
| ОКС | 0 | 0 | |
| Тромбозы периферических сосудов | 1 (2) | 8 (14,3) | < 0,5 |
| ТЭЛА | 1 (2) | 3 (5,4) | < 0,5 |
| Пневмония | 1(2) | 7 (12,5) | < 0,5 |
| Трахеобронхит | 1 (2) | 4 (7,1) | < 0,5 |
| Цистит/уретрит | 1 (2) | 2 (3,6) | < 0,5 |
| Пролежни | 1 (2) | 1 (1,8) | |
| Дисфагия | 4 (8,2) | 9 (16,1) | < 0,5 |
| Диарея | 1 (2) | 0 | |
| Стресс-язвы | 1 (2) | 1 (1,8) | |
| Кератит | 0 | 1 (1,8) | |

В самом деле, нигде в отечественной литературе нам не встречались, в частности, данные о результатах лечения пациентов с острой церебральной патологией не с позиции неврологических исходов, а с позиции последствий и осложнений самой интенсивной терапии. Суть приведенных данных и обращения к вам в следующем: предлагаем расширить круг обсуждаемых на страницах «Вестника интенсивной терапии» тем проблемой осложнений и последствий интенсивной терапии в формате обзоров, клинических примеров, ретроспективных отчетов отделений. В глобальном масштабе нам видится эпидемиологическое исследование под эгидой ФАР, посвященное синдрому «последствий интенсивной терапии», для которого у нас уже есть достаточная теоретическая база и разнообразный клинический опыт.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Белкин А.А., Белкина А.А. — разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

ORCID авторов

Белкин А.А. — 0000-0002-0544-1492

Белкина А.А. — 0000-0001-9444-0960

Литература/References

[1] Amin-Hanjani S., Pandey D.K., Rose-Finnell L., et al. Vertebrobasilar Flow Evaluation and Risk of Transient Ischemic Attack and Stroke Study Group. Effect of Hemodynamics on Stroke Risk in Symptomatic Atherosclerotic Vertebrobasilar Occlusive Disease. *JAMA Neurol.* 2016 Feb; 73(2): 178–85. DOI: 10.1001/jamaneurol.2015.3772

[2] Demaerschalk B.M., et al. Scientific Rationale for the Inclusion and Exclusion Criteria for Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke β — *Stroke.* 2016 Feb; 47(2): 581–641.

[3] Powers W.J., Derdeyn C.P., Biller J., et al. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2015 Oct; 46(10): 3020–35. DOI: 10.1161/STR.0000000000000074

[4] Suntrup S., Kemmling A., Warnecke T., et al. The impact of lesion location on dysphagia incidence, pattern and complications in acute stroke. Part 1: dysphagia incidence, severity and aspiration. *Eur J Neurol.* 2015; 22(5): 832–8. DOI: 10.1111/ene.12670

[5] Белкин А.А. Синдром последствий интенсивной терапии (ПИТ-синдром). *Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова.* 2018; 2: 12–23. [Belkin A.A. Consequences of the intensive care syndrome (IC-syndrome). *Alexander Saltanov Intensive Care Herald.* 2018; 2: 12–23. (In Russ)] DOI: 10.21320/1818-474X-2018-2-12-23]]