

УДК 615.8:616-089.5-06

Ковальова О.В.¹, Сосєдко М.С.²

¹канд.мед.наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

²студ. гр. УФКС-212м НУ «Запорізька політехніка»

ПІТ-СИНДРОМ – СИНДРОМ «ПІСЛЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ»

Завдяки прогресу медицини за останні кілька десятиліть, зараз все більше людей виживають після важких захворювань. Раніше лікарі зосереджувалися більше на найближчих короткострокових результатах цих пацієнтів. Зовсім нещодавно медичні працівники звернули свою увагу на довгострокові наслідки тих, хто пережив важкі захворювання. Вони виявили, що хоча виживання у відділенні інтенсивної терапії покращилося, пацієнти не поверталися до колишнього рівня функціональності протягом тижнів, місяців і навіть років. У пацієнтів з'явилися психічні, тілесні та емоційні симптоми, пов'язані з їх тяжкою хворобою та лікуванням у відділенні інтенсивної терапії. Будь-який, хто пережив важку хворобу, що вимагала госпіталізації до відділення інтенсивної терапії, схильний до розвитку синдрому після інтенсивної терапії [4].

ПІТ-синдром – синдром «після інтенсивної терапії» або PICS – Post Intensive Care Syndrome (англ.) – сукупність соматичних, неврологічних та соціально-психологічних наслідків перебування в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ), що обмежують повсякденне життя пацієнта.

Bed-rest (постільний) режим – спосіб позиціонування пацієнта під час перебування в умовах відділення інтенсивної терапії [2].

Очевидні переваги постільного режиму:

- зменшення болю;
- полегшення мозкового кровообігу;
- збереження енергії для відновлення та одужання;
- зниження хвилинної вентиляції легень;
- зменшення ушкодження легень при ШВЛ;
- зниження потреби в концентрації кисню у повітрі, що вдихається;
- зменшення коронарного стресу та ішемії;
- профілактика падінь та екстубації.

Проте виникли аргументи проти ліжкового режиму. Багато його побічних ефектів, об'єднаних в іммобілізаційний синдром, стали одним з основних компонентів ПІТ-синдрому.

Імобілізаційний синдром – комплекс поліорганичних порушень, пов'язаних з нефізіологічним обмеженням рухової та когнітивної активності хворого (феномен Non-use). Частота його розвитку у пацієнтів з гострою церебральною недостатністю досягає 65–80 %, а у пацієнтів ВРІТ із тривалістю перебування понад 48 годин – 55–98 % [3].

Причинами ІС є:

- гостра церебральна недостатність (інсульт, черепно-мозкова та спинномозкова травма, інфекції та інтоксикації тощо);
- гостре ураження нервово-м'язової нервової системи (полірадікулонейропатії, міопатії, міастенічний криз);
- ускладнення медичних впливів (ліжковий режим, санація, міорелаксація, ШВЛ тощо).

ПМКС – це набутий внаслідок критичного стану синдром нервово-м'язових порушень на кшталт полінейропатії та/або міопатії, що клінічно проявляється загальною м'язовою слабкістю і є основною причиною утруднень у припиненні ШВЛ. В окремих джерелах можна знайти іншу назву цього синдрому – синдром набутості в ВРІТ слабкості або ICUAW – Intensive Care Unite-acquired weakness (англ.) [1]. На відміну від інших станів, здатних викликати клініку нейром'язової слабкості у пацієнтів у ВРІТ, ПМКС є винятковим проявом ПІТ-синдрому, зокрема, ускладненням bed-rest-режиму за механізмом non-use, а також наслідком метаболічних, водноелектролітних порушень, поліорганної недостатності, нестачі нутрієнтів тощо [3].

Дисфагія – клінічний симптом порушення функції ковтання – труднощі або дискомфорт проковтування харчової грудки від ротової порожнини до шлунка, що виникають внаслідок порушення пасажу їжі з ротової порожнини у шлунок.

Розвиток науки веде до зниження летальності під час проведення інтенсивної терапії та визначає її новий цільовий показник – забезпечення максимально високої якості життя пацієнта. Це неминуче веде до впровадження у структуру інтенсивної терапії реабілітаційних технологій [2]. Реабілітація на етапі проведення інтенсивної терапії – відносно новий напрямок у класичній реабілітації, що отримав розвиток в останні 10-12 років. Поки що немає незаперечних доказів того, що реабілітація на етапі проведення інтенсивної терапії суттєво покращує результати лікування невідкладних станів, але більшість дослідників вважають, що ці докази будуть отримані при широкому впровадженні реабілітаційних практик у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Це можливо лише за умови залучення лікарів реаніматологів до участі в ранньому реабілітаційному процесі як зацікавлених членів мультидисциплінарної реабілітаційної бригади [4].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Appleton R.T., Kinsella J., Quasim T. The incidence of intensive care unit-acquired weakness syndromes: a systematic review. *J. Intensive Care Soc.* 2015. 16(2). P. 126-136. DOI: 10.1177/1751143714563016
2. Cameron S., Ball I., Cepinskas G. Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *J. Crit. Care.* 2015. Vol. 30. P. 664-672. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.032>
3. Rawal G., Yadav S., Kumar R. Post-intensive care syndrome: An overview. *J. Transl. Intern. Med.* 2017. 5(2). P. 90-92. DOI: 10.1515/jtim-2016-0016
4. Чепкий Л.П., Новицька-Усенко Л.В., Ткаченко Р.О. Анестезіологія та інтенсивна терапія. Київ: «Здоров'я». 2003. 399 с.