

Краткое сообщение

26 июня 2024 г. в Архангельске в рамках проведения Десятого Беломорского симпозиума состоялось заседание Клуба исследователей хронического критического состояния (далее Клуба). Были представлены 3 доклада, вызвавшие бурное обсуждение:

1. Трехфазная модель развития критического состояния: новая концепция. В. В. Лихванцев, Л. Б. Берикашвили, М. Я. Ядгаров, А. А. Яковлев, А. Н. Кузовлев (Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, г. Москва, Россия).

В исследовании использовалась база данных «eICU» (США), содержащая данные о более чем 200 000 госпитализаций в 335 отделениях интенсивной терапии в США. Все взрослые пациенты со 2-го по 21-й день госпитализации оценивались на наличие синдрома ICIS (воспаления, катаболизма и иммуносупрессии). Доля пациентов с развитием ICIS составила 6,7%, с пиками частоты регистрации на 2–3-й и 10–12-й дни. Риск развития ICIS к 21-му дню составлял 22,5%. В соответствие с этим, была предложена новая трехфазная модель критического состояния, включающая острую, продленную и хроническую фазы. Пики частоты регистрации ICIS совпадают с моментом перехода (1) острой фазы в продленную (1) и продленной в хроническую (2). Пациенты с триадой ICIS имели в 2,5 раза более высокий риск наступления летального исхода ($p=0,009$) и вдвое большую вероятность использования вазопрессоров ($p=0,008$).

Материал опубликован в виде статьи: *Likhvantsev, V. V.; Berikashvili, L. B.; Yadgarov, M. Y.; Yakovlev, A. A.; Kuzovlev, A. N. The Tri-Steps Model of Critical Conditions in Intensive Care: Introducing a New Paradigm for Chronic Critical Illness. J. Clin. Med. 2024, 13, 3683. <https://doi.org/10.3390/jcm13133683>*

2. Иммунный статус при хроническом критическом состоянии. Е. В. Григорьев (НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Россия).

Любое критическое состояние характеризуется системной воспалительной реакцией, включающей гипервоспаление и индуцированную иммуносупрессию (ИИС). На ранних стадиях, при быстром снижении концентрации триггеров, иммунный баланс восстанавливается быстро, без последствий в виде органной недостаточности и вторичных инфекций. На поздних стадиях критического состояния нарастает вероятность развития ИИС, сопровождающейся пиками провоспалительной реакции. ИИС возникает из-за нарушений как врожденного, так и приобретенного иммунитета, характеризуется выбросом противовоспалительных цитокинов, гибелью иммунцитов и избыточной продукцией иммуномодулирующих клеток. Мониторинг врожден-

ного иммунитета включает оценку функции нейтрофилов, презентации антигена моноцитов и секреции цитокинов. Мониторинг адаптивного иммунитета — количества лимфоцитов, Т-клеток и их функциональных характеристик. Алгоритм мониторинга ИИС включает выявление пациентов с риском ИИС, установление факта ИИС, контроль и старт терапии.

3. Формирование представлений о хроническом критическом состоянии: клиническое наблюдение. А. В. Щеголев (Военно-медицинская Академия им. С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия).

Формирование представлений о хроническом критическом состоянии продолжается и поныне, что подтверждается ростом количества публикаций. Есть основание полагать, что о верификации хронического критического состояния следует думать спустя не менее 14 сут от момента развития острого критического состояния, осложненного синдромом полиорганной недостаточности. При хронизации патологического процесса теряется прямая связь тяжести состояния пациента с первичной причиной, которая устранена вследствие интенсивной терапии. Важным аспектом хронического критического состояния следует считать его прогнозирование, так как у пациента может сформироваться новый патофизиологический статус, требующий пребывания в отделении реанимации. Важно изучение механизмов формирования этого статуса, путей преодоления негативных последствий интенсивной терапии и разработка подходов к ранней реабилитации. Финансово-экономическое обоснование для продолжения интенсивной терапии пациента также имеет значение.

По итогам обсуждения было принято решение:

1. Принять к сведению трехфазную концепцию развития критического состояния, предложенную коллективом авторов во главе с проф. В. В. Лихванцевым, и одобрить дальнейшие работы в этом направлении.

2. Инициировать формирование организационной структуры Клуба в рамках Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов». Учредителями Клуба стали профессора Е. В. Григорьев, А. Н. Кондратьев, В. В. Лихванцев, М. В. Петрова, Г. П. Плотноков, А. В. Щеголев.

3. Провести очередное заседание Клуба в Москве, в ноябре 2024 г. в рамках конференции «Жизнеобеспечение при критических состояниях».

Материал подготовил
д. м. н., проф. В. В. Лихванцев
(Федеральный научно-клинический центр
реаниматологии и реабилитологии,
г. Москва, Россия)