

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Кренева Е.Л., Суханов И.А.

ГБУ РО Ростовская областная клиническая больница. Ростов-на-Дону.

Нарушение сознания у пациента, находящегося в критическом состоянии, встречается весьма часто в клинике любого профиля. В отделениях реанимации и интенсивной терапии нарушения сознания развиваются значительно чаще - в 80% наблюдений (Patel RP, Gambrell M, Speroff, 2009). Острым нарушениям сознания придается большое значение, поскольку они являются признаками нарастающего соматического неблагополучия или полиорганной недостаточности. В современной литературе практически весь спектр нарушений сознания за исключением коматозных состояний, эпилептического статуса и деменции объединен понятием Delirium.

Цель исследования: изучение распространенности делирия у пациентов кардиологического профиля, оценить эффективность применяемых методов лечения в зависимости от клинических проявлений делирия.

Материал и методы: нами были изучены истории болезни 135 пациентов в возрасте от 30 до 76 лет, средний возраст 57 лет, с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ), находившихся на лечении в реанимационном отделении регионального сосудистого центра в 2012г. Всем пациентам проводилось лечение, направленное на реваскуляризацию пораженного миокарда в объеме: тромболитической терапии (100% исследуемых), чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики (86 %), стентирования инфаркт-зависимых коронарных артерий (69%). Всем пациентам в первые сутки госпитализации, а также при появлении клинической симптоматики делирия проводилась оценка психического статуса по шкале RASS (Ричмондская шкала оценки ажитации и седации), ICDS (IntensiveCareDeliriumScreeningChecklist). Критериями включения были выбраны показатели RASS +4/-3 и ICDS > 4, а также отсутствие деменции в анамнезе. Таким образом, была сформирована группа из 30 пациентов, у которых был диагностирован делирий в стационаре. Пациенты были разделены на 2 подгруппы по видам делирия. 1 подгруппа – 14 человек имела показатели по RASS +3,4 и ICDS > 4 и был диагностирован гиперактивный делирий, 2 подгруппа – 16 человек имела показатели по RASS -1+1,2 и ICDS > 4, был выявлен смешанный делирий. Обе подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести течения основного заболевания. Пациентам 1 подгруппы проведено лечение галоперидолом в/в 10 мг в первые сутки, по 5 мг в/в в последующие дни до купирования симптомов делирия RASS 0 и ICDS 0-2 с последующим переходом на терапию (продолженную в профильном отделении) витаминами гр.В: пиридоксин 2,0 в/м № 10, цианокобаламин 2,0 в/м № 10. Пациентам 2 подгруппы проведено лечение фенибутом рег ос 750 мг до купирования симптомов делирия RASS 0 и ICDS 0-2 с последующим переходом на терапию (продолженную в профильном отделении) витаминами гр.В: пиридоксин 2,0 в/м № 10, цианокобаламин 2,0 в/м № 10.

Результаты: у 20% пациентов с ОИМ был поставлен диагноз делирий в реанимационном отделении, что сопоставимо с литературными данными. Немедленное начало терапии у пациентов 1 подгруппы привело к стабилизации показателей психического статуса на 3 сутки. Во 2 подгруппе у 12 человек положительная динамика наблюдалась на 6 сутки, а у 4 человек (25%) нарастало психоэмоциональное возбуждение и потребовало перевода на в/в введение галоперидола 10 мг в первые сутки, по 5 мг в/в в последующие дни до купирования симптомов делирия RASS 0 и ICDS 0-2. Ретроспективный анализ данных случаев показал, что нарастание симптоматики могло быть связано, как с осложнением основного заболевания, так и с более поздним на 4 сутки диагностированием делирия, и началом соответствующей терапии. В связи с неудовлетворенностью результатами лечения нами в последующем была выделена группа больных из 3 пациентов, сопоставимых по возрасту и полу, но с менее выраженными изменениями сократительной способности миокарда, с гиперактивным делирием по RASS +3,4 и ICDS > 4, которым с целью лечения был назначен дексдор в дозе 0,4 мкг/кг/ч, необходимый седативный эффект наступал в первые сутки и не сопровождался выраженными гемодинамическими сдвигами.

Заключение: считаем необходимым рутинное применение оценки психического статуса пациентов с помощью оценочных шкал во время наблюдения в реанимационном отделении. Гиперактивный делирий ассоциируется с более выраженной клинической симптоматикой, раньше диагностируется реаниматологами, и пациенты данной подгруппы вовремя получают адекватную терапию, что улучшает прогноз и снижает количество осложнений. Смешанный делирий выявляется в более поздние сроки и в некоторых случаях на фоне проводимого лечения отмечалась отрицательная динамика показателей, что требовало пересмотра методов терапии.