

Куличкова С.М.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА НА РАЗВИТИЕ ДЕЛИРИЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Кострова Е.М.

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом повышения квалификации и
переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Болезни системы кровообращения являются ведущей причиной смерти и самой распространенной причиной инвалидности на территории Республики Беларусь. При этом существует статистически достоверная связь между развитием делирия и летальностью, прогрессированием процесса при инфаркте миокарда. По результатам сравнения пациенты с делирием характеризуются более тяжелым соматическим статусом, большей распространенностью критических расстройств гемодинамики, нарушением функции почек, меньшей ФВ ЛЖ, большей частотой анемии, наличием инфаркта миокарда, инсульта, транзиторной ишемической атаки в анамнезе, энцефалопатии, хронического либо острого употребления алкоголя и пневмонии, диагностированной до развития делирия. Частота может варьировать от 3-8% до 15-20% согласно данным М. Л. Гринберга.

Важным вопросом в проблеме начала лечения является диагностика, которая может значительно затрудняться при развитии у пациента гипоактивного или смешанного типа делирия. Для верификации могут использоваться следующие шкалы: Ричмондская шкала оценки ажитации и седации (RASS), монреальская когнитивная шкала (MoCA), методика оценки спутанности в модификации для отделений интенсивной терапии (CAM-ICU), шкала скрининга делирия (ICDSC). В результате исследований Sinvani L. и др. наибольшая чувствительность и специфичность была у шкал CAM-ICU и ICDSC.

Согласно данным по заданной теме зачастую делирий развивался на 1-3 сутки нахождения в палате оАиР. По возрастной структуре чаще встречались пациенты старше 65 лет. Проявлялся соматогенный делирий нецеленаправленной двигательной активностью, что создает угрозу нанесения вреда, отмечалась эмоциональная ажитация, десинхронизация с респиратором при проведении ИВЛ, что способствует ухудшению прогноза для пациента.

Одним из факторов развития делирия является оказываемая пациенту помощь в учреждении здравоохранения. Было выявлено, что различия среди пациентов, которым проводилась коронарография, коронарное стентирование, не было выявлено, в сравнении с контрольной группой. Действие лекарственных препаратов остается довольно сложным вопросом для оценки даже на примере бензодиазепинов, так как большинство исследований утверждает, что их использование увеличивает риск развития делирия, однако согласно исследованию М. Jасke1 применение этой группы препаратов не было связано с делирием у пациентов с ИМ, в части обсуждения работы этому приводится вероятное объяснение, связанное с тем, что бензодиазепины применялись только у пациентов с предполагаемым низким риском делирия. В исследовании Е.Д.Карташевой также оценивалось применение тикагрелора, клопидогрела, гепарина, статинов, иАПФ, В-блокаторов, антагонистов кальция в процессе лечения больных с ОКС осложненным и не осложненным делирием. Статистически значимого влияния выявлено не было.

Изучение заданной темы остается важным вопросом современной медицины ввиду наличия значимого ухудшения прогноза для пациента и роста стоимости лечения индивида.