

**ГРИНБЕРГ
Михаил Львович**

**ИНФАРКТ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫЙ
С ОСТРЫМ ПСИХОЗОМ, РАЗВИВШИМСЯ
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

14.00.06 – кардиология

14.00.18 - психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и Екатеринбургском Клинико-Диагностическом Центре «Кардиология»

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор
Доктор медицинских наук, доцент

Габинский Ян Львович
Кремлева Ольга Владимировна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор
Доктор медицинских наук, профессор

Оранский Игорь Евгеньевич
Дереча Виктор Андреевич

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального Образования «Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Федерального Агентства по Здравоохранению и Социальному Развитию» (г. Челябинск).

Защита диссертации состоится «16» декабря 2008 в 10.00 часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.02, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы: Несмотря на существенные достижения в области фармакологических и хирургических способов лечения кардиологической патологии, острый инфаркт миокарда (ОИМ) и его осложнения остаются серьезной общемедицинской проблемой и сохраняют за собой первое место в структуре госпитальной смертности (Оганов Р.Г., Фомина И.Г., 2006). Среди осложнений ОИМ выделяют психоэмоциональные расстройства, регистрируемые разными авторами у 30-80% больных (Сыркин А.Л., 2003). Существующее разделение психоэмоциональных нарушений на расстройства психотического и непсихотического уровня используется и при квалификации психоэмоциональных расстройств, осложняющих течение ОИМ. Острый психоз (ОП) развивается у больных ОИМ в реанимационном отделении по данным разных авторов с частотой 2-10% (Сыркин А.Л., 2003; Урсова Г.А., 1973; Ely E.W., 2004).

Клиническая картина ОП при ОИМ включает в себя разной степени выраженности расстройства сознания, аффективно-бредовую симптоматику, слуховые и зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение. ОП представляет серьезную угрозу для здоровья больного, который в этом состоянии может вставать с постели, удалять катетеры и электроды, и даже самостоятельно проводить экстубацию (Сапранова Г.А., 1984; Inouye S.K., 1999; Webster R., 2000). Двигательное беспокойство и несоблюдение режима способствует расширению зоны некроза миокарда, развитию острой аневризмы, углублению сердечной недостаточности (Урсова Г.А., 1973).

Целый ряд исследований подтверждает достоверную связь ОП, развивающегося в реанимационном периоде лечения ОИМ, с длительностью пребывания больного в реанимационном отделении и продолжительностью госпитального периода в целом, летальностью больных, а также значительно большей частотой и тяжестью когнитивных нарушений у больных после выписки из стационара (Ely E.W., Gautam S., 2001; Inouye S.K., 1993).

Несмотря на несомненную клиническую актуальность психотических нарушений при ОИМ, их изучению удалено незаслуженно мало внимания. Большинство отечественных исследований, посвященных психозам при ОИМ, относятся к 70-80 годам прошлого века (Трубников Г.В., Зорина З.Н., 1973; Кузнецов Ю.А., 1982) или же проводились на небольшой выборке больных (Винькова О.К., 2006), что несомненно ограничивало возможности авторов и снижало достоверность их выводов. Среди большого числа работ

западных авторов, посвященных ОП при соматических заболеваниях, преобладают исследования неспецифических механизмов развития психоза в условиях реанимационного отделения (Cassem N.H., Hackett T.P., 1971; Dubois M.J., 2001). В немногочисленных работах, описывающих психиатрические нарушения у больных реанимационного отделения кардиологического профиля, основное внимание уделяется аффективным и невротическим реакциям, тогда как проблеме острых психотических нарушений придается малое значение (Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., 2003; Gallagher T.J., 2002; Sanders K.M. et al., 1993).

При анализе механизмов негативного влияния ОП на течение соматического заболевания основное значение придается использованию больших дозировок психотропных препаратов (галоперидол, тизерцин, сибазон и пр.). Являясь необходимым и главным компонентом помощи больным ОП, терапия нейролептиками и транквилизаторами одновременно расценивается как независимый фактор, утяжеляющий течение основного заболевания (Gallagher T.J., 2002; Inouye S.K., 1998). В этой ситуации крайне важным аспектом терапии ОП становится принцип дифференцированного подхода. На практике это означает необходимость выделения клинических форм в группе состояний, объединенных таким термином как «психоз отделения реанимации» или «острый соматогенный психоз», а также целесообразность разработки тактически разных подходов к их терапии. Несмотря на обилие работ, особенно в западной литературе, посвященных характеристикам психомоторных субтипов ОП, а также терапии и профилактике ОП, нам не встретились исследования, объединяющие эти материалы и предлагающие дифференциированную тактику лечения ОП в условиях реанимационного отделения.

Цель исследования: определить частоту и представить клинико-психиатрическую характеристику случаев инфаркта миокарда, ассоциированного с острым психозом, развившимся в отделении реанимации, а также разработать основные принципы дифференцированной диагностики и терапии острого психоза в реанимационном отделении кардиологического профиля, что будет способствовать совершенствованию профилактики, диагностики и лечения этих состояний.

Задачи исследования:

1. Установить частоту и определить факторы, которые способствуют развитию острого психоза в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда.

2. Провести клиническую аprobацию существующих группировок острых психозов в условиях диагностической и терапевтической специфики реанимационного отделения кардиологического профиля.
3. Разработать клиническую группировку острых психозов в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда и представить клинико-психиатрическую характеристику основных форм.
4. Разработать основные принципы ведения больных с острым психозом.

Научная новизна.

Проведено не имеющее аналогов по количеству материала (13206 случаев), а значит и достоверности определения корреляционных связей, исследование проблемы ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ. Установлено, что ОП является частым осложнением в реанимационном периоде лечения ОИМ и встречается не менее чем в 4% случаев.

Впервые определена зависимость развития ОП при ОИМ не только от возрастного, но и от полового фактора. Установлено, что среди пациентов с ОИМ в возрасте до 70 лет частота развития ОП в реанимационном периоде лечения в 3-4 раза выше у мужчин. После 70 лет отмечается обратная закономерность – ОП развивается в 3-4 раза чаще у женщин.

Существующее в литературе представление о том, что повторный ОИМ является менее благоприятным в плане развития ОП, не нашло подтверждения. При этом распространенность поражения миокарда (ОИМ с зубцом Q) оказалась статистически значимым фактором, повышающим риск развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ.

Также в работе определена статистически достоверная связь между развитием ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ и значительным повышением уровня летальности у этой группы больных вне зависимости от их возраста и тяжести инфаркта.

Показано, что принятые классификационные схемы острого психоза малоэффективны в условиях реанимационного отделения кардиологического профиля. Впервые выделены и описаны две клинические формы ОП – галлюцинаторно-бредовая и дезориентационная, адекватно соотносящиеся с диагностическими критериями МКБ-10.

Практическая значимость.

Показано, что принятые классификационные схемы острого психоза малоэффективны в условиях реанимационного отделения кардиологического профиля.

Разработана высокоадаптированная к условиям отделения реанимации кардиологического стационара клиническая группировка ОП, развивающихся в реанимационном периоде лечения ОИМ. Данная группировка, адекватно соотносящаяся с диагностическими критериями МКБ-10, позволяет как врачу-психиатру, так и врачу отделения реанимации эффективно формировать тактический взгляд на ведение больного с определенной клинической формой ОП.

Разработан алгоритм диагностики и ведения больных инфарктом миокарда, ассоциированным с острым психозом, развившимся в отделении реанимации и интенсивной терапии. В основе алгоритма лежит различная тактика ведения больных инфарктом миокарда с галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формами психоза.

Внедрение результатов исследования.

Разработанные в ходе проведенного исследования новые методические подходы внедрены в практическую деятельность врачей реанимационно-анестезиологического отделения Екатеринбургского Клинико-Диагностического Центра «Кардиология».

Результаты исследования используются в учебных программах кафедры терапии №3 ГОУ ВПО УГМА Росздрава, а также курса психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации и переподготовки врачей ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

Апробация работы.

Материалы исследования были представлены на I Съезде Кардиологов Уральского федерального округа в 2006 году (г. Челябинск), II Съезде Кардиологов Уральского федерального округа в 2007 году (г. Екатеринбург) – 1 премия в конкурсе работ молодых ученых, IV Паназиатском Конгрессе «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен», 2007 (г. Екатеринбург).

Публикации.

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, из них 2 статьи в журналах, рекомендуемых ВАК.

Объем и структура диссертации

Диссертация содержит 130 страниц машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 3 глав собственных результатов, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический указатель содержит 192 источника

литературы, в том числе 104 работы иностранных авторов. Диссертация иллюстрирована 10 таблицами и 11 рисунками.

Положения, выносимые на защиту:

1. Частота острого психоза, развивающегося в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда, составляет не менее 4 %. При этом имеется достоверная связь частоты развития острого психоза и возраста больных, а также распространенности поражения миокарда (наличие зубца Q).
2. Традиционно применяемые классификации острого психоза оказались неэффективными при использовании их в группе больных инфарктом миокарда в условиях отделения реанимации кардиологического центра. Предложено разделять больных с острым психозом в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда на группы с галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формой психоза. При этом для галлюцинаторно-бредовой формы характерно наличие у больного бредовых идей, зрительных и/или вербальных галлюцинаций, а также выраженное возбуждение и агрессивное поведение. Для дезориентационной формы характерно нарушение ориентации в местонахождении и ситуации, пассивное поведение.
3. Разработан алгоритм диагностики и ведения больных инфарктом миокарда, ассоциированным с острым психозом, развившимся в отделении реанимации и интенсивной терапии. В основе алгоритма лежит разделение больных на группы с галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формами. При этом тактика ведения больных инфарктом миокарда с различными формами острого психоза имеет существенные отличия.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Материалом работы явились истории болезни всех пациентов с ОИМ, которым оказывалась помощь в отделении реанимации и интенсивной терапии Екатеринбургского Клинико-Диагностического Центра "Кардиология" (ЕКДЦК) за период 1995-2005 гг. (13206 историй болезни). Изученные истории болезни являются сплошной выборкой из электронной базы данных, которая существует в ЕКДЦК с 1994 г. Также в ЕКДЦК действует система анализа данных электронных историй болезни, позволяющая выделять группы пациентов по необходимому критерию.

Формирование группы проводилось в несколько этапов. На первом этапе в качестве критерия отбора был взят диагноз «острый психоз» в разделе «осложнения основного заболевания». На основании этого нам удалось отобрать 461 историю болезни.

На втором этапе мы определили те истории болезни, в которых в разделе «Назначения» есть упоминание об использовании препаратов нейролептического ряда (галоперидол, аминазин, тизерцин), применяющихся в ЕКДЦК для лечения психических нарушений психотического уровня. В результате нами были отобраны еще 378 историй болезни. В 136 из них «острый психоз» был вынесен в окончательный диагноз и они вошли в ранее выделенные нами 461 случай. Остальные 242 истории болезни были подробно изучены и из них отобраны 81 история, в которых есть описание клиники «острого психоза», сделанное медицинским персоналом реанимации, а также присутствует заключение психиатра, но при этом «острый психоз» не вынесен в окончательный диагноз.

Далее из группы были исключены 4 пациента, у которых при поступлении в Центр существовал диагноз «хроническое психическое заболевание» (шизофрения).

Таким образом, мы сформировали группу из 538 пациентов, у которых ОП развился в реанимационном периоде лечения ОИМ.

В процессе ретроспективного исследования историй болезни пациентов с ОП проводился анализ следующих разделов: анамнестические сведения и описание соматического и психического статуса на момент поступления, дневники наблюдений врача отделения реанимации, записи штатного психиатра и психиатра бригады психиатрической скорой медицинской помощи, описание проводимой в реанимационном отделении.

При изучении особенностей ОИМ у пациентов с ОП нами учитывались пациенты, проходившие лечение в ЕКДЦК с 1999 г. по 2005 г. (8780 случаев), так как на основании существовавшей до 1999г. кодировки ОИМ оказалось невозможным судить о таких существенных характеристиках ОИМ, как первичный или повторный инфаркт и распространенность поражения миокарда.

Помимо ретроспективного анализа историй болезни пациентов с ОП, в период с 2003 г. по 2007 г. психиатром ЕКДЦК (М.Л.Гринберг) в тесном сотрудничестве с врачами реанимационного отделения ежедневно проводилось регулярное обследование психического статуса больных, осуществлялась текущая клиническая оценка, наблюдение и лечение острых психотических расстройств, развивающихся у больных в реанимационном

периоде лечения ОИМ. Совместно с врачами-реаниматологами после анализа документации и беседы с родственниками больного обсуждались особенности анамнеза каждого пациента с ОП с акцентом на наличие фоновой патологии, предшествующей развитию психоза. Также определялись негативные средовые факторы отделения реанимации, способствовавшие развитию психоза, и решались медико-социальные вопросы ведения больного с ОП. При этом запись о каждой консультации психиатра вносилась в раздел «Консультации» электронной системы ведения историй болезни.

Диагностика ОП проводилась на основании исследовательских диагностических критерии МКБ-10 (МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии. 1994), а именно на основании наличия нарушений в пяти аспектах психической деятельности: 1. Сознание 2. Восприятие 3. Психомоторная активность 4. Цикл сон / бодрствование 5. Эмоциональная сфера

В рамках стандартного клинического интервью с целью объективизации диагностики ОП психиатром использовалась программа «Методики оценки дезориентации больных ОРИТ» (CAM-ICU) (E. Wesley Ely, B. Truman. Training Manual, 2002):

Уровень сознания оценивался психиатром по шкалированной в баллах от «+4» до «-5» «Ричмондской методике оценки уровня седации и возбуждения» (RASS), (Ely E.W., Gautam S., 2001). Для постановки диагноза ОП необходим уровень сознания в баллах отличный от «0» по данной шкале. На развитие ОП указывают отклонения в баллах как в сторону «+», так и в сторону «-».

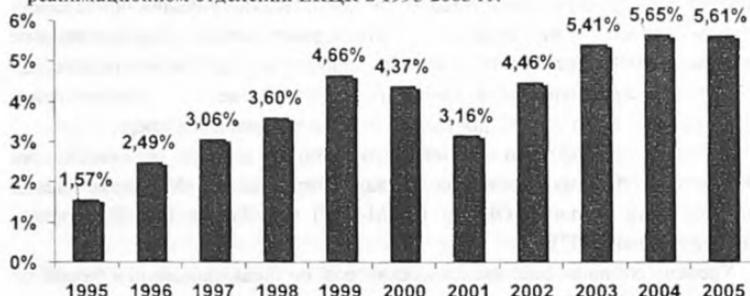
В каждом клиническом случае оценивался ряд социо-демографических и клинико-анамнестических показателей: пол, возраст, алкогольный анамнез, черепно-мозговая травма в анамнезе, фоновая патология, тяжесть инфаркта миокарда и другие характеристики соматического состояния на момент развития ОП (артериальное давление, вентиляция легких, анемия).

Статистический анализ имеющихся материалов проводился с использованием математических методов в программе Microsoft Excel 2000. Для проверки достоверности различий был использован критерий углового преобразования Фишера. Наличие корреляционных связей определялось с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

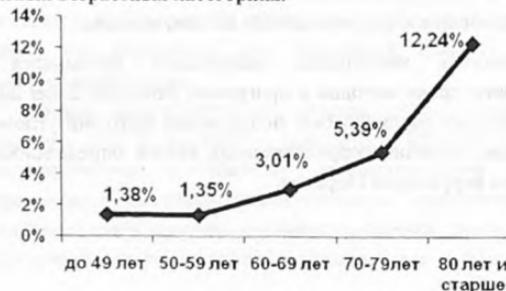
Анализируя имеющийся материал, мы установили, что ОП является частным осложнением ОИМ в реанимационном периоде лечения и встречается в 4,1% случаев. Кроме того, в динамике за 11 лет зарегистрирован рост частоты ОП с 1,57% до 5,65% (рис. 1). Отличия статистически достоверны между годами с наибольшей и наименьшей частотой развития ОП – 1995 г. и 1999 г. ($p<0,05$), 1999 г. и 2001 г. ($p<0,05$), 2001 г. и 2004 г. ($p<0,05$).

Рисунок 1. Динамика изменения частоты развития ОП у пациентов с ОИМ в реанимационном отделении ЕКЦК в 1995-2005 гг.



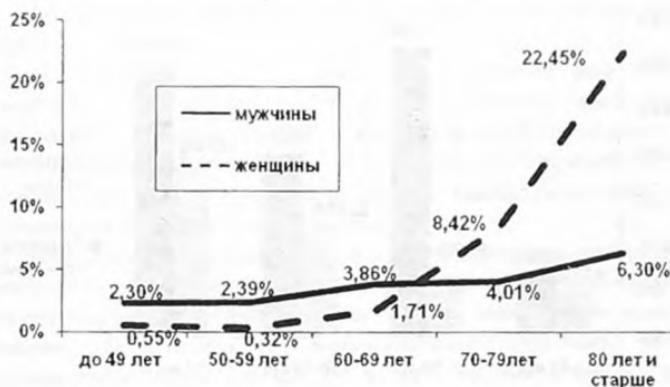
Также установлена возрастная закономерность развития ОП, а именно то, что ОП значительно чаще встречается в группе пациентов с ОИМ после 60 лет. Частота ОП изменяется в диапазоне 1,38% (возрастная категория до 49 лет) - 12,24% (возрастная категория 80 лет и старше). По сравнению с пациентами до 59 лет, частота психозов среди пациентов 70-79 лет и 80 лет и старше возрастает в 5 и 10 раз соответственно (рис. 2)

Рисунок 2. Частота развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ в разных возрастных категориях.



Выявлена гендерная специфичность ОП: при контроле по возрасту мы определили, что среди пациентов с ОИМ в возрасте до 70 лет частота развития ОП в реанимационном периоде лечения в 3-4 раза выше у мужчин. После 70 лет отмечается обратная закономерность – ОП развивается в 3-4 раза чаще у женщин (рис. 3). В обоих случаях различия статистически достоверны при уровне значимости $p<0,01$.

Рисунок 3. Частота развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ у мужчин и женщин в разных возрастных категориях.



В результате сопоставлений установлено, что распространенность поражения миокарда является существенным фактором, определяющим развитие ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ. У больных ОИМ с зубцом Q ОП развился в 5,3%, а у пациентов с ОИМ без зубца Q – в 2,5% случаев. Различия достоверны ($p<0,05$) (таб.1).

Таблица 1. Частота развития ОП у больных ОИМ с зубцом Q и без зубца Q

Группа больных с ОИМ	Количество больных	Количество ОП
с зубцом Q	6877	366 (5,3%)
без зубца Q	1941	49 (2,5%)

Наконец, изучение негативного влияния ОП на динамику терапевтического процесса, позволило определить существование статистически значимой связи между развитием ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ и значительным повышением уровня летальности у этой группы больных вне зависимости от их возраста (рис. 4) и тяжести инфаркта (рис. 5).

Рисунок 4. Показатели летальности больных ОИМ, ассоциированных и не ассоциированных с ОП в разных возрастных группах.

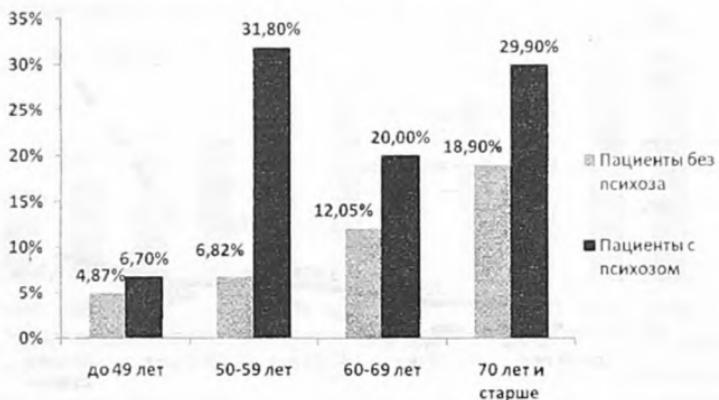
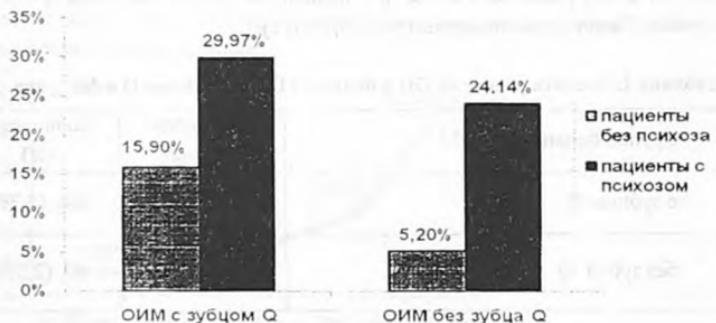


Рисунок 5. Показатели летальности пациентов с Q-позитивным и Q-негативным ОИМ, ассоциированным и не ассоциированным с ОП.



Многие исследователи, изучающие проблему отрицательного влияния ОП на течение соматического заболевания, придают основное значение использованию больших дозировок психотропных препаратов (галоперидол, тизерцин, сибазон и пр.). Являясь необходимым и главным компонентом помощи больным с ОП, терапия нейролептиками и транквилизаторами одновременно расценивается как независимый фактор, утяжеляющий течение основного заболевания. В этой ситуации крайне важным аспектом терапии ОП становится принцип дифференцированного подхода. На практике это означает необходимость выделения клинических форм в группе состояний, объединенных таким термином как «острый соматогенный психоз», или «психоз отделения реанимации», а также разработку тактически различных подходов к их терапии.

Мы провели клиническую апробацию в условиях реанимационного отделения крупного кардиологического стационара наиболее часто используемых классификаций ОП - «по типу расстройства сознания» и «по типу психомоторной активности». Анализируя опыт применения данных подходов, мы можем утверждать, что оба классификационных подхода ограничены в практическом применении.

Необходимость знания общей психопатологии и особенности диагностики психических расстройств при смешанных экзогениях делает классификационный принцип, в основе которого лежит вариант расстройства сознания, применимым в реанимационном отделении только в незначительном числе случаев. Разделение больных с ОП по варианту психомоторной активности также удается очень условно в связи с постоянным изменением психомоторной статуса под влиянием психотропной терапии и соматического состояния больных. Подобная практическая неадаптированность существующих классификационных подходов к квалификации ОП в реанимационном отделении определяет существенные трудности при организации дифференцированного клинического ведения этой группы больных.

Для преодоления описанных выше трудностей при классификации ОП, была разработана собственная клиническая группировка ОП. Мы использовали в качестве квалификационной категории поведенческие признаки доминирующего клинического синдрома и выделили две основные формы ОП - галлюцинаторно-бредовую форму и дезориентационную форму.

В психическом состоянии больных с галлюцинаторно-бредовой формой психоза преобладает относительно выраженная продуктивная симптоматика – бредовые идеи различного содержания, зрительные или вербальные

галлюцинации. Больные как правило возбуждены и агрессивно относятся к медицинскому персоналу. Ориентация во времени и местонахождении у данной категории больных часто сохранена. В противоположность этому, основным психопатологическим проявлением у больных с дезориентационной формой ОП является нарушенная ориентация во времени, местонахождении и ситуации. Больные не понимают, где они находятся и как сюда попали. Сформированных бредовых идей у этих больных нет, галлюцинаторные явления также не характерны.

Следует подчеркнуть, что данная клиническая типология с легкостью используется врачами реанимационного отделения при оценке психического статуса больного с психозом. На основе специально разработанных критериев все случаи ОП (538) были подразделены в пределах выделенных форм. Галлюцинаторно-бредовая форма выявлена в 135 случаях (25,1%), дезориентационная форма - в 403 случаях (74,9%). Смешанных форм не наблюдалось, перехода из одной формы в другую также обнаружено не было.

Кроме того, благодаря высокой специфичности и устойчивости, применение данный группировки форм ОП позволяло психиатру и врачу отделения реанимации совместно формировать тактический подход к ведению больных с ОП.

Таким образом, методологической основой предложенной типологии ОП при ОИМ явился синдромальный подход, который хорошо сочетается с рубриками, предлагаемыми МКБ-10 (F00-F09. «Органические, включая симптоматические, психические расстройства»). При этом галлюцинаторно-бредовая форма ОП соотносится с кодом F 06. - «Другие психические расстройства вследствие физической болезни», а дезориентационная форма – с F 05. «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами».

Установлено, что у пациентов с галлюцинаторно-бредовой формой ОП средний возраст значительно ниже, чем у больных с дезориентационной формой и составляет $59 \pm 5,1$ г. и $78 \pm 2,3$ г. соответственно ($p < 0,05$). По нашим данным в возрасте до 65 лет соотношение частоты развития галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формы составляет в среднем 70% к 30%, в возрасте старше 65 лет - 10% к 90% соответственно. Таким образом, установлено, частота развития галлюцинаторно-бредовой формы значительно снижается, а дезориентационной формы возрастает в несколько раз у пациентов старше 65 лет (рис. 6).

Значительно чаще галлюцинаторно-бредовая форма ОП развивалась у пациентов мужского пола. Из 101 случая ОП у мужчин младше 65 лет на

галлюцинаторно-бредовую форму приходится 82 случая (81,2 %), однако статистически значимых отличий форм ОП в зависимости от пола больных не установлено ($p>0,05$).

Наиболее типичной ассоциированной патологией при галлюцинаторно-бредовой форме являлись хронический алкоголизм и состояние абstinенции на момент поступления в Центр (52,6% случаев), а также травма головного мозга (27,4%). В противоположность этому при дезориентационной форме чаще диагностировалась умеренная или тяжелая деменция (58,3% случаев), легкие когнитивные нарушения (32%), инсульт в анамнезе (30,1%), а также значительное снижение функции зрения (22,6%) (таб.2). Таким образом, четкого соответствия галлюцинаторно-бредовой формы «симптоматическому», а дезориентационной формы — «органическому» полюсу континуума острых экзогенных реакций не отмечено, что, возможно, связано с (и отчасти перекрываются) реактивными влияниями, описанными выше, или зависит от особенностей соматического статуса на момент развития ОП.

Рисунок 6. Частота развития галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формы ОП в разных возрастных группах.

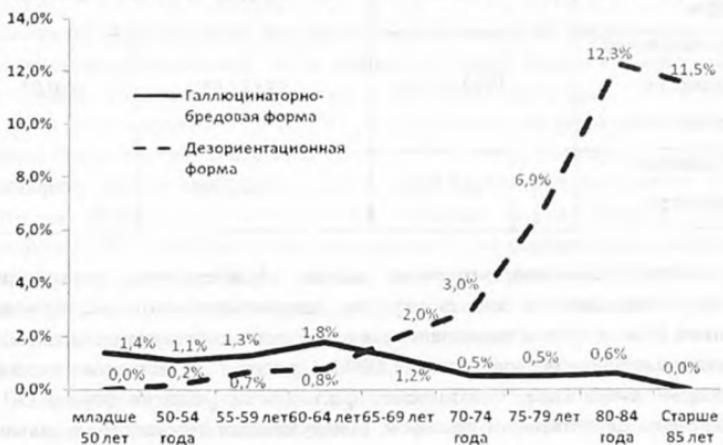


Таблица 2. Фоновые заболевания при галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формах ОП

Признаки	Галлюцинаторно-бредовая форма n=135	Дезориентационная форма n=403	Достоверность различий
Алкоголизм	71 (52,6%)	8 (1,9%)	p<0,05
Травма ГМ	37 (27,4%)	27 (6,7%)	p<0,05
Инсульт	21 (15,5)	121 (30,1%)	p<0,05
Легкие когнитивные нарушения	32 (23,7%)	129 (32%)	p>0,05
Умеренная и тяжелая деменция	9 (6,7%)	235 (58,3%)	p<0,05
Нарушения слуха	9 (6,7%)	42 (10,4%)	p<0,05
Значительное снижение зрения	19 (14,1%)	91 (22,6%)	p<0,05
Изменение личности	25 (18,5%)	9 (2,2%)	p<0,05

Было установлено, что такие важные характеристики соматического статуса больного, как тяжесть инфаркта, артериальная гипотония, нарушения ритма, отек легкого и пневмония, как правило, способствуют развитию ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ. При этом статистически значимых влияний выделенных соматических факторов на развитие формы ОП не отмечено. Единственным фактором, обнаружившим статистически значимые отличия в группе больных с галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формами психоза, было состояние клинической смерти, пережитое больным в период нахождения в реанимационном отделении ($p<0,01$). В 13,3% галлюцинаторно-бредовая форма ОП развилась после состояния клинической

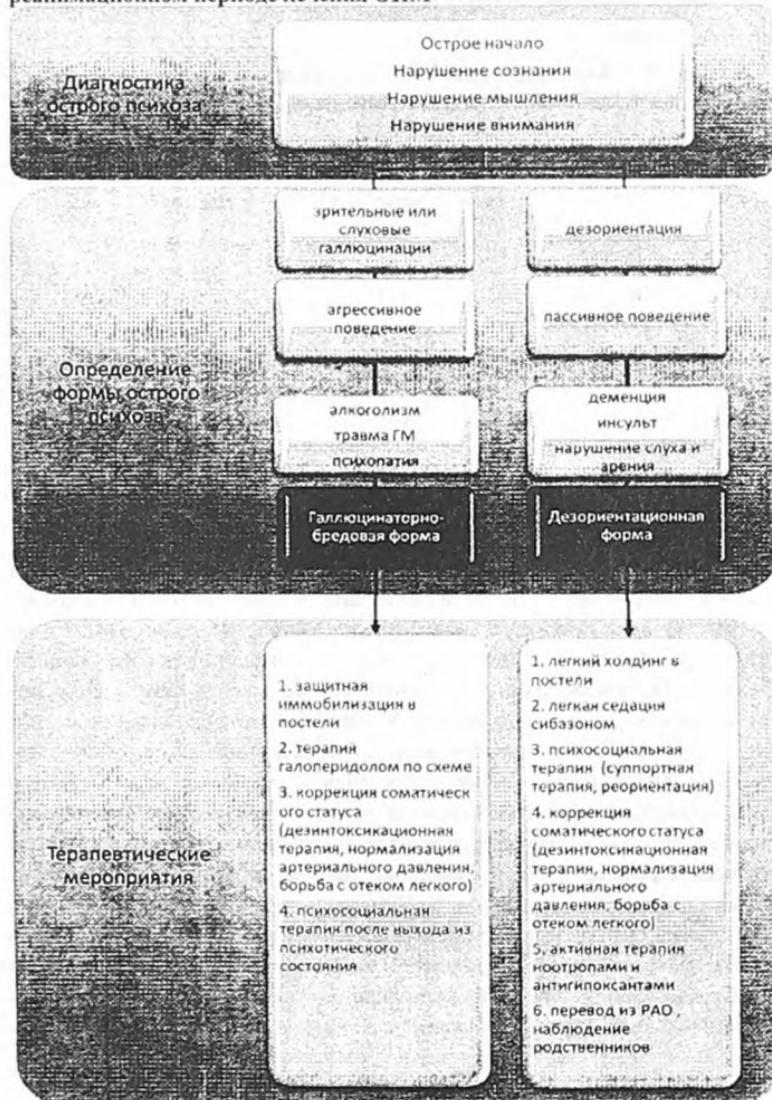
смерти, и только в 6 случаях (1,5%) с клинической смертью была связана дезориентационная форма ОП (таб. 3)

Таблица 3. Характеристика соматического статуса пациентов с галлюцинаторно-бредовой и дезориентационной формами ОП

Факторы соматического статуса	Галлюцинаторно-бредовая форма, n=135	Дезориентационная форма, n=403	p
Тяжесть инфаркта (ОИМ с зубцом Q)	118 (87,4%)	338 (83,8%)	>0,05
Гипотензия	58 (42,9%)	232 (50,9%)	>0,05
АВ-блокада	7 (5,2%)	18 (4,5%)	>0,05
Отек легких	20 (14,8%)	54 (13,4%)	>0,05
Пневмония	5 (3,7%)	13 (3,2%)	>0,05
Клиническая смерть	18 (13,3%)	6 (1,5%)	<0,01

Ретро- и проспективные исследования показали, что время начала как галлюцинаторно-бредовой, так и дезориентационной формы ОП приходится в среднем на 2 сутки пребывания в отделении реанимации (341 случай, 63,4%). В 64 случаях (11,9%) ОП развился в первые сутки пребывания в реанимации. Около трети этой группы (17 случаев) составили больные с тяжелым алкогольным анамнезом. У данной категории больных в 100% случаев развивалась галлюцинаторно-бредовая форма психоза. Также развитие ОП в первые сутки нахождения в реанимационном отделении зарегистрировано у 38 больных с тяжелой деменцией. Эти больные практически с момента поступления в отделение не ориентировались во времени, теряли ориентацию в пространстве и ситуации. Начало ОП после 5-7 дня пребывания в отделении реанимации нам приходилось наблюдать в 2% случаев ОП (11 случаев). Это пациенты, у которых течение инфаркта миокарда сопровождалось развитием тяжелых осложнений (отек легкого, тяжелые формы нарушения сердечного ритма) на поздних сроках реанимационного периода лечения.

Рисунок 7. Алгоритм диагностики и ведения больных с ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ



Особенности ведения больных с ОП в реанимационном отделении в первую очередь зависят от диагностированной формы острого психоза – галлюцинаторно-бредовой или дезориентационной. Предлагаемая нами последовательность диагностических и терапевтических действий представлена в виде алгоритма. В случае диагностированной галлюцинаторно-бредовой формы акцент в ведении такого больного должен делаться на постоянной защитной иммобилизации больного в постели на весь период ОП, терапию галоперидолом по схеме, коррекции соматического статуса. При диагностированной дезориентационной форме требуется легкий холдинг, ограничивающий падение больного, разовая инъекция сибазона и установление спокойного и доверительного контакта с больным, с целью восстановления его ориентации и снижения тревоги. Важное значение также имеет активная терапия ноотропными препаратами и антигипоксантами. Также при дезориентационной форме ОП в случае относительно стабильного соматического состояния, рекомендуется скорейший перевод больного в общую палату и организация постоянного контакта с родственниками (рис. 7).

ВЫВОДЫ

1. В реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда острый психоз развивается с частотой 4,1%. Выявлена достоверная связь частоты развития острого психоза с возрастом больных и распространностью поражения миокарда (наличия зубца Q).
2. Установлена достоверная связь между развитием острого психоза в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда и летальностью у этой группы больных вне зависимости от их возраста и распространенности инфаркта.
3. Проведена клиническая апробация и показаны недостатки наиболее распространенных классификаций острого психоза при их использовании в реальной практике лечения больных инфарктом миокарда в условиях отделения реанимации кардиологического центра.
4. Разработана оригинальная группировка острых психозов в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда с разделением всех больных на две группы – галлюцинаторно-бредовую и дезориентационную. Для галлюцинаторно-бредовой формы характерно наличие у больного бредовых идей, зрительных и/или вербальных галлюцинаций, а также выраженное возбуждение и агрессивное

поведение. Для дезориентационной формы характерно нарушение ориентации в местонахождении и ситуации, пассивное поведение.

5. Тактика ведения больных инфарктом миокарда, ассоциированного с острым психозом, имеет особенности при диагностике галлюцинаторно-бредовой или дезориентационной формы психоза, что отражено в разработанном на основе проведенного исследования алгоритме.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Результаты проведенного исследования могут быть использованы как психиатрами, так и врачами отделений реанимации и интенсивной терапии медицинских центров кардиологического профиля. Следует полагать, что предложенные в работе диагностические и терапевтические принципы ведения больных с ОП могут быть успешно перенесены в практическую деятельность реанимационно-анестезиологических отделений общего профиля.
2. Для формирования тактики ведения больного с психозом предложено использовать лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий выделить ведущий психопатологический синдром и определить одну из двух форм психоза – галлюцинаторно-бредовую или дезориентационную.
3. В зависимости от диагностированной формы психоза рекомендуется осуществлять различную терапию данных состояний. При галлюцинаторно-бредовой форме основной акцент необходимо сделать на строгую защитную иммобилизацию больного на весь период психоза и активную терапию препаратами нейролептического ряда (галоперидол). При развитии дезориентационной формы ОП наибольшее значение приобретает психосоциальная терапия, реориентация больного, легкая седация препаратами группы транквилизаторов (сибазон), а также легкая иммобилизация, уберегающая больного от падения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Гринберг М.Л. Острые психозы в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда / М.Л.Гринберг, Я.Л. Габинский // Кардиоваскулярная терапия и профилактика . - 2006 . - №7 . - С. 50-55.

2. Гринберг М.Л. Острые психозы в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда по данным Екатеринбургского Клинического Центра «Кардиология» / М.Л. Гринберг, Я.Л. Габинский // I съезд кардиологов Уральского федерального округа: материалы съезда . - 2006 . - С. 44-45.
3. Гринберг М.Л. Проблема клинической группировки острых психозов, развивающихся в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда / М.Л. Гринберг // II съезд кардиологов Уральского федерального округа: материалы съезда . - 2007 . - Екатеринбург: "АМБ". - С.108-112.
4. Гринберг М.Л. Клиническая картина острого психоза в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда / М.Л. Гринберг, О.В. Кремлева // Уральский медицинский журнал . - 2008 . - № 3 . - С. 44-49.
5. Гринберг М.Л. Соматопсихически-психосоматические соотношения в генезе и течении острых психозов при остром инфаркте миокарда / М.Л. Гринберг // Академический журнал Западной Сибири . - 2008 . - №3 . - С. 12-13.
6. Гринберг М.Л. Опыт применения синдромологической группировки при ведении больных с острым психозом в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда / М.Л. Гринберг // Уральский кардиологический журнал . - 2008 . - №1 . - С. 24-33.

ОСНОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ИБС – Ишемическая болезнь сердца

ИВЛ – Искусственная вентиляция легких

ЕКДЦК – Екатеринбургский Клинико-Диагностический Центр «Кардиология»

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ОИМ – Острый инфаркт миокарда

ОП – Острый психоз

ОСП – Острый соматогенный психоз

Гринберг Михаил Львович

ИНФАРКТ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫЙ
С ОСТРЫМ ПСИХОЗОМ, РАЗВИВШИМСЯ
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

14.00.06 – кардиология

14.00.18 - психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 28.10.2008 г.