

ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН МИОКАРД ИНФАРКТИДА ДЕЛИРИЙНИНГ АҲАМИЯТИ

Койиров А.К.¹, Кенжаев С.Р.¹, Хаитов С.Ш.¹, Эгамова Н.Т.¹, Болтаев Э.Б.²,

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази,

²Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Ўткир юрак етишмовчилигида (ЎЮЕ) делирийнинг клиник кечиши ўзига хослигини ва учраш сонини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Ўткир миокард инфаркти (ЎМИ) билан асоратланган ўткир юрак етишмовчилиги бўлган 104 нафар (43,3 % аёллар ва 56,7 % эркаклар) бемор жонлантириш бўлимида даврида текширувдан ўтказилди. Ўртача ёш 68,0 [59,0-76,7]. Делирийни онг чалкашишини баҳолаш усули жонлантириш ва интенсив терапия бўлими (ОЧБУ-ЖИТБ) саволномаси меъзонлари ёрдамида диагностика қилинди. Нейрорухий тестдан ўтказиш учун скрининг тестлари ва баҳолаш шкаллари ишлатилди.

Натижалар. Ушбу тоифа беморларида делирий учраш фоизи 28,8 ни ташкил қилди. Делирий кўпроқ 60-89 ёшдаги беморларда ривожланди: 60-74 ёшли гуруҳда - 25,0 %, 75-89 ёш гуруҳда - 44,7 %. Делирий жонлантириш ва интенсив терапия бўлимида даволанишининг 1-2-суткасида ривожланди. Делирийнинг ўртача давомийлиги 7,7 суткани ташкил қилди. Делирийнинг гипопродуктив шакли 64,3 % ҳолларда аниқланди, гиперпродуктив - 21,4 % беморларда, аралаш шакли текширувдан ўтганларнинг 14,2 %да. Делирийнинг келиб чиқиши делирий бўлмаган беморлар билан солиштирилганда жонлантириш бўлимида ётиш муддатининг 6 марта ошиши билан боғлиқ.

Хулосалар. Делирий мавжудлиги ЎЮЕ нинг ўлимга олиб келиш оқибати эҳтимолини аҳамиятли оширади. ОЧБУ-ЖИТБ саволномасини ҳамма жонлантириш бўлимида тадбиқ этиш ва беморларнинг кескин жиддий ҳолатида онги бузилишларини эрта ташхислаш ва ўз вақтида коррекция қилиш учун шифокорларга баҳоловчи шкалалар билан ишлашни ўргатиш зарур.

Калит сўзлар: делирий, ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган миокард инфаркти, ОЧБУ-ЖИТБ саволномаси, жонлантириш бўлими.

РОЛЬ ДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Койиров А.К.¹, Кенжаев С.Р.¹, Хаитов С.Ш.¹, Эгамова Н.Т.¹, Болтаев Э.Б.²,

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Цель исследования: Выявить частоту и особенности клинического течения делирия при острой сердечной недостаточности (ОСН).

Материал и методы. Проведено обследование 104 пациентов (43,3 % женщин и 56,7 % мужчин) с острым инфарктом миокарда (ОИМ) осложненной острой сердечной недостаточности реанимации в период нахождения в реанимационном отделении. Средний возраст 68,0 [59,0-76,7] лет. Делирий диагностировался с помощью критериев опросника методики оценки спутанности сознания - отделение реанимации и интенсивной терапии (МОСС-ОРИТ). Для нейропсихического тестирования использовались скрининговые тесты и оценочные шкалы. **Результаты.** Частота встречаемости делирия у пациентов данной категории составила 28,8 %. Наиболее часто делирий развивался у пациентов в возрасте 60-89 лет: в возрастной группе 60-74 года - 25,0 %, в группе 75-89 лет - 44,7 %. Делирий развивался на 1-2-е сутки нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии. Средняя продолжительность делирия составила 7,7 суток. Гипопродуктивная форма делирия выявлена в 64,3 % случаев, гиперпродуктивная у 21,4 % пациентов, смешанная у 14,2 % обследованных. Возникновение делирия ассоциировано с увеличением сроков пребывания в реанимационном отделении в 6 раз в сравнении с пациентами без делирия. **Выводы.** Наличие делирия значительно увеличивает вероятность летального исхода ОСН. Необходимо повсеместное внедрение опросника методики оценки спутанности сознания - отделение реанимации и интенсивной терапии МОСС-ОРИТ в реанимационных отделениях для диагностики делирия и обучение врачей работе с оценочными шкалами с целью ранней диагностики и своевременной коррекции нарушений сознания у пациентов в критическом состоянии.

Ключевые слова: делирий, инфаркт миокарда осложненной острой сердечной недостаточности, опросник МОСС-ОРИТ, реанимационное отделение.

THE ROLE OF DELIRIUM IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION OF COMPLICATED ACUTE HEART FAILURE

Qoyirov A.Q.¹, Kenjaev S.R.¹, Xaitov S.SH.¹, Egamova N.T.¹, Boltaev E.B.²,

¹Republican Scientific Center for Emergency Care,

²Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

To identify the frequency and clinical features of delirium in acute heart failure (AHF) in the conditions of the intensive care unit.

Material and Methods. A survey of 104 patients (43.3% of women and 56.7% of men) with acute myocardial infarction (AMI) complicated by acute heart failure resuscitation was carried out during their stay in the intensive care unit. The average age was 68,0 [59,0-76,7] years. Delirium was diagnosed using the criteria of the confusion assessment questionnaire - the intensive care unit (MOSS-ICU). For neurodevelopmental testing we used screening tests and rating scales.

Results. The incidence of delirium in patients in this category was 28,8 %. Most frequently delirium develops in patients aged 60-89 years: in the age group 60-74 years 25,0 %, in the group of 75-89 years 44,7 %. Delirium developed in the 1-2 day stay in the intensive care unit and intensive care. The average duration of delirium was 7,7 days. Hypoproduktive form of delirium was detected in 64,3 % of all cases, hyperproduktive form in 21,4 % of patients, mixed form in 14,2 % of patients. The occurrence of delirium is associated with an increase of the duration of stay at the intensive care unit at 6 times compared with patients without delirium.

Conclusion. The presence of delirium greatly increases the probability of death of AHF. Moss questionnaire and training of doctors to work with rating scales should be accepted in all ICU intensive care units for early diagnosis of delirium and immediate correction of disorders of consciousness in patients in critical condition.

Key words: delirium, myocardial infarction (MI) of complicated acute heart failure (AHF), CAM-ICU, resuscitation department.

Долзарблиги

Онг бузилиши кўпроқ кескин жиддий аҳволда бўлган беморларда юз беради. Умумий даволаниш амалиётида когнитив дисфункциялар (функциялар бузилиши, когнитив ишнинг бузилиши) 20 % беморларда учрайди, асосан ёши қариларда; жонлантириш ва интенсив терапия бўлимида 80 % кузатувларда [1]. Миокард инфаркти асоратлари орасида руҳий-ҳиссий томондан издан чиқишлар 30-80 % беморларда учрайди [2]. Улар орасида тахминий аҳамиятга эга бўлгани бу делирийдир. Делирий - ақлий ҳолатдаги беқарор, ўткир эътиборнинг пасайиши ва онг даражаси ўзариши билан кечадиган ўзгариш. Делирий мия фаолиятининг етишмовчилиги ёки билим орттириш жараёнининг ўткир дисфункцияси ҳисобланади. Бу марказий асаб тизими (МАТ) организм мақбул ишлаши учун зарур бўлган ички муҳитнинг бузилишига қарши ўзига хос бўлмаган жавобининг оқибати [3, 4].

Адабиётларда ўткир миокард инфарктида жонлантириш ва интенсив терапия бўлимида делирий келиб чиқишининг учраш сони ва хусусиятлари ҳақида маълумот етарли эмас, шунинг учун ушбу масалани ўрганиш долзарб ҳисобланади.

Мақсад: жонлантириш бўлими шароитларида ўткир юрак етишмовчилиги бўлганда делирийнинг клиник кечиши ўзига хосликлари ва учраш сонини аниқлаш.

Материал ва усуллар

2017 дан 2019 йилгача РШТЁИМ нинг кардиотерапевтик бўлимига келган беморларни ўрганиш амалга оширилди.

Тадқиқотга киритиш меъзонлари: 1) ўткир юрак етишмовчилиги (ЎЮЕ) асоратланишидан келиб чиққан ўткир миокард инфаркти ва ЎЮЕ бўлган беморларни миллий тавсияларга биноан ташхислаш ва даволашга биноан қўйилган миокард инфаркти ташхиси [5]; 2) делирий скрининги шкаласига биноан бел-

гиланган когнитив бузилишлар [6]; 3) когнитив бузилишларнинг ўткир бошланиши.

Истисно қилиш меъзонлари: 1) бош миянининг органик патологияси; 2) анамнезда руҳий фаол (психоактив) моддаларни истеъмол қилганлик; 3) анамнезда когнитив бузилишлар бўлганлиги (деменция).

Тадқиқотга киритиш ва ундан истисно қилиш меъзонларига асосланган ҳолда тадқиқотга 104 бемор жалб қилинди, ўртача ёш 68,0 [59,0-76,7]. Делирий ОЧБУ-ЖИТБ саволномаси меъзонлари ёрдамида ташхис қилинди [7]. Асаб-руҳиятни (нейропсихик) тестни ўтказиш учун скрининг тестлари ва баҳоловчи шкалалардан фойдаланилди. Саволномалар ва шкалалар бўйича тестлаш суткасига 2 мартадан ўтказилди.

Баҳолаш бир неча босқичда амалга оширилди:

1-босқич. Руҳий ҳолатнинг ўткирлиги ва тўлқинсимон кечишини баҳолаш учун Nu-DESC шкаласи қўлланилди [6];

2-босқич. Оғриқ BPS-NI шкаласи ёрдамида баҳоланди (интубация қилинмаган бемор оғригининг табиати шкаласи) [8];

3-босқич. RAAS (қўзғалиш ва тинчланиш шкаласи бўйича онг даражасини баҳолаш) шкаласи бўйича онг даражасини баҳолаш [9];

4-босқич. Кўриб эслаб қолиш хотирасини текширувчи тест (бешта суратни эслаб қолиш тести);

5-босқич. Тафаккурни баҳолаш (оддий мантиқий тўхтамга келиш тести) [8].

Агар RAAS тести натижаси нолдан фарқ қилган бўлса ва/ёки тафаккур тести 1 баллдан ошиқ бўлса, унда делирий ташхиси қўйилган. Шуни таъкидлаб ўтмоқ жоиз-ки, делирийни расмий ташхислаш ўткир бошланиш ва тўлқинсимон кечишини талаб қилади [10], шунинг учун баҳоловчи шкалалар ёрдамида когнитив функциянинг етишмовчилиги ҳақида аниқланган маълумотлар халқаро касалликлар таснифи меъзонлари билан тўлдириб борилди, улар навбатчи психиатр томонидан қўлланилиб, касаллик тарихига тегишлича киритилган.

Беморнинг рухий ҳолати унумдорлигига қараб делирий кейинги турларга бўлинади. Агар клиник кечиши гипер ишлаб чиқарилиш, қўзғалиш, безовталик (бемор гўшақларни, симларни ва бошқ. узишга ҳаракат қилди) билан тавсифланган бўлса, делирий гиперактив деб баҳоланди; гипоактив делирий қочиш, бекор бўлиш, ясилашган таъсир, апатия, сустлик билан тавсифланди. Беморнинг аҳволи иккита айтиб ўтилган ҳолатларнинг галма-гал келиши билан тавсифланганда, делирий аралаш тури деб баҳоланди.

ЎЮЕ бўлган барча беморлар РШТЁИМ нинг кардиотерапевтик бўлимида ЎМИ ва ЎЮЕни даволашнинг стандартлари ва баёнотларига мувофиқ даволанган ва кейинчалик аҳволи барқарорлашганда, бўлимга ўтказилган.

Ашённинг статистик таҳлили SPSS 20.0 версияси, Microsoft Office Excel электрон жадваллари ёрдамида амалга оширилди. Ўзгарувчан қаторлар нормал тақ-

симланиши Колмогоров - Смирнов тестидан фойдаланиб текширилди. Олинган маълумотларнинг нормалга тўғри келмасдан тақсимланганини ҳисобга олиб, иккита мустақил танловда ўртача қийматлар фарқининг ишончилигини баҳолаш учун Манн-Уитни меъзони қўлланилди, бир нечта танловларни солиштиришда Крускал - Уоллис меъзонидан фойдаланилди. Солиштирилаётган мустақил гуруҳлардаги ҳодиса учраш сонининг фарқланиш қийматини баҳолаш учун χ^2 меъзони қўлланилди. Тадқиқот жараёнида олинган натижалар Ме [25-75] кўринишида тақдим этилган (Ме - тиббиёт; 25ли ва 75ли процентил), Р% (Р - улуш). Фарқлар $p < 0,05$ бўлганда ишончли ҳисобланди.

Натижа ва таҳлиллар

Тадқиқотга 104 бемор олинди (43,3 % аёллар ва 56,7 % эркеклар) (1 жадвал).

1 жадвал

Беморларни ёш ва жинсига қараб тақсимлаш

Ёшга қараб гуруҳи	Одам сони, текширув ўтказилганлар		Жинсга қараб тақсимланиши %	
	N (мутлак)	% умумий текширилувчилар сонидан	Эркеклар	Аёллар
1. 44 ёшгача	7	6,7	57,1	42,9
2. 45–59 ёш	22	21,1	72,7	27,3
3. 60–74 ёш	36	34,6	69,4	30,6
4. 75–89 ёш	38	36,6	36,9	63,1
5. >90 ёш	1	0,9	0	100,0

Делирий 28,8 % текширилганларда ривожланганлиги аниқланди, эркеклар орасида 30,5 % ҳолларда, аёллар орасида 26,6 %. Делирий кўпинча ёш бўйича иккита гуруҳда ривожланганлиги аниқланди: 60–74 ва 75–89 ёш. Ушбу ёш гуруҳларида делирий билан касалланиш барча делирий ҳолларининг 86,6 фоизини ташкил этди. Делирий гуруҳидаги ўртача ёш 76,0 [66.5–82.3] йил, делирий бўлмаган гуруҳда 65,5 [56.8–75.0] ёш эди.

Делирий кўпроқ жонлантириш бўлимида бўлган 1-ёки 2-кунга келиб ривожланган. Делирийнинг ўртача давомийлиги 7,7 [5.2–9.4] кунни ташкил қилди.

Делирийнинг гипопродуктив шакли 64,3 % ҳолларда аниқланди, гиперпродуктив эса 21,4% беморларда, аралаш шакли 14,2% текширилганларда. Шундай қилиб, делирийнинг гипопродуктив шакли гиперпродуктив ва аралаш шаклларида кўра ишончли кўпроқ учради.

2 жадвал

Ёшга қараб делирий тарқалганлиги (Р%)

Ёши бўйича гуруҳ	Ёши бўйича гуруҳда делирийнинг учраши, %	делирий билан ҳолатларнинг умумий сонидан делирий %	текширилган беморларнинг умумий сонидан делирий билан бўлган ҳолатлар %
1. 44 ёшгача	0	0	0
2. 45–59 ёш	13,6	10,0	2,8
3. 60–74 ёш	25,0*	30,0*	8,6*
4. 75–89 ёш	44,7*	56,6*	16,3*
5. >90 ёш	100,0	3,3	0,9

Изоҳ: Р - улуш; р - аҳамият даражаси, * - $p < 0,05$.

Энг ёш гуруҳда, 44 ёшгача, делирий аниқланмади. Олинган маълумотларни статистик таҳлили ўтказилганда, жонлантириш даврида делирий ривожланиши билан ЖИТБда бўлиш муддатининг давомийлиги ора-

сида ишончли бевосита боғлиқлик борлиги аниқланди. Делирий бўлмаган беморларда жонлантириш бўлимида ётганлигининг давомийлиги ўртача 1,0 [1,0–2,0] кунни ташкил қилди, делирий бўлган гуруҳда эса 6,0

[5,0-8,5] кун ($p < 0,05$), бунда стационарда бўлиш давомийлиги тегишлича 14,0 [12,0-15,0] ва 16,0 [10,0-20,3] кунни ташкил қилди.

Делирий бўлган беморлар гуруҳида тадқиқот давомида ўлимнинг юқори даражаси аниқланди, бу гуруҳда 28,6 % бемор вафот этди, бу эса делирий бўлмаган гуруҳидан (12,7 %) ($p < 0,05$) 16% га кўпроқ. Шунингдек делирий тури ва ўлим кўрсаткичи орасида боғлиқлик аниқланди: гипоактив делирий бўлган беморларда ўлим даражаси 42,0 % ни ташкил қилди, гиперактив делирийда эса - 33,0 %. Делирийнинг араши шакли бўлган беморлар гуруҳида ўлим оқибатлари кузатилмади, эҳтимол бу ушбу турнинг нисбатан кам учраши билан боғлиқ.

Таҳлиллар, Шундай қилиб, ЎЮЕ бўлган беморларда делирий муаммосига етарлича эътибор қаратилмапти, жиддийлиги етарлича баҳоланмапти ва янада долзаб бўлмоқда. Беморларда делирийнинг келиб чиқиши делирий ривожланмаган беморларникига нисбатан жонлантириш бўлимида ётиш давомийлигининг сезиларли (6 мартага) ошишига олиб келмоқда. Шунинг асосида таъкидлаш мумкинки, делирий бемор аҳволини ва касалликнинг кейинги кечишини ёмонлашишига олиб келадиган ҳолат ҳисобланади. Делирий - мия фаолияти етишмовчилиги ёки иши етишмовчилигининг (дисфункциянинг) объектив аломати. Шубҳасиз, делирийнинг ривожланишида бемор ўз касаллигини англашининг психоген омиллари, жисмоний фаолликнинг кескин пасайиши, интенсив терапия хонасида психологик томондан муҳитнинг оғирлиги муҳим ўрин тутди.

Шунинг учун, Ўзбекистонда делирийга мойиллиги бўлган шахсларда уни олдини олиш зарур, ривожланиб бўлган делирийда эса, шу жумладан унинг кам аломатли шаклларида, бу ҳолатни жадал даволашни ўз вақтида амалга ошириш керак. Олинган натижалар замонавий клиник амалиёт учун бу муаммонинг муҳимлигидан далолат беради ва ЎЮЕ бўлган беморларда делирийни ўз вақтида ташхислаш, олдини олиш ва даволаш тизимини кенг тадбиқ қилишни талаб қилади.

Хулосалар:

1. ОЧБУ-ЖИТБ саволномаси орқали ташхисланган делирий ЎЮЕнинг кўп учрайдиган асорати ҳисобланади ва 28,8 % ҳолларда учрайди.

2. ЎЮЕ бўлган беморларда делирийнинг келиб чиқиш эҳтимоли 60-74 ва 75-90 ёшдаги гуруҳларда кўпроқ.

3. Делирий мавжудлиги беморларнинг жонлантириш бўлимида бўлиш давомийлигини 6 мартага оширади.

4. Делирий юз бериши ЎМИ фонидagi ЎЮЕнинг ўлим оқибати хафтини аҳамиятли оширади.

5. Делирийни ташхислаш учун ОЧБУ-ЖИТБ саволномасини ҳамма жонлантириш бўлимларида тадбиқ этиш ва ЖИТБ шифокорларига баҳоловчи шкалалар билан ишлашни ўргатиш зарур.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Patel RP, Gambrell M, Speroff T, et al. Delirium and sedation in the intensive care unit: Survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals. Crit Care Med 2009; 37 (3): 825-832.
2. Maksimov AI. Delirium in the sharp period of a Q-myocardial infarction. Sibirskij medicinskij zhurnal 2011; 26 (1): 58-63. Russian (Максимов А. И. Делирий в остром периоде Q-инфаркта миокарда. Сибирский медицинский журнал 2011; 26 (1): 58-63).
3. Zabolotskii IB, Pesnjak EV. Sedation in intensive therapy. Petrozavodsk: IntelTek, 2007; 79 p. Russian (Заболотских И. Б., Песняк Е. В. Седация в интенсивной терапии. Петрозаводск: ИнтелТек, 2007; 79 с.).
4. Sapozhnikov AN, Sabitov IA, Shcherbakova IG, et al. On the question of the prognostic value of psychopathological disorders in vascular encephalopathy in patients with acute myocardial infarction. Basic Research 2013; (7): 633-637. Russian (Сапожников А. Н., Сабитов И. А., Щербак И. Г. и др. К вопросу о прогностическом значении психопатологических нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии у больных с острым инфарктом миокарда. Фундаментальные исследования 2013; (7): 633-637).
5. Nacionalnye rekomendacii po diagnostike i lecheniju bol'nyh ostrym infarktom miokarda s pod'emom segmenta ST JeKG. Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika 2007; 6 (8) Supplement 1. Russian (Национальные рекомендации по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007; 6 (8) Приложение 1).
6. Stawicki SP, Gerlach AT. Delirium assessment in the intensive care unit: An overview of objective diagnostic criteria and scoring tools: OPUS 12. Scientist 2008; 2 (4): 13-16.
7. Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the confusion assessment method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med 2001; 29 (7): 1370-1379.
8. Zamjatin MN, Gorohovatskij II, Vahljaev AV. Diagnostika delirija u pacientov v otdelenijah reanimacii i intensivnoj terapii: Uchebno-metodicheskoe posobie. M., 2014; 26 p. Russian (Замятин М. Н., Гороховатский Ю. И., Вахляев А. В. Диагностика делирия у пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии: учеб. пособие; под ред. Ю. Л. Шевченко. М., 2014; 26 с.).
9. Sessler Curtis N., Gosnell Mark S., et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 1338-1344.
10. Maegher D. Delirium: the role of psychiatry / The Royal College of Psychiatrists. Advance in Psychiatric Treatment 2001;7: 433-443.

Келиб тушган кун 09.09.2020