

Послеоперационный делирий у пациентов пожилого возраста

Выполнила: ординатор II года,
Анестезиолог-реаниматолог
Тимофеева К.А.

Послеоперационный делирий (ПОД)

- ▶ это одно из часто встречающихся осложнений, особенно среди пациентов пожилого возраста. Частота его колеблется в пределах от 15 до 60%, что приводит к росту стоимости лечения, увеличению срока госпитализации и госпитальной летальности.



Послеоперационный делирий (ПОД)

- ▶ Термин «делирий» (от лат. delirium - безумие) был введен древнеримским врачом Цельсом в I веке н.э. Несмотря на наличие целого ряда синонимов - послеоперационный психоз, острая церебральная недостаточность, состояние острой спутанности и др., применяемых различными психиатрическими школами в тех или иных клинических ситуациях, в настоящее время в соответствии с МКБ-10, любые острые нарушения общего когнитивного статуса квалифицируются как делирий.



-
- ▶ Делирий определяют как расстройство сознания, характеризующееся галлюцинациями, двигательным возбуждением, нарушением ориентировки во времени и пространстве, которое может чередоваться с периодами ясного сознания и критического отношения к болезненным проявлениям.



-
- ▶ Более характерными для делирия являются острое начало (но иногда симптомы разворачиваются на протяжении нескольких дней!), флюктуирующее течение (симптоматика имеет циркадный ритм, ухудшение обычно отмечается ночью) и преходящий характер (чаще всего делирий купируется в течение нескольких дней или недель).
 - ▶ У большинства пациентов отмечаются нарушения восприятия, памяти, мышления, речи, а также двигательные расстройства и нарушение цикла сон-бодрствование, возможно превалирование тех или иных признаков. В зависимости от того, какие симптомы выступают на первый план, делирий может быть ошибочно принят за другие расстройства психики, в частности, деменцию или функциональные расстройства. Как и другие психические расстройства, послеоперационный делирий характеризуется определенным набором факторов риска. Все эти факторы, напрямую или косвенно связанные с развитием делирия в послеоперационном периоде, можно разделить на три группы: дооперационные, действующие во время операции и послеоперационные.
-



Предоперационные факторы риска и триггеры развития послеоперационного делирия:

факторы риска:

- ▶ деменция
- ▶ депрессия
- ▶ возраст 70 лет и более
- ▶ назначение наркотических анальгетиков
- ▶ назначение бензодиазепинов
- ▶ ПОД в анамнезе
- ▶ нарушение зрения
- ▶ злоупотребление алкоголем в анамнезе
- ▶ тяжелая сопутствующая патология (ASA III и более)
- ▶ мочевины/креатинин > 18
- ▶ табакокурение
- ▶ прием трех и более препаратов
- ▶ препараты с антихолинергическим эффектом
- ▶ нарушение слуха
- ▶ гипоальбуминемия
- ▶ почечная недостаточность



Предоперационные факторы риска и триггеры развития послеоперационного делирия:

Триггеры:

- ▶ болевой синдром
- ▶ физическая фиксация
- ▶ нарушение питания
- ▶ назначение 3-х и более препаратов
- ▶ катетеризация мочевого пузыря
- ▶ анемия
- ▶ водно-электролитные нарушения
- ▶ интраоперационная кровопотеря
- ▶ интраоперационная гемотрансфузия



- ▶ Одними из первых предвестников делирия являются невнимательность (пациент не в состоянии поддерживать диалог) и нарушение мышления (невозможность осознавать происходящее).
- ▶ Расстройства внимания, которые тесно коррелируют с расстройствами мышления, выявляются достаточно легко – с помощью формальных когнитивных тестов, например, можно попросить пациента назвать цифры в обратном порядке. Ухудшение показателей мышления проявляется в виде дезориентации во времени и месте, в собственной личности, памяти, а также изменения темпа и связности речи. В этой ситуации больной не может нарисовать простейшую геометрическую фигуру. В ряде случаев отмечаются специфические расстройства зрительного восприятия: иллюзии (неправильное восприятие реальных сенсорных стимулов) и/или галлюцинации, варьирующие от простых вспышек и звуков до вполне связанных картин.



В зависимости от преобладающих психо-моторных симптомов клинически принято разделять делирий на три типа:

- ▶ **гиперактивный тип** - характеризуется выраженной психомоторной активностью, беспокойством, настороженностью, быстрой возбудимостью, громкой и настойчивой речью; у «буйного» больного, привлекающего внимание окружающих, диагноз делирия не вызывает затруднений;
 - ▶ **гипоактивный тип** - характерны отрешенность, вялость, снижение внимания, замедленная речь, апатия, снижение двигательной активности; диагноз выставляется при наличии четырех и более указанных признаков; к сожалению, у «тихого» больного, не беспокоящего других больных и медицинский персонал, это состояние зачастую не верифицируют;
 - ▶ **смешанный тип** - уровень активности больного в течение одного эпизода делирия может меняться или не подпадать ни под одну из указанных категорий, в таком случае тип делирия определяется как смешанный.
-



Несмотря на то, что диагноз ПОД, как правило, устанавливается клинически (почти в 80% случаев), в литературе широко обсуждается возможность использования клинико-номинальных шкал (например, шкала оценки делирия DRS-R-98) для улучшения диагностики данного расстройства, измерения выраженности симптомов делирия в динамике, эффективности лечебных мероприятий.

Значимая роль в выявлении причин послеоперационного делирия принадлежит лабораторным и инструментальным исследованиям, помогающим выявить сопутствующую или вновь возникшую соматическую патологию.



Для фармакологического лечения
послеоперационного делирия используются
препараты нескольких групп,

- ▶ включая нейролептики,
- ▶ ингибиторы холинэстеразы,
- ▶ антидепрессанты,
- ▶ бензодиазепины.



Галоперидол

- ▶ является препаратом первой линии и рекомендован Обществом интенсивной терапии и Американской психиатрической ассоциацией. Препарат обладает незначительной частотой антихолинергических побочных эффектов, в меньшей степени снижает АД по сравнению с другими типичными антипсихотическими препаратами. Галоперидол вводится по 2 - 10 мг внутривенно каждые 20 - 30 мин до достижения желаемого эффекта, затем дозировку уменьшают на 25% и вводят с интервалом 4 - 6 ч с последующим снижением и прекращением в течение нескольких дней. Максимальная доза - 240 мг в сутки. Энтеральное назначение от 0,5 до 10 мг галоперидола целесообразно использовать в случаях, когда делирий выявлен при скрининге. В большинстве случаев для достижения эффекта достаточно 10 - 60 мг галоперидола в сутки. Длительная инфузия галоперидола может назначаться пациентам, которым выполнялись множественные болюсные введения (8 доз по 10 мг за 24 ч. или более чем по 10 мг в час в течение 5 ч.). В тяжелых случаях используют внутривенно болюсное введение 10 мг галоперидола с последующей инфузией со скоростью 5 - 10 мг/ч. При использовании высоких доз требуется контроль за сегментом QT, при удлинении которого ($QT > 450$ мсек или на 25% больше, чем на предыдущих ЭКГ) необходимо снизить дозу или прекратить введение галоперидола. Кроме того, в этой ситуации следует следить за развитием экстрапирамидальной симптоматики, при возникновении которой введение галоперидола отменяют.



Атипичные нейролептики

- ▶ новый класс препаратов, которые по сравнению с классическими (типичными) антипсихотиками обладают более низкой степенью сродства с D2-рецепторам и наличием мультирецепторного профиля связывания, что обуславливает «мягкость» действия и лучшую переносимость препаратов этой группы. Положительный эффект при лечении делирия установлен при использовании оланзапина и рисперидона, кветиапина, арипипразола. Нецелесообразно использования при ПОД бензодиазепинов, если это не алкогольный делирий, (установлено в Кохрановском обзоре).



Нефармакологические методы профилактики ПОД

- ▶ обеспечение и поддержание ориентации больного во времени и пространстве, что представляется крайне важным и значимым.
- ▶ Целесообразно выявить и устранить нарушения зрения и слуха – предоставить больному его очки и/или слуховой аппарат, а также вернуть ему зубные протезы.
- ▶ Общаться с пациентом необходимо четко и лаконично, периодически напоминать больному о его местонахождении, дне, текущем времени, ключевых личных данных.
- ▶ Следует предоставить возможность больному участвовать в лечебном процессе (например, периодически оценивать интенсивность болевого синдрома).



Нефармакологические методы профилактики ПОД

- ▶ Для сохранения контакта больного с внешним миром целесообразно использовать телевидение или радио, а для релаксации - прослушивания через наушники записей с «белыми» шумами.
- ▶ Следует по возможности устранить источники повышенного шума (работающие аппараты, громкие разговоры и пр.).
- ▶ Поддержание минимального уровня физической активности может быть достигнуто путем выполнения под контролем инструктора ЛФК трижды в день по 15 мин лечебной гимнастики.
- ▶ Необходимо обеспечить цикл день/ночь с выключением света ночью, но постоянным освещением днем, а также путем максимального ограничения процедур и манипуляций в ночное время.
- ▶ Кроме того, следует поддерживать температурный режим (21,1°C - 23,8°C).
- ▶ К уходу за больными целесообразно привлекать родственников, присутствие которых будет поддерживать у пациента ощущение безопасности и ориентации.



Для профилактики ПОД эффективны меры, которые включают:

- ▶ обеспечение адекватной доставки кислорода (SpO_2 более 95%, систолическое АД более 90 мм рт.ст., гематокрит более 30%),
- ▶ коррекцию водно-электролитного баланса,
- ▶ устранение болевого синдрома,
- ▶ нормализацию функций ЖКТ и мочеотделения, а
- ▶ также устранение из назначений препаратов с антихолинергическими или допаминергическими свойствами.



-
- ▶ По мнению некоторых авторов, методы профилактики послеоперационного делирия должны включать в пред- и послеоперационном периодах
 - ▶ консультацию гериатра,
 - ▶ назначение галоперидола (по 0,5 мг энтерально три раза в день в течение 72 ч до и в течение 3 дней после операции)
 - ▶ или оланзапина (в дозе по 5 мг до и после операции),
 - ▶ или (назначение пациентам группы высокого риска) габапентина (в дозе 900 мг за 2 - 3 часа до операции и по 600 мг два раза в сутки в течение 2 - 3 послеоперационных дней).
-



Благодарю за внимание!

