

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ЧАСТОТА И ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ

Е. В. ШИШНЕВА, Е. В. ЛЕБЕДЕВА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт кардиологии»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*
*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

В последние годы возрос интерес к проблеме осложнений со стороны центральной нервной системы (ЦНС) при кардиохирургических операциях, в частности к развитию послеоперационного делирия и выявлению предикторов его возникновения. Многокомпонентные стратегии в области поиска предикторов, профилактики и лечения делирия у пациентов в кризисном состоянии являются предметом многочисленных исследований.

Цель. Изучение частоты послеоперационного делирия и предикторов его возникновения у кардиохирургических больных.

Материалы и методы. В основу исследования положен ретроспективный (с 2005 по 2011 г.) анализ историй болезни 268 пациентов разного возраста, с различным исходным неврологическим статусом, разной основной патологией (ИБС, ИБС, осложненной аневризмой левого желудочка (ЛЖ), приобретенные пороки сердца). Пациенты до и после операции были осмотрены психиатром: исследовались когнитивные функции и уровень тревоги и депрессии клинически, а также при помощи тестов MMSE, пробы на запоминание 10 слов, шкал самооценки тревоги Шихана и депрессии Бека. Реаниматологом-анестезиологом в ходе беседы и изучения истории болезни анализировались следующие предикторы, пред-

располагающие к развитию послеоперационного делирия: возраст > 70 лет, пол, диагностированная цереброваскулярная болезнь, исходный когнитивный дефицит, наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), степень риска по шкале Euroscore более или равную 5 %, ФВ ≤ 40 %, анамнестические данные о фибрилляции предсердий (ФП), наличие сахарного диабета. В качестве интраоперационных предикторов развития делирия рассматривали длительность искусственного кровообращения (ИК) > 180 мин, длительность ишемии миокарда > 120 мин, уровень гематокрита во время ИК ≤ 30 %, потребность в переливании препаратов крови, уровень среднего давления перфузии менее ≤ 50 мм рт. ст., потребность в инотропной поддержке, а также применение внутриортальной баллонной контрпульсации (ВАБК). В условиях ИК 126 пациентам выполнена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) – I группа, 60 пациентам – операция АКШ с резекцией аневризмы ЛЖ – II группа, 82 пациентам – операция протезирования митрального, аортального клапанов – III группа. Для сравнения частоты воздействия факторов риска применяли показатель «отношения шансов» (odds Ratio, OR). Определяли чувствительность и специфичность предиктора.

Результаты. При сравнении дооперационных предикторов пациенты в возрасте более 70 лет не преобладали статистически значимо ни в одной группе. Мужской пол встречался чаще в I (АКШ) и во II (АКШ + резекция аневризмы ЛЖ). Наличие цереброваскулярной болезни отмечено статистически значимо чаще у пациентов I и II групп по сравнению с III группой (протезирование митрального, аортального клапанов). Риск по EuroSCORE традиционно считается критерием послеоперационных осложнений. Статистически значимые различия по этому критерию выявлены нами у пациентов I группы меньше по сравнению с пациентами II группы. Критерий ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ статистически значимо чаще выявлялся у пациентов II группы, а наличие ФП в анамнезе – у пациентов II и III групп по сравнению с I группой. Такие критерии развития послеоперационного делирия, как исходный когнитивный дефицит, ОНМК в анамнезе, наличие сахарного диабета, по частоте выявления между группами статистически значимо не различались. При сравнении интраоперационных предикторов статистически значимо чаще у пациентов с АКШ и резекцией аневризмы ЛЖ (II группа) регистрировались следующие критерии: длительность ИК > 180 мин, длительность ишемии миокарда > 120 мин, потребность в инотропной поддержке. Связано это, прежде всего, с исходным неудовлетворительным состоянием миокарда (сниженная ФВ) и травматичностью самой операции, что требовало проведения ВАБК.

По остальным критериям (уровню гематокрита во время ИК, потребности в гемотрансфузиях, уровню среднего АД ≤ 50 мм рт. ст. во время ИК) статистически значимых различий между группами выявлено не было.

Выводы. Анализ дооперационных и интраоперационных предикторов позволил нам определить группу риска развития послеоперационного делирия. Делирий был диагностирован у 77 пациентов (28,7%), из них мужчин – 57, женщин – 20. Из 77 больных, перенесших делирий, 49 (64%) были в возрасте старше 70 лет. Преобладали легкая и умеренная степень выраженности делирия (с психомоторным возбуждением) – 68 человек (88%). Тяжелый делирий наблюдался у 4 больных (5,2%). Тяжелый делирий был связан с более неблагоприятным исходом (затяжным течением делирия ($n = 3$), выраженным когнитивным дефицитом до деменции ($n = 1$)). У 5 пациентов (6,5%) делирий развился на фоне существующей деменции легкой степени выраженности. Наиболее чувствительными предикторами развития послеоперационного делирия являются: возраст > 70 лет, наличие атеросклероза восходящей аорты, исходный когнитивный дефицит, ОНМК в анамнезе, риск операции по EuroSCORE $> 5\%$, ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, ФП в анамнезе, наличие сахарного диабета и потребность в ВАБК. Выявление и учет значимости этих предикторов позволяет своевременно, в т. ч. профилактически, применять различные стратегии для защиты ЦНС.