

Острые психозы в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда

М.А. Гринберг, Я.А. Габинский

Клинический Центр «Кардиология». Екатеринбург, Россия

Acute psychoses in reanimation period of acute myocardial infarction treatment

M.L. Grinberg, Ya.L. Gabinsky

Clinical Center «Cardiology». Yekaterinburg, Russia

Цель. Изучить в динамике частоту и особенности течения острого психоза (ОП) в реанимационном периоде лечения острого инфаркта миокарда (ОИМ) в крупном специализированном кардиологическом центре за последнее десятилетие.

Материал и методы. Материалом для работы явились 12048 историй болезни всех пациентов с ОИМ, которым оказывалась помощь в отделении реанимации и интенсивной терапии ЕКЦК в 1995-2004 гг. На основании анализа историй болезни были отобраны 473 истории больных, у которых в реанимационном периоде лечения ОИМ развился ОП.

Результаты. В течение 10 лет зарегистрирован рост частоты ОП с 1,57% до 5,65%. ОП значительно чаще развивался у пациентов с ОИМ > 60 лет. Распространенность поражения миокарда является существенным фактором, определяющим развитие ОП в реанимационном периоде ОИМ. Существует статистически достоверная прямая связь между развитием ОП в реанимационном периоде и летальностью у этой группы больных вне зависимости от их возраста и распространенности ОИМ.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о важности этой проблемы для современной кардиологической практики и требуют разработки системы своевременной диагностики, профилактики и лечения ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ.

Ключевые слова: острый психоз, острый инфаркт миокарда, реанимационный период лечения, частота, летальность.

Aim. To study dynamics of acute psychosis (AP) incidence and clinical features during reanimation period of acute myocardial infarction (AMI) treatment, according to ten-year data from a large specialized Cardiology Center. **Material and methods.** The study was based on the case history data of all AMI patients, treated at Reanimation and Emergency Care Department, Yekaterinburg Clinical Center «Cardiology» (YeCCC), in 1995-2004 (in total, 12 048 case histories). From these data, 473 histories were selected, with AP registered during reanimation period of AMI treatment.

Results. In 10 years, AP incidence increased from 1.57% to 5.65%. AP was registered significantly more often in AMI patients aged over 60 years. Myocardial damage severity determined AP development in reanimation period of AMI treatment. There was a significant positive correlation between AP in reanimation period of AMI treatment and lethality, regardless of age and AMI size.

Conclusion. A non-precedent (by data volume and, therefore, by observed correlations and differences' significance) study of AP development in reanimation period of AMI treatment, based on 10-year data from one of the largest Russian Cardiology Centers, was performed. The results point to the problem's actuality in modern cardiology practice, and to a need for timely AP diagnostics, prevention and therapy during reanimation period of AMI treatment.

Key words: Acute psychosis, acute myocardial infarction, reanimation period of treatment, incidence, lethality.

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) и его осложнения остаются серьезной проблемой, сохраняя за собой первое место в структуре смертности [10]. Среди осложнений ОИМ выделяют психоэмоциональные расстройства, регистрируемые разными авторами у 30-80% больных [4,5,7,9]. Традиционно существующее разделение психоэмоциональных нарушений на расстройства психотического и непсихотического уровней используется и при квалификации психоэмоциональных расстройств, осложняющих течение ОИМ [1,5,9].

В описании острых психозов (ОП) при ОИМ большинство авторов, как правило, применяют термин «соматогенные психозы», которым подчеркивается главенствующая роль соматического статуса в развитии этой группы психических нарушений. Особое значение придается состоянию перфузии головного мозга, выраженности интоксикационного синдрома, наличию фоновой органической патологии [4,8,11]. Одновременно, некоторыми авторами признается существенная роль психогенных факторов — психологическая травма осознания пациентом своей болезни, резкое ограничение физической активности, а также крайне тяжелая в психологическом плане атмосфера реанимационного отделения [5,6,11,13]. В связи с этим в западной литературе даже используется понятие «реанимационного психоза», а в американских отделениях реанимации и интенсивной терапии внедрен комплекс профилактических мероприятий по снижению воздействия психотравмирующих факторов [12,14,15]. Все это говорит о том, что психозы при ОИМ представляют собой патогенетически неоднородную и сложную группу патологических состояний, формирующихся при тесном переплетении соматогенного и психогенного механизмов.

Клиническая картина ОП при ОИМ включает в себя разной степени выраженности расстройства сознания, аффективно-бредовую симптоматику, слуховые и зрительные галлюцинации, психомоторное возбуждение. Вполне очевидно, что появление в отделении интенсивной терапии даже одного пациента с подобной симптоматикой существенно затрудняет работу всего отделения, увеличивает период пребывания пациента в отделении интенсивной терапии и госпитальный период лечения в целом [2,3,8,9].

Следует подчеркнуть, что, несмотря на несомненную клиническую актуальность психотических нарушений при ОИМ, их изучению уделено незаслуженно мало внимания. Большинство отечественных исследований, посвященных психозам при ОИМ, относятся к 70-80-ым годам прошлого века и проводились на небольшой выборке больных [2,8], что, несомненно, ограничивало возможности авторов и снижало достоверность их выводов. Исключение составляет исследование, в котором приведены данные о 64 случаях ОП при ОИМ [9].

Таким образом, представляется актуальным изучение частоты распространения и особенностей течения ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ по данным крупного специализированного кардиологического центра, что и явилось целью настоящей работы.

Материал и методы

Материалом для исследования служили истории болезни 12048 пациентов с ОИМ, которые лечились в отделении реанимации и интенсивной терапии Екатеринбургского Клинического Центра «Кардиология» (ЕКЦК) в 1995-2004 гг. Указанные истории болезни были получены из электронного архива историй болезни ЕКЦК, который существует в Центре с 1994г. При изучении особенностей ОП у больных ОИМ учитывались истории болезней пациентов, проходивших лечение в ЕКЦК в период 1999-2004 гг. (n=7660), т.к. на основании существовавшей до 1999г шифровки ОИМ нельзя судить о важных характеристиках ОИМ: первичный или повторный ИМ, распространенность поражения миокарда.

Группу формировали в два этапа. На первом этапе в качестве критерия отбора был принят диагноз «острый психоз» в разделе «осложнение основного заболевания». На основании этого удалось выбрать 388 историй болезни. На втором этапе определили те истории болезни, в которых в разделе «Назначения» есть упоминание об использовании препаратов нейролептического ряда: галоперидола, аминазина, тизерцина, применяющихся в ЕКЦК для лечения психических нарушений психотического уровня. В результате была отобрана еще 341 история болезни. В 157 из них ОП был вынесен в окончательный диагноз, и они вошли в ранее выделенные 388 случая. Остальные 231 истории болезни были подробно изучены, и из них выбраны 85 историй, в которых есть описание клиники ОП медицинским персоналом реанимации, а также присутствует заключение психиатра, но при этом ОП не был вынесен в окончательный диагноз. Таким образом, была сформирована группа из 473 пациентов, у которых ОП развился в реанимационном периоде лечения ОИМ.

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

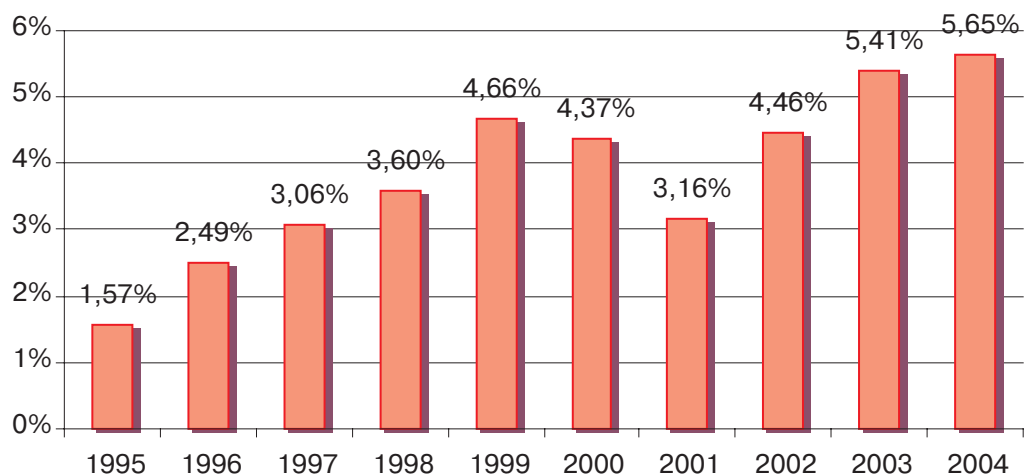


Рис. 1 Частота развития ОП у пациентов с ОИМ в реанимационном отделении ЕКЦК в 1995-2004 гг.

Результаты и обсуждение

Частота ОП. Проанализировав электронные версии 12048 историй болезни пациентов, лечившихся в отделении реанимации ЕКЦК с диагнозом ОИМ, определили, что у 473 из них на реанимационном этапе лечения развился ОП (3,93%). Была прослежена динамика частоты возникновения ОП у больных ОИМ в отделении реанимации ЕКЦК за период 1995-2004 гг. (рисунок 1).

Частота развития ОП изменилась в диапазоне 1,57% в 1995г до 5,65% в 2004 г. С 1995г наблюдали последовательный рост частоты возникновения ОП на 0,5-0,9% ежегодно; в 1999г она достигла максимального (4,66%) значения. После этого в течение 2000 г. и 2001 г. идет постепенное снижение показателя частоты ОП до 3,16%. В период с 2002 г. по 2004 г. вновь отмечается рост частоты развития ОП у пациентов отделения реанимации ЕКЦК. Наибольшая частота (5,65%) возникновения ОП зарегистрирована в 2004 г.

Таким образом, частота распространения ОП у больных ОИМ, полученная в результате исследования, соответствуют тем 3-8%, о которых сообщают большинство отечественных авторов [5,8,9]. Для сравнения, по данным американских исследователей ОП («делирий») встречается у 15-20% пациентов отделений кардиологической реанимации [15-17]. Такие значительные цифры, с одной стороны, объясняются кардиохирургическим профилем тех реанимационных отделений, где проводилось исследование, а с другой — разработанной и внедренной в США высокочувствительной системой диагностики психических нарушений в отделении реанимации.

Безусловный интерес представляет обнаруженный в настоящем исследовании рост частоты ОП в реанимации ЕКЦК в течение последних нескольких лет. Предварительный анализ случаев ОП в ЕКЦК в 2005г позволяет предположить частоту развития ОП, равную 6,1-6,3%, что также свидетельствует о данной тенденции.

Возрастной и половой состав. В группу с диагнозом ОП включены 473 пациентов, 258 мужчин и 215 женщин, в возрасте 34-95 лет (средний возраст — $73 \pm 1,5$), что превышает средний возраст в общей группе больных ОИМ ($64 \pm 0,4$ года). Значительное большинство (89%) пациентов с ОП составили лица > 60 лет.

На рисунке 2 отражена частота развития ОП в разных возрастных категориях. Частота ОП изменяется в диапазоне 1,19% в возрасте < 50 лет до 11,73% в возрасте > 80 лет. По сравнению с пациентами < 60 лет, частота ОП среди пациентов 70-80 лет и > 80 возрастает в 5 и 10 раз соответственно. По графику можно проследить рост распространенности ОП у больных ОИМ с возрастом, что соответствует статистическим данным из материалов как отечественных, так и западных исследователей, и позволяет рассматривать возрастной фактор, как один из основных факторов риска (ФР) развития ОП на реанимационном этапе лечения ОИМ.

Интересные результаты были получены при изучении частоты возникновения ОП у мужчин и женщин в разных возрастных группах (рисунок 3). Показатель частоты развития ОП у мужчин изменяется в пределах 2,3-5,7%, постепенно повышаясь при переходе к старшей возрастной группе. Диапазон изме-

нений этого показателя среди женщин в разном возрасте значительно шире. Если у женщин < 70 лет распространенность ОП колеблется в пределах 0,6-1,7%, то в возрасте 70-80 лет резко возрастает до 8,1%, а в возрастной категории > 80 лет ОП диагностируется у 23,4% женщин в реанимационном периоде лечения ОИМ. Сравнивая две кривые частоты развития ОП у мужчин и женщин, можно говорить, что в возрасте ~ 70 лет имеет место своеобразный «перекрест»: до этого у мужчин ОП наблюдаются в 3-4 раза чаще; потом имеет место обратная тенденция и уже в 3-4 раза чаще ОП отмечается у женщин. В обоих случаях различия статистически достоверны при уровне значимости $p \leq 0,01$. Исходя из этого, ФР развития ОП у пациентов с ОИМ в реанимационном периоде лечения, являются возраст, принадлежность к женскому полу в возрастной группе > 70 лет. Эти результаты отличаются от представленных в работе, в которой автор сообщает об отсутствии статистически достоверных отличий в частоте развития ОП у мужчин и женщин [9].

Характеристики ОИМ у пациентов с ОП. Для оценки связи тяжести ОИМ с развитием ОП в реанимационном периоде лечения, все пациенты с ОИМ были разделены на 2 группы. В I группу включены пациенты с первичным ОИМ ($n=5055$), во II — с повторным ОИМ ($n=2605$). ОП при первичном ОИМ развились в 226 (4,5%) случаях, при повторном ОИМ — в 124 (4,8%) случаях. Различия в частоте распространения ОП в этих группах оказались статистически недостоверными ($p > 0,05$).

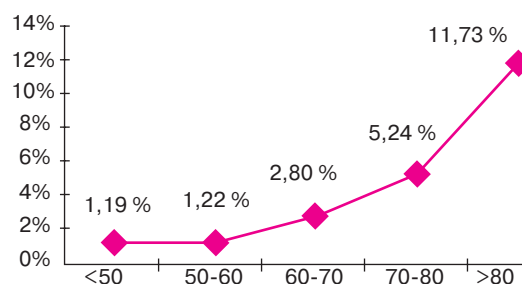


Рис. 2 Частота развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ в разных возрастных категориях.

В зависимости от распространенности поражения миокарда — Q-ОИМ и не Q-ОИМ, пациенты были разделены на 2 группы. У пациентов с Q-ОИМ ($n=5974$) ОП развился в 308 случаях (5,2%), а у пациентов с неQ-ОИМ ($n=1686$) ОП отмечен у 42 больных (2,5%). Эти различия в частоте распространения ОП в группах с Q-ОИМ и неQ-ОИМ статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Распространенность поражения миокарда оказалась статистически значимым фактором, повышающим риск развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ. При этом существующее в отечественной литературе представление о том, что повторный ОИМ является более неблагоприятным в плане развития ОП не нашел подтверждения в настоящей работе.

Учитывая полученные результаты о влиянии распространенности поражения миокарда на развитие ОП при ОИМ, были проанализированы показатели частоты Q-ОИМ в ЕКЦК за период 1999-2004 гг. Для проверки предложенной статистической гипотезы, рассчитали коэффициент корреляции Пирсона между этими

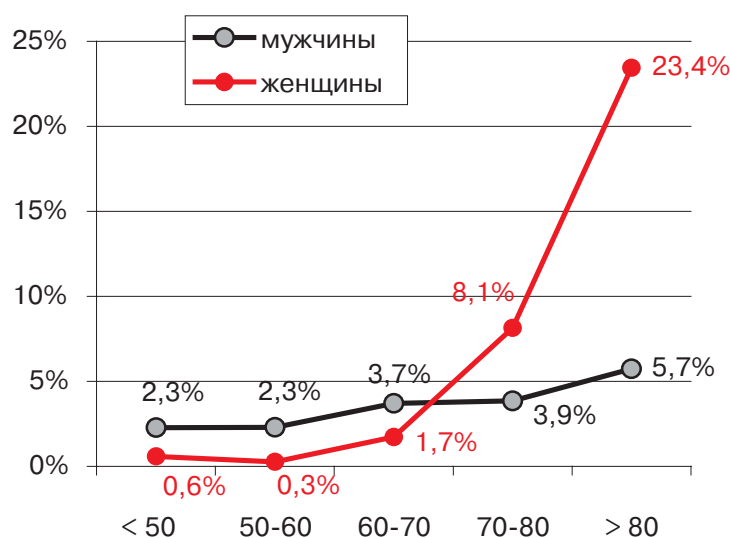


Рис. 3 Частота развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ у мужчин и женщин в разных возрастных категориях.

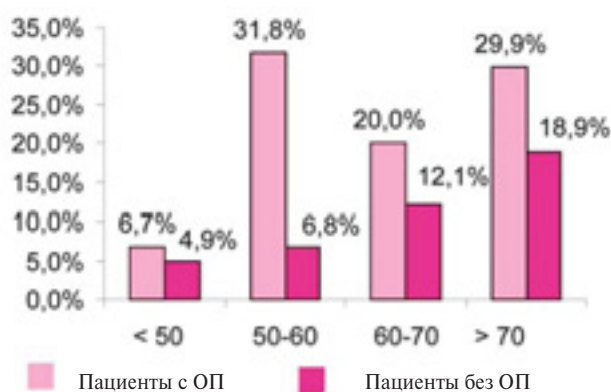


Рис. 4 Летальность пациентов с ОП и без ОП в разных возрастных категориях больных ОИМ.

показателями. Между частотой развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ и частотой возникновения Q-ОИМ была обнаружена прямая корреляционная связь ($p \leq 0,01$).

Показатели летальности у пациентов с ОП.

При анализе уровней летальности среди пациентов реанимационного отделения ЕКЦК с ОИМ за 10 лет выявлено, что летальность в группе больных ОИМ, у которых в реанимационном периоде лечения развился ОП, была значительно выше (26%), чем в общей группе — 13,8% ($p \leq 0,05$).

Учитывая, что средний возраст в группе больных ОИМ с ОП значительно выше ($73 \pm 1,5$ года) по сравнению с общей группой ($64 \pm 0,4$ года), были изучены показатели летальности в 4 возрастных категориях: < 50 лет, 50-60 лет, 60-70 лет и > 70 лет. Полученные результаты представлены на рисунке 4. Во всех возрастных категориях отмечается более высокая летальность больных ОИМ, у которых развился ОП. У больных в возрасте < 50 лет отличия в показателе летальности оказались статистически незначимы ($p > 0,05$), а в остальных трех возрастных подгруппах отличия статистически достоверны

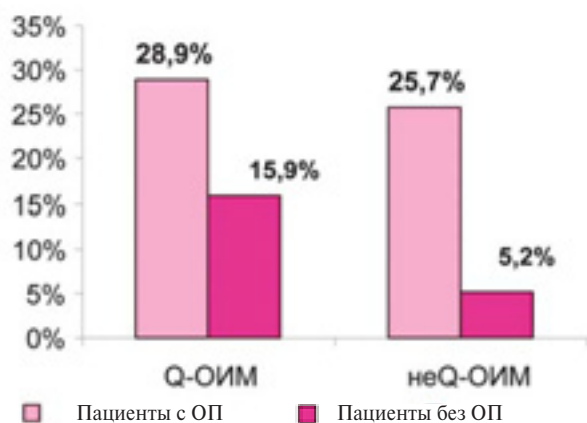


Рис. 5 Летальность у пациентов с ОП при Q-ОИМ и неQ-ОИМ.

($p \leq 0,05$). Особое значение имеет показатель летальности у пациентов с ОП 50-60 лет, который был в 4,5 раза выше, чем в общей группе.

У пациентов с ОП также выявлено более распространенное поражение миокарда при ОИМ. В представленных на рисунке 5 результатах видно, что летальность больных Q-ОИМ, у которых в реанимационном периоде лечения развился ОП, в 2 раза выше, чем у пациентов без ОП ($p \leq 0,05$); в подгруппе пациентов с неQ-ОИМ ~ в 5 раз ($p \leq 0,01$).

Заключение

Впервые выполнено исследование частоты развития ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ в динамике за 10 лет по данным одного из крупнейших в России кардиологических центров, не имеющее аналогов по количеству материала и достоверности выявленных различий, а так же корреляционных связей.

Результаты исследования свидетельствуют о важности данной проблемы для современной кардиологической практики и требуют разработки системы своевременной диагностики, профилактики и лечения ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ.

Выводы

— ОП является частым осложнением ОИМ в реанимационном периоде лечения и встречается в среднем в 3,93% случаев; в течение 10 лет зарегистрирован рост частоты ОП с 1,57% до 5,65%;

— ОП значительно чаще возникает у пациентов с ОИМ > 60 лет; среди больных ОИМ в возрасте < 70 лет частота развития ОП в реанимационном периоде лечения в 3-4 раза выше у мужчин, а у лиц > 70 лет имеет место обратная закономерность — ОП развивается в 3-4 раза чаще у женщин;

— распространенность поражения миокарда служит существенным фактором, определяющим развитие ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ, что подтверждается статистически достоверными корреляционными связями между изменениями в распространенности ОП и частотой Q-ОИМ в течение 10 лет;

Существует статистически достоверная прямая связь между развитием ОП в реанимационном периоде лечения ОИМ и летальностью у этой группы больных вне зависимости от их возраста и распространенности ОИМ.

Литература

1. Зайцев В.П., Беякова Н.А. Изменения психики в связи с особенностями сердечно-болевого синдрома у больных, перенесших инфаркт миокарда. Кардиология 1982; 1: 53-7.
2. Кузнецов Ю.А. Клиника и лечение психических расстройств в остром периоде инфаркта миокарда. Клин мед 1982; 5: 75-7.
3. Любовская М.Л., Волков Г.Д. О психогенных расстройствах психики у больных, перенесших инфаркт миокарда. В кн.: Вопросы невропатологии и психиатрии. Новокузнецк 1970; 138-42.
4. Смуглевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). В: Смуглевич А.Б., Сыркина А.Л. (ред.) Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Москва 1994; 12-9.
5. Смуглевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). Ж неврол психиатр им С.С.Корсакова 1997; 2: 4-9.
6. Сапранова Г.А. Характер психопатологических нарушений при ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда. В: Ишемическая болезнь сердца. Горький 1984; 42-8.
7. Станкевич Е.С., Столяров П.И. О клинической картине психических нарушений при инфаркте миокарда. В: Вопросы эпидемиологии. Роль соматогенных и личностных факторов в этиопатогенезе нервно-психических заболеваний. Уфа 1972; 136-7.
8. Трубников Г.В., Зорина З.Н. Острые психозы при инфаркте миокарда. Кардиология 1973; 9: 76-81.
9. Урсова Г.А. Психопатология при инфаркте миокарда. Автореф дисс докт мед наук. Москва 1973.
10. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В. и др. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме. РКЖ 2005; 2: 21-6.
11. Цивилько М.А., Коркина М.В., Моисеев В.С. и др. Условия формирования психических нарушений при инфаркте миокарда. Ж неврол психиатр им С.С.Корсакова 1991; 5: 52-5.
12. Angus DC, Kelly MA, Schmitz, RJ, et al. Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: can we meet the requirements of an aging population? JAMA 200; 284: 2762-70.
13. Bergeron N, Skrobik Y, Dubois MJ. Delirium in critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med 2002; 6: 181-2.
14. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, et al. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. Intensive Care Med 2001; 27: 1297-304.
15. Ely EW, Shintani A, Bernard G, et al. Delirium in tise ICU is associated with prolonged length of stay in the hospital and higher mortality [abstract]. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: A23.
16. Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Intensive care syndrome: a literature review. Intensive Crit Care Nurs 1996; 12: 173-82.
17. Justic M. Does «ICU psychosis» really exist? Crit Care Nurse 2000; 20: 28-37.

Поступила 12/12-2005