

УДК 616.89-07-039.11

**КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ICDSC, КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ  
ДЕЛИРИОЗНЫХ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ  
ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

*Мамонов В. А., Козлова К. А., Сурвило К. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Коньков**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Делириозное нарушение сознания встречается у 60–80 % реанимационных пациентов и у 20–40 % пациентов отделений других профилей [1]. Делирий также приводит к стойким когнитивным нарушениям и снижению качества жизни пациента [2]. Очень важно то, что развитие делирия захватывает экономическую сторону лечения таких пациентов, так как это значительно увеличивает продолжительность нахождения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), а, следовательно, и стоимость лечения.

***Цель***

Изучить диагностические методики, используемые в реаниматологической практике у пациентов с делирием.

***Материал и методы исследования***

Анализ 63 историй болезни пациентов с делирием ОРИТ учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) в период времени с сентября 2018 по сентябрь 2019 гг., из которых  $n = 13$  (20,6 %) имели генез F10.20 (обусловленный злоупотреблением алкоголя),  $n = 10$  (15,9 %) имели острый панкреатит на фоне злоупотребления алкоголя и без него,  $n = 3$  (4,8 %) — признаки сердечной патологии,  $n = 9$  (14,3 %) — септические осложнения,  $n = 9$  (14,3 %) — хроническую печеночно-почечную недостаточность в стадии декомпенсации,  $n = 8$  (12,7 %) — неврологические проявления,  $n = 11$  (17,4 %) — декомпенсацию функции внешнего дыхания; теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Для достоверного диагноза достаточно наличия следующих симптомов: нарушение сознания и внимания; глобальное расстройство познания; психомоторные расстройства; расстройство ритма сон-бодрствование; аффективные расстройства.

На практике диагностировать делирий у реанимационных пациентов на основе критериев МКБ-10 по различным причинам оказалось затруднительно. Так, оценить у интубированного пациента изменения сознания и нарушения когниции практически сложно. Ввиду этого, были созданы методы диагностики делирия, которые могут быть эффективно использованы реаниматологами. В реаниматологии делирий представляет собой остро возникающий клинический синдром, проявляющийся изменением сознания в сочетании со снижением внимания или дезорганизацией мышления [4]. Данное определение отражает пять аспектов, позволяющих отличить его от других состояний, протекающих с нарушением сознания и когнитивных функций:

1. Делирий является преимущественно клиническим синдромом.
2. Делирий развивается остро — от нескольких часов до нескольких суток [5] — и всегда связан с воздействием какого-либо стрессового фактора.
3. Делирий всегда проявляется изменением сознания. При этом уровень сознания должен быть выше сопора, и пациент не должен быть глубоко седирован. Для этого используют шкалу RASS. Пациент должен иметь оценку по RASS от +4 до –3. При RASS –4/–5 у пациента нельзя с достоверностью диагностировать делирий.

4. Снижение внимания. В случае отсутствия снижения внимания нет оснований утверждать, что данное состояние является делирием.

5. Выявление дезорганизации мышления или измененного уровня сознания. Пациент отвечает неправильно на 2 из 4 простых вопроса. Если вопросы для пациента сложные, то его просят показать 2 пальца правой руки, а затем на 2 пальца больше на другой руке.

При исследовании пациента по вышеописанным 5 признакам был создан специальный контрольный лист — ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) для диагностики делирия у пациентов ОИТиР.

Таблица 1 — ICDSC: контрольный лист диагностики делирия в ОИТиР.[1]

1 этап — исключение коматозного состояния. При коме делирий не диагностируется.		
2 этап		
Изменение сознания	Есть — 1, нет — 0.	Сумма баллов > 4 — ДЕЛИРИЙ
Внимание	Снижение — 1, концентрация — 0	
Дезориентация	Есть — 1, нет — 0	
Галлюцинации, психоз	Есть — 1, нет — 0	
Психомоторная ажитация или торможение	Есть — 1, нет — 0	
Неадекватная речь или поведение	Есть — 1, нет — 0	
Нарушение цикла сон/бодрствование	Есть — 1, нет — 0	
Неустойчивый, меняющийся в течение суток, уровень сознания	Есть — 1, нет — 0	

Использование специального контрольного листа ICDSC в данной группе пациентов показало свою валидность, чувствительность и специфичность при использовании у пациентов ОРИТ ( $r = 0,43$ ) что совпадает с данными зарубежных литературных источников, поэтому его можно использовать для рутинной диагностики делирия у пациентов ОРИТ.

#### Выводы

Внедрение ICDSC в рутинную клиническую практику повысит диагностику делирия у пациентов отделения реанимации, позволит реаниматологам правильно диагностировать делирий, а также проводить терапию данного состояния без участия психиатров. Предупреждение развития у пациента делирия уменьшит время его пребывания в ОРИТ, что имеет экономическую эффективность, а также не скажется на качестве жизни пациента после выписки из стационара.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Делирий в реаниматологической практике / К. А. Попугаев [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2012. — № 4. — С. 19–28.
2. Rockwood K. S. Societal costs of vascular cognitive impairment in older adults / K. S. Rockwood // Stroke. — 2002. — P. 1605–1609.
3. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней. 10 пересмотр. — М.: Медицина, 2003.
4. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAMICU) / E. W. Ely et al. // J.A.M.A. — 2001. — Vol. 286. — P. 2703–2710.
5. Pandharipande, P. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill / P. Pandharipande, J. Jackson, E. W. Ely // Curr. Opin. Crit. Care. — 2005. — Vol. 11. — P. 360–368.

УДК 616-001-039.74-06:616.24-008.4

### ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

Мамонов В. А., Козлова К. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Коньков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### Введение

Проблема интенсивной терапии политравмы, остается весьма актуальной, по причине увеличения частоты встречаемости данного вида травмы, и до сих пор до конца