

Komentarz

dr hab. n. med. Ireneusz Haponiuk^{1,2}, dr n. med. Katarzyna Gierat-Haponiuk^{2,3}

¹Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej Szpitala im. św. Wojciecha w Gdańsku – Zaspie

²Katedra Fizjoterapii Wydziału Rehabilitacji i Kinezylogii Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

³Klinika Rehabilitacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Celem prezentowanej pracy było wstępne przedstawienie doświadczeń w diagnostyce, profilaktyce i leczeniu majaczenia po operacjach serca – jednego z najczęstszych zaburzeń o charakterze poznawczym, stwierdzanego u pacjentów kardiochirurgicznych we wczesnym okresie pooperacyjnym [1]. Autorzy przedstawili zarówno własne obserwacje i doświadczenia z codziennej praktyki klinicznej, jak i aktualną wiedzę o problemie przemijających zaburzeń świadomości występujących u chorych na oddziałach kardiochirurgii, z uwzględnieniem aktualnych zasad oceny klinicznej i leczenia pacjentów [2]. Należy podkreślić, że pacjent z nasilonymi objawami zaburzeń orientacji, świadomości i, szczególnie, pobudzenia psychoruchowego wymaga dodatkowej opieki w celu zabezpieczenia przed potencjalnymi zagrożeniami w okresie stanu majaczenia oraz potwierdzonych w publikacjach dalszych konsekwencji i potencjalnych powikłań. Autorzy rozpoczęli analizę tego ważnego praktycznie, aczkolwiek stosunkowo mało popularnego w badaniach naukowych, zagadnienia, co może przynieść dodatkową wartość w postaci przygotowania nowych, użytecznych przy łóżku chorego schematów postępowania.

Stan majaczenia w okresie pooperacyjnym jest niewątpliwie związany z przebytą operacją, zastosowaną techniką operacyjną i trybem przeprowadzenia operacji [3]. Do pooperacyjnych zaburzeń świadomości predysponują też podane przez Autorów czynniki ryzyka wynikające z ogólnego stanu zdrowia, zwiększające także ryzyko wystąpienia innych komplikacji, definiowanych w skalach oceny ryzyka powikłań w kardiochirurgii [4]. Zdecydowanie warto podkreślić potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na chorych z grup ryzyka ze względu na powszechne obecnie trendy demograficzne sprawiające, że wiek operowanych kardiochirurgicznie chorych zdecydowanie się przesuwa ku 7.–8. dekadzie życia. Pooperacyjne zaburzenia psychiczne u pacjentów z grup podwyższonego ryzyka, w tym także u starszych chorych, mogą prowadzić do ciężkich powikłań miejscowych (nieprawidłowe gojenie ran, niestabilność mostka, urazy) oraz ogólnych, takich jak infekcje, niewydolność nerek, niewydolność oddechowa i niewydolność serca [5]. W efekcie wydłuża się czas hospitalizacji i zwiększa się śmiertelność, co obniża efektywność leczenia kardiochirurgicznego.

Do leczenia majaczenia Autorzy stosowali tradycyjne leki przeciwpsychotyczne (haloperidol) oraz preparaty nowszej generacji (kwetiapina, risperidon, deksmedetomidyna), co często wymaga wsparcia dodatkowymi działaniami w formie fizycznego unieruchomienia pacjenta. W przedstawionym schemacie należy zwrócić uwagę na ocenę czynników ryzyka wystąpienia majaczenia oraz regularną, przeprowadzaną w odstępach 2-godzinnych, ocenę pacjenta w okresie pooperacyjnym, co pozwala na wczesną identyfikację objawów i wdrożenie leczenia. Szczególnie istotna wydaje się wczesna profilaktyka u pacjentów obciążonych 3–5 czynnikami ryzyka, otrzymujących doustnie haloperidol od 6. godziny po zabiegu, oraz podawanie dożylnego wlewu preparatu Dexdor bezpośrednio (30 min) przed odłączeniem od respiratora u chorych cechujących się potencjalnie wyższym ryzykiem [1]. Na potrzeby codziennej praktyki klinicznej Autorzy opracowali własne, czytelne zestawienie obciążeń chorobowych, które najczęściej – w ich obserwacjach – prowadzą do majaczenia pooperacyjnego, oraz wewnętrzne, własne, protokoły postępowania profilaktycznego.

Wieloośrodkowej ocenie śródoperacyjnego stosowania ketaminy poświęcono najnowszy raport w miesięczniku „Lancet” – na podstawie przeprowadzonych międzynarodowych, wieloośrodkowych, przeprowadzonych metodą podwójnie ślepej próby, trwających ponad 2 lata badań nie stwierdzono skuteczności terapii kataminą podawaną śródoperacyjnie w grupie 450 pacjentów powyżej 60. roku życia w ramach profilaktyki majaczenia w okresie pooperacyjnym [6]. Nadal zatem sprawa uniwersalnego schematu farmakoterapii w prewencji majaczenia pooperacyjnego i problem leczenia pooperacyjnych zaburzeń świadomości pozostają do rozwiązania. Należy też pamiętać o konieczności okołoperacyjnego wsparcia pacjentów metodami fizjoterapii i fizykoterapii pooperacyjnej, szczególnie utrudnionej u chorych pobudzonych, wymagających unieruchomienia [7].

W przedstawionej pracy Autorzy podali wstępną ocenę stosowanego własnego schematu postępowania. Na jej podstawie – opierając się na wstępnych analizach – uzyskali 3-krotne zmniejszenie częstości incydentów majaczenia wczesnego. Zdecydowanie ostateczne wnioski w tej kwestii wymagają pogłębionej analizy statystycznej z oceną skuteczności terapii zależnie od przedoperacyjnych obciążeń i czynników ryzyka. Przedstawiony materiał, zgodnie z intencją Autorów, należy traktować jako wstępny raport i początek interesującego procesu badawczego [1]. Jako klinicyści wielokrotnie stajemy przed wyzwaniem związanym z koniecznością opanowania nagłych zaburzeń psychicznych u dorosłych chorych, szczególnie w starszym wieku. Dlatego pragniemy gorąco pogratulować Autorom dobrej pracy z rzetelnym przedstawieniem aktualnej wiedzy na podstawie danych literaturowych oraz zachęcić do dalszych analiz i publikacji oczekiwanych, potrzebnych wniosków dotyczących populacji polskiej. Mamy zaszczyt i przyjemność publikować tę pracę na łamach „Folia Cardiologica”.

Piśmiennictwo

1. Karasek D, Sinkiewicz W. Diagnostyka, profilaktyka i leczenie majaczenia po operacjach kardiologicznych – doświadczenia własne. *Folia Cardiol.* 2017; 12(3), doi: [10.5603/FC.2017.0061](https://doi.org/10.5603/FC.2017.0061).
2. Krzych Ł, Święch W, Bialek K, et al. Majaczenie u chorych kardiologicznych – problem wielodyscyplinarny. *Kardiologia Pol.* 2011; 69(5): 479–481.
3. Świerzy KA, Pudło R, Wesołowski B, et al. The Polish language version of the Confusion Assessment Method – a questionnaire for the screening of consciousness disorders. *Kardiologia i Torakochirurgia Pol.* 2016; 13(2): 178–184, doi: [10.5114/kitp.2016.61060](https://doi.org/10.5114/kitp.2016.61060), indexed in Pubmed: [27516799](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27516799/).
4. Miśkowiec D, Walczak A, Ostrowski S, et al. Isolated coronary artery bypass grafting in extracorporeal circulation in patients over 65 years old – does age still matter? *Kardiologia i Torakochirurgia Pol.* 2014; 11(2): 191–199, doi: [10.5114/kitp.2014.43849](https://doi.org/10.5114/kitp.2014.43849), indexed in Pubmed: [26336419](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26336419/).
5. Rymaszevska J. Zaburzenia świadomości – problem lekarza na dyżurze. *Psychiatria Praktyczna i Kliniczna.* 2008; 1(1): 22–29.
6. Avidan GP, Aquino KG, Arya VK. Intraoperative ketamine for prevention of postoperative delirium or pain after major surgery in adults: an international, multicentre, double-blind, randomised clinical trial. *Lancet.* 2017 May 30. pii: S0140-6736(17)31467-8, doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)31467-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31467-8), indexed in Pubmed: [28576285](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28576285/).
7. Ogawa M, Izawa KP, Satomi-Kobayashi S, et al. Preoperative exercise capacity is associated with the prevalence of postoperative delirium in elective cardiac surgery. *Aging Clin Exp Res.* 2017 [Epub ahead of print], doi: [10.1007/s40520-017-0736-5](https://doi.org/10.1007/s40520-017-0736-5), indexed in Pubmed: [28243862](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28243862/).