

Apgrintų disertacinių darbų santraukos

Delyro įtaka pagyvenusių žmonių išgyvenamumui (Medicinos daktaro disertacija, apginta Vilniuje 2007 11 15)

A. Deksnytė

Įvadas

Delyras yra vienas iš nedaugelio psichikos sutrikimų, peržengiančių psichiatrijos ribas ir daug dažniau pasitaikančių somatinėje nei psichiatrinėje praktikoje. Dėl šių priežasčių delyras dažnai neatpažįstamas, o jei ir atpažįstamas, tai nepakankamai įvertinamas gydytojų ne psichiatrų. O juk paskutiniųjų metų tyrinėjimai rodo, kad delyras mažiausiai dvigubai padidina vyresnio amžiaus hospitalizuotų somatinių pacientų riziką numirti. Daugiausia žmonių miršta būtent dėl to, kad delyras nebuvo atpažintas ir gydytas. Net ir išgyvenusių, ypač vyresnio amžiaus, žmonių delyras yra susijęs su ilgesne hospitalizacija, padidėjusia demencijos rizika ir padidėjusiu mirtingumu po hospitalizacijos.

Nors psichiatrijos stacionare delyras pasitaiko rečiau nei somatinėje ligoninėje, tačiau psichiatrijos įstaigoje gydomi ligoniai su sunkesniu delyru, kurio nepavyko pagydyti somatinėje ligoninėje ar namuose. Būtent šios populiacijos delyro fenomenologija yra nagrinėta mažai, o perspektyvinių delyro įtakos išgyvenamumui studijų apskritai nėra buvę.

Darbo tikslas

Įvertinti delyro sunkumą, įvertinti faktorius, turinčius įtakos delyro išsivystymui, įvertinti delyro, jo sunkumo ir biopsichosocialinių faktorių įtaką pagyvenusių, turinčių psichikos sutrikimų, žmonių išgyvenamumui per 1, 1,5 ir 2 metus po išsirašymo iš gydymo įstaigos.

Ginamieji teiginiai.

1. Delyras yra pagyvenusių žmonių artėjančios mirties (mirimo proceso) požymis, nes:

a) dalis asmenų, taip ir nepasveikę nuo jo, miršta hospitalizacijos metu;

b) net ir pasveikę bei išgyvenę po delyro, žmonės miršta greičiau nei nesirgę juo.

2. Mirties laikas priklauso taip pat nuo delyro ypatumų:

a) prognostiškai nepalankesnis yra delyras be demencijos nei delyras, esant demencijai;

b) prognostiškai nepalankesnis yra sunkesnis delyras.

3. Delyro pasireiškimo dažnumas priklauso nuo skirtingų biopsichosocialinių faktorių (amžiaus, lyties, gyvenamosios vietos, šeiminės padėties, išsilavinimo, demencijos, depresijos, kliesių, piktnaudžiavimo alkoholiu, kognityvinių funkcijų ir somatinės būklės lygio) įtakos.

4. Delyro psichopatologijos spektras ir turtingumas priklauso nuo bendro suvokimo ir sąmonės būsenos: jaunesniems, geresnės fizinės būsenos ir geresnių kognityvinių funkcijų pacientams psichoziniai simptomai delyro metu reiškiasi dažniau.

Metodika

Prospektinė kohortinė stebėjimo studija buvo atlikta 30 lovv Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės somatopsichiatrijos skyriuje. Studijoje dalyvavo abiejų lyčių 65-erių metų amžiaus ir vyresni pacientai, pirmą kartą hospitalizuoti nuo 2003 10 01 iki 2005 04 18. 103 pacientai pateko į delyro grupę, 45 pacientams nebuvo delyro, tačiau jie turėjo kitų (be sąmonės sutrikimo) psichikos sutrikimų, 12 pacientų sudarė abejotino delyro grupę.

Somatinei būklei įvertinti buvo naudotas Charlson'o komorbidiškumo indeksas (toliau – Charlson'o CI), ūmios fiziologijos subskalė (toliau – ŪF subskalė), paimta iš APACHE II. Delyro diagnozės buvo nustatytos remiantis DSM-IV klasifikacijos moksliniu variantu. Kitos, lydinčių psichikos sutrikimų diagnozės fiksuotos, remiantis TLK-10 klasifikacijos moksliniu variantu. Pažintinių funkcijų lygiui nustatyti buvo naudojamas Mini protinės

būklės testas (angl. *Mini Mental State Exam*, MMSE). Delyro fenomenologijos tyrimui ir jo sunkumo įvertinimui buvo naudojama Delyro įvertinimo skalė, revizuota 1998 metais (angl. *Delirium Rating Scale-Revised-1998*, DRS-R-98).

Duomenys buvo analizuojami naudojantis statistinių programų paketu SPSS-11. Išgyvenamumas nustatytas taikant Cox'o vienamatę ir daugiamatę regresinę analizę.

Darbo rezultatai

Delyro ir demencijos grupėse 100% paplitimą turėjo tik dėmesio bei trumpalaikės atminties sutrikimai. Santykinai dažnai delyro ir demencijos grupėse pasitaikė orientacijos, kalbos, mąstymo bei afekto sutrikimų. Kliesdinė simptomatika registruota tik 22,3% tirtųjų ir ypač ji reta buvo tarp delyro grupių pacientų, tuo tarpu kai tarp dementiškių ir nedelyrinių pacientų ji pasitaikė dvigubai dažniau. Kliesdinė simptomatika delyro metu daug dažniau reišėsi tiems pacientams, kurie iki susirgdami delyru turėjo kliesdesių. Apskritai psichoziniai simptomai (kliesdesiai ir haliucinacijos) registruoti tik 51,5% tirtų pacientų, ir jų buvimas siejosi su geresne tiriamųjų fizine ir psichine būsenomis. Amžius iki kognityvinių funkcijų kritimo yra atvirkščiai susijęs su trukme nuo kognityvinių funkcijų kritimo iki mirties ($r = -0,293$, $p = 0,007$).

Delyras buvo tirtos populiacijos mirštamumo per 1, 1,5 ir 2 metus po hospitalizacijos prognostinis faktorius – atitinkamai HR 2,44 (95% PI 1,02–5,81), $p = 0,044$; HR 2,28 (95% PI 1,00–5,19), $p = 0,049$; HR 2,03 (95% PI 1,02–4,07), $p = 0,045$. Reikšmingiausias prognostinis mirties po išsirašymo faktorius buvo amžius, kuris nekintamas liko visais atvejais. Charlson'o CI buvo vienintelis faktorius, kuris neprognozavo mirštamumo per metus, tačiau jo vertė sustiprėjo stebėjimo periodui tęsiantis ilgiau nei metus. ŪF subskalė rodė ribinį reikšmingumą stebėjimo pradžioje (iki metų), tačiau po to prarado savo prognostinę vertę. Psichiatriniai faktoriai (depresija, demencija, kliesdesiai, piktnaudžiavimas alkoholiu) prarado savo prognostinę vertę, tačiau stebėta tendencija, kad dep-

resija turėjo teigiamos įtakos tirtos populiacijos išgyvenamumui. Delyro grupės išgyvenamumui delyro sunkumas įtakos neturėjo.

Išvados

1. Delyras gali būti laikomas pagyvenusių žmonių artėjančios mirties (mirimo proceso) požymiu, nes:

a) hospitalizacijos metu mirė 13,6% ($n = 14$) delyro grupės pacientų, o iš kontrolinės grupės niekas nemirė;

b) delyras yra pagyvenusių žmonių mirties per 1, 1,5 ir 2 metus prognostinis faktorius.

2. Mirties laikas nepriklauso nuo delyro ypatumų:

a) demencijos buvimas neturėjo ryškesnės įtakos išgyvenamumui per 1, 1,5 ir 2 metus;

b) išgyvenamumas nepriklausė nuo delyro sunkumo.

3. Delyras dažniau ištiko dementiškuosius, anksčiau piktnaudžiavusius alkoholiu, tačiau jis rečiau ištiko asmenis, anksčiau turėjusius kliesdesių ir sirgusius depresija.

4. Delyro fenomenologijos studijos rezultatai iš dalies patvirtina hipotezę, kad kuo geresnė tiriamojo fizinė būseną ir kognityvinės funkcijos, tuo dažniau pasireiškia psichoziniai simptomai delyro metu – pacientų, turėjusių psichozinių simptomų, fizinės ir psichinės būsenos arba nesišyrė, arba buvo geresnės už pacientų, neturėjusių šių simptomų.

5. Sutrikus kognityvinėms funkcijoms jaunesniems žmonėms, laikotarpis iki mirties buvo ilgesnis nei tais atvejais, kai kognityvinės funkcijos sutrikdavo vyresnio amžiaus žmonėms.

6. Delyro metu nustatyti kliesdesiai dažniau buvo prieš delyrą buvusios psichopatologijos tąsa, bet ne savarankiškas delyro simptomas.

Dr. Aušra Deksnytė

VUL Santariškių klinikų Neurologijos centro

Psichiatrijos skyrius

El. paštas: ausroza@yahoo.com

Magnetinio rezonanso angiografijos ir rekonstrukcinių metodų efektyvumas tiriant intrakranijines aneurizmas

(Medicinos daktaro disertacija, apginta Vilniuje 2007 11 22)

J. Ušinskienė

Disertacija rengta 2002–2007 metais Vilniaus universitete. Mokslinė vadovė – doc. dr. Nomedą Rima Valevičienė (Vilniaus universitetas). Disertacija buvo ginama 2007 m. lapkričio 22 d. Vilniaus universiteto Medicinos mokslo krypties taryboje. Tarybos pirmininkas – prof. habil. dr. Liudvikas Kimtys (Vilniaus universitetas), nariai: doc. dr. Algirdas Edvardas Tamošiūnas (Vilniaus universitetas), prof. dr. (HP) Valmantas Budrys (Vilniaus universitetas), dr. Antanas Vaitkus (Kauno medicinos universitetas), dr. Saulius Lukoševičius (Kauno medicinos universitetas). Oponentai: prof. habil. dr. Egidijus Vytautas Barkauskas (Vilniaus universitetas), prof. dr. (HP) Algirdas Basevičius (Kauno medicinos universitetas).

Tiriamoji problema

Viena naujausių technologijų, kurios informatyvumas, nustatant kraujagyslių patologiją, vis dar tiriamas, yra magnetinio rezonanso angiografija (MRA). Tai tyrimas tarp morfologijos ir funkcijos, kuriuo galima atlikti dinamiškus galvos smegenų kraujagyslių tyrimus. Tiriant intrakranijines aneurizmas, svarbu ne tik jas nustatyti, bet ir tiksliai įvertinti jų maišo bei kaklo dydį, geometrinę formą, lokalizaciją, trombą ar apkalkėjimą bei padėti pagrindinės kraujagyslės atžvilgiu. Visi šie rodikliai gali būti prognostiniais plyšimo faktoriais bei turėti įtakos parenkant aneurizmos gydymo taktiką. Ar MRA gali būti alternatyviu metodu konvencinei angiografijai, metodu, galinčiu suteikti pagalbinės informacijos diagnozuojant ir tiksliai vertinant aneurizmos geometriją? Kokie faktoriai turi įtakos diagnostinio testo veiksmingumui? Kokią svarbą turi rekonstrukcinių metodų pasirinkimas aneurizmoms vizualizuoti? Ar gali MRA ir magnetinio rezonanso tomografija (MRT) tiksliai diagnozuoti trombuotas bei plyšusias aneurizmas? Šie klausimai sudarė tiriamąją problemą.

Darbo tikslas

Nustatyti skirtingų MRT režimų ir tekėjimo laiko (ToF) MRA rekonstrukcijų reikšmę intrakranijinių aneurizmų diagnostikai, įvertinti aneurizmų komplikacijų įtaką diagnostiniam tikslumui ir išanalizuoti tiriamosios grupės smegenų arterijų variantus.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti bendro ToF-MRA metodo tikslumo rodiklius: jautrumą, specifiškumą, tikėtimumo bei šansų santykius pagal aneurizmos diagnozavimą ir lokalizacijos nustatymą.
2. Palyginti pradinių ToF-MRA vaizdų, MRT-T1, MRT-T2, MRT-T2 dark fluid tyrimo režimų tikslumo rodiklius pagal aneurizmos diagnozavimą.
3. Palyginti rekonstrukcinių metodų MPR, MIP, SSD, VR tikslumo rodiklius pagal aneurizmos diagnozavimą.
4. Nustatyti priklausomybę tarp aneurizmos lokalizacijos, jos maišo dydžio, komplikacijų (maišo plyšimo ir trombozės) ir aneurizmos diagnostikos.
5. Nustatyti ryšius tarp aneurizmos diagnozavimo, lokalizacijos ir smegenų arterijų anatominių variantų.
6. Aprašyti MRT ir ToF-MRA galimybes aneurizmos maišo trombozei, liekamajai tėkmei ir plyšimo rizikai nustatyti.

Darbo naujumas ir reikšmė

Darbe analizuojamos nekontrastinės ToF-MRA ir MRT tyrimų galimybės intra-kranijinėms aneurizmoms nustatyti, priešoperacinei jų analizei atlikti. Buvo vertinama ToF-MRA tyrimo bei rekonstrukcinių metodų (*MPR*, *MIP*, *SSD*, *VR*) ir MRT režimų (T1, T2, T2 dark fluid) įtaka intrakranijinės aneurizmos radimui, jos sienelės, maišo trombozės ir ryšio su pagrindine ir perforuojančiomis kraujagyslėmis nustatymui. Buvo analizuojama aneurizmos komplikacijų įtaka lokalizacijai nustatyti. Darbe pateiktos originalios iliustracijos, ištirtų ligonių MRT, MRA vaizdai su komentarais. Išsamiai išnagrinėtos klaidingai diagnozuotų atvejų priežastys, skirtingų rekonstrukcinių metodų trūkumai ir privalumai. Užbaigus tyrimą, nustatyti tiksliausi ToF-MRA rekonstrukciniai metodai diagnozuojant intrakranijines aneurizmas. Parengtos ToF-MRA pri-taikymo rekomendacijos bei du diagnostiniai algoritmai.

Atlikto darbo svarbiausi rezultatai

Išnagrinėjus MRT, ToF-MRA režimus ir rekonstrukcinius metodus, apskaičiavus tikslumo rodiklius, išanalizavus aneurizmos dydžio, lokalizacijos ir komplikacijų įtaką tikslumui, padarytos šios išvados:

1. ToF-MRA yra tikslus tyrimo metodas nustatant 2 mm diametro aneurizmas. Pagal aneurizmos diagnozavimą ToF-MRA jautrumas yra 96,4% (95% PI, 89–99%), specifiškumas 81,3% (95% PI, 57–93%). Pagal aneurizmos lokalizacijos nustatymą – jautrumas 85,7% (95% PI, 74,3–92,6%), specifiškumas – 81,3% (95% PI, 57–93,4%).

2. Pradiniai ToF-MRA vaizdai yra tikslesni diagnozuojant aneurizmas, lyginant su MRT T1, T2 ir T2 dark fluid vaizdais.

3. VR rekonstrukcinis metodas yra tikslesnis už MIP, SSD ir MPR pagal aneurizmos diagnozavimą. VR jautrumas yra 92,9% (95% PI, 83–97%), specifiškumas – 81% (95% PI, 57–93%). Mažų ir vidutinio dydžio aneurizmų maišo geometriniai parametrai (maišo ilgis, plotis), kaklo plotis, tiksliau nustatomi VR, didelių ir gigantinių aneurizmų – MPR metodu ir pradiniais ToF-MRA vaizdais.

4. ToF-MRA metodo tikslumo rodikliai priklauso nuo aneurizmos dydžio, komplikacijų ir lokalizacijos. Mažų aneurizmų grupėje daugiausia klaidingai neigiamų atvejų pasitaiko pagal aneurizmos diagnozavimą. Vidutinio dydžio, didelių bei gigantinių aneurizmų ir trombuotų bei plyšusių aneurizmų grupėse daugiausia klaidingai neigiamų atvejų diagnozuojama pagal tikslios lokalizacijos nustatymą. Daugiausia diagnostinių klaidų pasitaiko nustatant AcomP lokalizacijos aneurizmas. Mažiausia diagnostinių klaidų gauta diagnozuojant ACM lokalizacijos aneurizmas.

5. Ligoniams, kuriems diagnozuotos aneurizmos, statistiškai patikimai dažniau pasitaiko ACA hipoplazija nei ligoniams, kuriems aneurizmos nebuvo diagnozuotos. ACA hipoplazija būdinga ligoniams, turintiems ACI didelės ar gigantines aneurizmas.

6. Aneurizmos trombozę galima nustatyti iš pagrindinių MRT režimų (T1, T2 sekų) ir ToF-MRA nerekonstruotų vaizdų. Liekamoji tėkmė iš dalies trombuotose aneurizmose nustatoma iš T2 sekos ir ToF-MRA pradinių vaizdų. Aneurizmų lokalizacija, maišo plotas, tūris, kaklo plotis, maišo ir kaklo santykis nėra statistiškai patikimi aneurizmos plyšimo rizikos veiksniai. Plyšusioms aneurizmom

yra būdinga nelygi aneurizmos maišo forma bei dukterinės aneurizmos.

Praktinės rekomendacijos

1. Įtariant neplyšusią intrakranijinę aneurizmą (šeimyninė subarachnoidinė hemoragija (SAH) dėl aneurizmos arba aneurizmų anamnezė, specifiniai simptomai) rekomenduojamas pirmo pasirinkimo tyrimas – ToF-MRA.

2. Įtariant plyšusią aneurizmą (intensyvūs, nuo analgetikų nepraeinantys galvos skausmai arba patvirtinta SAH), jei atliekama kompiuterinė tomografija ir diagnozuojama SAH, iš karto reikėtų atlikti ir kompiuterinę angiografiją (KTA). Nesant galimybės atlikti KTA, jei nuo simptomų pradžios praėjo 1–2 d. – pirmo pasirinkimo tyrimas turėtų būti ToF-MRA.

3. Nustačius gigantinę aneurizmą, rekomenduojama kontrastinė ToF-MRA aneurizmos maišo liekamajai tėkmei bei trombui nustatyti.

4. Aneurizmų paieškai rekomenduojamas VR rekonstrukcinis metodas. Šis metodas turėtų būti pirmo pasirinkimo, radus aneurizmą, siekiant įvertinti jos tikslią lokalizaciją, padėtų maitinančios kraujagyslės atžvilgiu ir geometrinius parametrus (maišo ilgį, plotį, tūrį, kaklo diametrą).

5. Nustačius gigantines aneurizmas, pirmo pasirinkimo rekonstrukcinis metodas turėtų būti MPR bei nerekonstruoti vaizdai.

6. Radus netaisyklingų formų aneurizmą, reikėtų atkreipti dėmesį į didesnį plyšimo riziką. Dukterinė aneurizma gali būti vienas iš plyšusios aneurizmos požymių.

7. Dėl pasitaikančių diagnostinių klaidų, neradus aneurizmos arba ją nustačius MRA arba KTA, būtinas patvirtinimas skaitmenine subtraktine angiografija (SSA).

8. Radus aneurizmą ir KTA, ir MRA, SSA tyrimas nėra būtinas, nebent SSA metu būtų atliekama embolizacija arba neurochirurgams reikėtų papildomos informacijos.

Dr. Jurgita Ušinskienė

VUL Santariškių klinikų Tomografinių tyrimų skyrius

Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius

El. paštas: jurgita.usinskiene@santa.lt