

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ DRS-R-98

Шкала оценки тяжести делирия (Delirium Rating Scale-Revised-98, DRS-R-98) содержит два раздела, включающие 16 пунктов оценки, и бланк шкалы. Первый раздел, служащий для оценки тяжести делирия и состоит из 13 пунктов и может использоваться отдельно от второго – диагностического – раздела, содержащего 3 пункта; сумма оценок по обоим разделам представляет собой общую оценку по шкале. Раздел оценки тяжести работает как отдельная шкала и применяется для повторных измерений состояния через короткие промежутки времени в течение всего делириозного эпизода. В самом начале шкала может быть применена целиком в качестве инструмента для дифференциальной диагностики делирия, для этой цели второй раздел содержит сведения о характерных признаках делирия, таких как острое начало и колебания тяжести симптомов. Одновременное применение диагностических критериев из различных диагностических руководств, например, Руководства по Международной Классификации Болезней (МКБ-10) и Руководства по Диагностике и Статистике Психических Расстройств (DSM) повышает дифференциально-диагностическую ценность шкалы, так как основное предназначение DRS-R-98 – это все-таки измерение тяжести симптомов, а не дифференциальная диагностика.

Для каждого оцениваемого критерия выделено несколько степеней тяжести – от нормы до тяжелой. Эти степени оцениваются от 0 до 3 баллов соответственно. В диагностическом разделе оценка варьирует – в некоторых пунктах от 0 до 2, в некоторых – до 3 баллов. Бланк исследования содержит графы для записи оценок в баллах, а также для дополнительных отметок о том или ином качестве симптомов (например, типе галлюцинаций), или о статусе больного во время исследования (например, фиксирован).

Несмотря на то, что шкала предназначена для использования врачами психиатрами, ее могут использовать также врачи других специальностей, медицинские сестры или психологи, если они получили соответствующую клиническую подготовку, касающуюся оценки психиатрической симптоматики у соматических больных. Шкала может быть использована в научных исследованиях или комплексных клинических оценках. Она требует от исследователя наличия достаточного клинического опыта для того, чтобы отличить, например, речевые проблемы от проблем, связанных с процессом мышления или бредовую симптоматику от, например, конфабуляторной. Временами даже специалистам с достаточным клиническим опытом бывает чрезвычайно трудно дифференцировать одно нарушение от другого, и требуется принять во внимание несколько разных клинических проявлений, чтобы оценить статус (например, афазия Вернике или тяжелое нарушение ассоциативных процессов).

В некоторых исследованиях шкала DRS-R-98 может быть использована совместно с Delirium Rating Scale (DRS), так как они существенно отличаются в описаниях симптоматики. Например, DRS может оказаться более полезной для пациентов, выходящих из ступора.

DRS-R-98 оценивает симптомы без учета причин их возникновения. Симптомы могут влиять друг на друга, добавляя баллы к оценке по другим пунктам шкалы (например, дисфазия повлияет на оценку тяжести речевых нарушений). Тем не менее, общая оценка в ряду исследований будет верна, так как вместе с исчезновением причинного симптома, исчезают и дочерние. Включение в проверочные исследования пациентов с умственной отсталостью и явлениями когнитивного дефицита без дополнительных указаний показало, что делирий все еще может быть надежно оценен и у пациентов с подобной патологией.

Для оценки статуса пациента должны использоваться все источники информации – семья, гости, медицинский персонал, врачи, медицинская документация, и так далее. Даже сосед по палате может предоставить важную информацию. Во время расспроса людей, не владеющих врачебной терминологией, перед тем, как принять чужую интерпретацию симптомов, убедитесь, что термины, которые Вы будете употреблять, понятны обеим сторонам.

Для последовательных оценок состояния с использованием шкалы DRS-R-98 могут быть выбраны любые временные промежутки. Вероятно, нет необходимости в клинических оценках с промежутками большими, чем 24 часа, поскольку такие промежутки совпадают с циркадными ритмами и будут отражать их возможные нарушения. Более короткие периоды (например, от 4 до 12 часов) могут быть полезными для оценки эффективности каких-либо вмешательств, производимых с клиническими или исследовательскими целями; хотя для интерпретации оценки, вероятно, потребуется учитывать колеблющийся характер выраженности симптоматики. Выбор периодов менее 2 часов увеличивает риск того, что будут учитываться несущественные колебания симптомов (например, галлюцинаций,

нарушения цикла сон-бодрствование), которые происходят у пациентов в состоянии делирия. При таких обстоятельствах исследователь, возможно, пожелает использовать меньший набор пунктов шкалы для мониторинга состояния пациента, хотя эффективность такого варианта использования шкалы не была подтверждена клинически.

Некоторые пункты оцениваются только на основании обследования и анамнеза, в то время как другие включают также возможность формального тестирования (например, пункты, касающиеся когнитивной сферы или речи). Для врача может быть полезно стандартизировать вопросы и задания, которые он использует в своей практике для оценки состояния пациента. Например, задание назвать месяцы года в обратном порядке – для оценки внимания; нарисовать часы, копировать рисунок или собрать пазл – для оценки способности к зрительно-пространственной ориентации; конкретные предметы для проверки способности их называть. Дополнительное использование Когнитивного Теста на Делирий (Cognitive Test for Delirium, CTD) или некоторых его пунктов имеет то преимущество, что пациент для его выполнения не должен писать или говорить. При оценке долговременной памяти путем беседы с пациентом на темы из области общих знаний, эти темы должны соответствовать образовательному уровню и культуральной принадлежности пациента.

В случае, когда для анализа состояния той или иной функции пациента используются как непосредственная оценка в процессе интервью, так и формальное тестирование, может случиться так, что эти методы дадут противоречивые результаты. В этом случае врач должен будет взвесить относительный вклад каждого из методов в формирование оценки состояния, и вынести решение. Например, при оценке внимания у пациента возникают трудности с обратным перечислением месяцев года, но во время интервью пациент активен и внимателен; или при оценке долговременной памяти пациент прекрасно воспроизводит события отдаленного прошлого из своей жизни, но не может через 15 минут надлежащим образом воспроизвести три слова, использованные в тесте.

Несмотря на наличие текстовых описаний для каждой оценки, в сложных случаях исследователю может потребоваться взвешенное решение о том, как именно он оценит тот или иной пункт. Иногда оптимальным выходом может явиться т.н. «половинная» оценка (например, 2,5 балла), если исследователь затрудняется с выбором. Кроме того, необходимо помнить, что на оценку влияет период исследования. Например, пациент, имеющий периоды относительной гиперактивности и гипоактивности в течение 24-часов, скорее всего, получит оценку «3» как по пункту №7, так и по пункту №8. Состояние того же пациента, оцениваемое через более короткий промежуток времени, включающий, например, период только гиперактивности, получит оценку «3» по пункту №7 и «0» по пункту №8.

В тех случаях, когда по тому или иному пункту оценка вообще не может быть вынесена, исследователь должен отметить это в бланке исследования, а позже решить, что делать с оценкой этого пункта. При использовании шкалы для экспериментальных исследований может потребоваться консультация специалиста по статистике. При клиническом использовании шкалы в большинстве случаев приемлемым является изменение знаменателя (максимального для данного пациента количества баллов), т.е. общей оценки по шкале.