

Клинические рекомендации

**Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами,
у лиц пожилого и старческого возраста (F05)**

Год утверждения: 2019

**Разработчик: Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева МЗ РФ**

Оглавление

Термины и определения.....	5
Раздел 1. Краткая информация по состоянию.....	6
1.1. Определение.....	6
1.2. Этиология и патогенез.....	6
1.3. Эпидемиология.....	7
1.4. Особенности кодирования по МКБ-10.....	8
1.5. Классификация.....	9
1.6. Клиническая картина.....	10
Раздел 2. Диагностика состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	11
2.1. Жалобы и анамнез.....	11
2.2. Физикальное обследование.....	12
2.3. Лабораторная диагностика.....	13
2.4. Инструментальная диагностика.....	13
2.5. Иные диагностические исследования.....	15
Раздел 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	15
3.1. Консервативное лечение.....	15
3.2. Иное лечение.....	16
Раздел 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	19
Раздел 5. Критерии оценки качества медицинской помощи.....	21
Список литературы.....	22
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	24
Приложение А2. Методология разработки рекомендаций.....	24
Целевая аудитория данных клинических рекомендаций.....	24
Таблица П1. Категории доказательности.....	25
Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций.....	25
Порядок обновления клинических рекомендаций.....	26

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	26
Приложение Б. Алгоритм действий врача.....	26
Приложение В. Информация для пациентов.....	27

Список сокращений

МКБ - международная классификация болезней

ЦНС – центральная нервная система

МНО – международное нормализованное отношение

МРТ – магнитно-резонансная томография

КТ – компьютерная томография

ЭЭГ – электроэнцефалография

ДГМС – доплерография магистральных сосудов

АСТ - аспаратаминотрансаминаза

АЛТ - аланинаминотрансаминаза

Термины и определения

Нарушение сознания. Его кардинальные признаки составляют затруднение или отсутствие контакта с больным, дезориентировка разной глубины, элементы бессвязности мышления, последующая амнезия болезненного периода.

Острая психическая спутанность. Выделение термина объясняется тем, что нарушения сознания в пожилом и старческом возрасте отличаются рядом общих клинических особенностей с нивелированием синдромальных различий, свойственных аналогичным психозам у более молодых лиц. Эти отличия включают в себя следующие компоненты:

1. Клиническая картина оказывается малодифференцированной в плане принадлежности к какому-либо одному из хорошо известных расстройств сознания. От картины делирия в данном случае присутствует акцентуированное расстройство ориентировки в окружающем, возможность появления истинных галлюцинаций, прежде всего – зрительных. Симптоматика же аменции находит отражение в относительной малой выраженности психомоторного возбуждения, носящего характер скорее двигательного беспокойства, суеливости и сопровождающегося явлениями растерянности, невозможности охватить ситуацию в целом;
2. Относительно острые проявления данного состояния отличаются кратковременностью и транзиторностью (возникают преимущественно в ночное время). Однако присутствует и тенденция к повторному возникновению данного состояния, в некоторых случаях с упорным его персистированием;
3. В периоде, предшествующем делирию, часто обнаруживаются когнитивные нарушения, в том числе достигающие степени деменции.

«Делирий у пожилых». Термин «острая психическая спутанность» в настоящее время по-прежнему встречается не только в отечественной, но иногда и в зарубежной литературе. Однако в последней, как правило, используется понятие «делирий у пожилых» (“delirium in the elderly”). В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) [1] это понятие соответствует рубрике F05 - делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (подробные разъяснения см. ниже соответствующий раздел).

Раздел 1. Краткая информация

1.1. Определение

В МКБ указано, что делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами, представляет из себя «неспецифический синдром, характеризующийся сочетанным расстройством сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций и ритма сон-бодрствование». Хотя в целом речь идет о расстройствах, встречающихся в разные возрастные периоды, особо отмечается, что чаще они имеют место после 60 лет. Состояние является преходящим и колеблющимся по интенсивности. Обычно выздоровление наступает в течение 4 недель или меньше. Однако протекающий с колебаниями делирий длительностью до 6 месяцев не является редким. Различия, которые иногда делаются между острым и подострым делирием, имеют небольшое клиническое значение и такие состояния должны рассматриваться как единый синдром различной длительности и степени тяжести (от легкой до очень тяжелой). Среди включаемых в данный раздел диагностических формулировок присутствует и состояние спутанности сознания, которое, как было отмечено выше в разделе, посвященном терминологии, по-прежнему широко используется в отечественной психиатрической литературе и практической деятельности.

1.2. Этиология и патогенез

В работах известных психиатров, в частности J. Willi, M. Bleuler [2], было показано более частое возникновение острых психозов в старости по традиционно описываемому механизму экзогенных нарушений. При этом констатировалось, что такой тенденции вполне могут способствовать «накопление» и коморбидность различных соматических болезней, снижение сопротивляемости организма соматическим вредностям, а также наличие той или иной степени органических мозговых изменений, создающих условия повышенной чувствительности к внешним воздействиям. Несомненно также, что возрастные изменения обменных процессов и снижение функции мочевыделительной

системы создаю условия повышенного риска возникновения различных интоксикаций, в том числе медикаментозно обусловленных.

В нейрохимическом патогенезе состояний острой психической спутанности, который все еще остается недостаточно ясным, существенное значение придается холинергической блокаде и активизации допаминовой нейромедиации [3]. Эти патологические изменения, в свою очередь, могут провоцироваться широким набором метаболических или ишемических нарушений [4]. Важное значение в этой связи имеет и снижение гематоэнцефалического барьера, которое делает мозг более чувствительным к влиянию системных изменений [5]. В результате травма, инфекции и хирургические вмешательства, вызывающие увеличение концентрации в крови цитокинов воспалительной направленности, оказывают или непосредственное токсическое действие на нейроны, или, как указано выше, повреждают процессы нейромедиации.

Исходя из патогенетических механизмов развития данного состояния следует отметить, что общий набор причин, способных вызвать ее у пожилого человека, должен отличаться существенным разнообразием, поскольку в силу ослабленности защитных свойств его организма и естественного с возрастом, а тем более связанного с соответствующими болезнями, ухудшения когнитивного функционирования, вероятность реакции в виде спутанности в ответ на многие внешние воздействия возрастает. В то же время в литературе представлен анализ подобных факторов, которые были, с одной стороны, сгруппированы по общности основных механизмов воздействия, а с другой – были разделены на изначально существующие в течение продолжительного времени особенности состояния пациента и непосредственно предшествовавшие по времени возникновению спутанности [6]. Указанные факторы представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Факторы, предрасполагающие и провоцирующие развитие психической спутанности

Предрасполагающие факторы	Провоцирующие факторы
Существенное снижение зрения	Физическая травматизация
Тяжелая соматическая патология	Одновременное назначение более 3 лекарственных препаратов
Ухудшение когнитивного функционирования	Психические травмы или резкие изменения жизненной ситуации
Повышение показателей мочевины и креатинина	Инфекции, интоксикации, острые соматические заболевания

1.3 Эпидемиология

Хотя распространенность делирия в целом по пожилому населению относительно невелика и составляет от 0,4 до 2 %, значительно более высокие показатели выявляются при оценке частоты подобных состояний у госпитализированного в медицинские учреждения контингента лиц позднего возраста [7.8]. Так, по данным тех же авторов, в целом за время госпитализации, делирий переносят до 56% пожилых больных, причем еще чаще это происходит в отделениях интенсивной терапии – до 87%. Соответствующий показатель, установленный при поступлении в общесоматические стационары находится в диапазоне от 11 до 42% .

Следует отметить, что связь делирия у пожилых с когнитивными нарушениями получает отражение в том факте, что при деменциях ее частота достигает 40%, причем с возрастом вероятность развития подобных явлений увеличивается [9]. В частности, на долю лиц старше 70 лет приходится около 55% случаев их развития.

1.4. Особенности кодирования состояния по МКБ

Делирий не на фоне деменции F05.0

Делирий на фоне деменции F05.1

В аспекте пожилого и старческого возраста актуальны также следующие рубрики, отражающие этиологию:

1. F05.01 – делирий вследствие сосудистого заболевания головного мозга;
2. F05.07 - делирий не на фоне деменции в связи с другими заболеваниями; 3.F05.08 - делирий не на фоне деменции в связи со смешанными заболеваниями;
3. F05.09 - делирий не на фоне деменции в связи с неуточненным заболеванием.

Аналогичным образом произведено и этиологическое разграничение рассматриваемого состояния, развившегося уже на фоне деменции.

Кроме того, выделяется рубрика F05.8 – «другой делирий», которая также может применяться в связи с соответствующей патологией в пожилом и старческом возрасте. С одной стороны, это касается случаев, когда причина самого данного состояния (в отличие от предшествовавшего ему длительно протекавшего заболевания, в частности возрастнo-ассоциированного) носит смешанный характер, что, как отмечено в разделе этиологии, у пожилых пациентов составляет достаточно частое явление. С другой – данная рубрика может быть использована при относительно менее остром («подостром») характере

выявляемой симптоматики. И наконец, она относится к ситуациям неясности наличия у больного наличия деменции, что предопределяет разграничение рубрик F05.0 и F05.1 (см. выше). Причем следует отметить, что подобная ситуация вполне вероятна у пожилых пациентов, поскольку состояние спутанности (делирий) часто становится первым поводом обращения за медицинской помощью в связи с церебральными нарушениями. Между тем, для констатации деменции требуется достаточно продолжительный период выявления когнитивных нарушений. В частности, согласно той же МКБ он составляет, как минимум, 6 месяцев. На фоне уже развившейся симптоматики делирия оценка выраженности относительно стойких когнитивных нарушений оказывается затрудненной и во многом некорректной по своей сути.

Для случаев неполного соответствия выявляемого у пациента состояния критериям делирия по МКБ отведена рубрика F05.9.

1.5. Классификация

Клиническая классификация делирия производится, в частности, в зависимости от особенностей нарушений в моторной сфере, т.е. в рисунке поведения. В этой связи в современной литературе общеприняты 3 основных варианта [10].

1. Гиперактивный. Характеризуется явлениями двигательного беспокойства, которое имеет нецеленаправленный, хаотичный оттенок. Подобное поведение создает проблемы близким при пребывании больного в домашних условиях и нередко делает последнее невозможным. Обычно пациент, полагая, что находится на работе, где ему нужно выполнять служебные функции, ли собирается в дорогу, как будто ему предстоит какая-то поездка. При этом он может собирать домашние вещи, в том числе не принадлежащие ему, в одном месте, упаковывать их, пытаться переставлять различные предметы и т.п. В ходе подобных действий возможны и агрессивные тенденции, особенно в ответ на свои намерения он сталкивается с попытками возражения. Вместе с тем хаотический характер действий больного может привести и к травматизации его самого при неосторожных движениях, попытках покинуть помещение через окно в состоянии тревожного аффекта;

2. Гипоактивный. Подобный вариант психической спутанности, на первый взгляд, является менее проблемным для окружающих, поскольку пациент заторможен и, обычно, находится в положении лежа. Однако, если на фоне подобных двигательных особенностей, одновременно выявляются другие признаки психической спутанности, есть основания полагать, что существует высокая вероятность прогрессирующего утяжеления

физического состояния и угроза летального исхода. В данном случае спутанность может стать предвестником последнего;

3.Смешанный. В этом случае имеются чередования заторможенности с хаотической возбужденностью, что обычно сопровождается выраженной инверсией цикла сон-бодрствование, упомянутой выше.

В классификации МКБ, как указано в предыдущем разделе, отмечается, что разграничение острого и подострого типов течения делирия не имеет принципиального значения. Однако выделение персистирующего делирия, с учетом более вероятного его развития именно в пожилом и старческом возрасте и принимая во внимание клиническое значение подобного состояния, безусловно требует его корректной констатации и оценки. В этой связи следует отметить, что в статистической структуре типов течения делирия у пожилых данная форма составляет до 40,6% [11]. Причем наличие постоянной тенденции к возобновлению симптоматики состояния характеризуется крайне неблагоприятным прогностическим значением. Последнее затрагивает высокую вероятность прогрессирующего когнитивного снижения с неизбежным ухудшением социального функционирования. Соответственно, возрастает и объем, а также трудности осуществления систематического ухода. Также ухудшается и прогноз для жизни – смертность у таких больных достигает 39%, что в 4 раза выше, чем при транзиторном течении.

1.6. Клиническая картина

Симптоматика делирия включает в себя следующие основные проявления:

1. Измененное сознание и внимание (от оглушения до комы; сниженная способность направлять, фокусировать, поддерживать и переключать внимание);
2. Глобальное расстройство познания (искажения восприятия, иллюзии и галлюцинации, в основном зрительные; нарушения абстрактного мышления и понимания с или без преходящего бреда, но обычно с некоторой степенью инкогеренции; нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительной сохранностью памяти на отдаленные события; дезориентировка во времени, а в более тяжелых случаях в месте и собственной личности);
3. Психомоторные расстройства (гипо- или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому; увеличение времени; повышенный или сниженный поток речи; реакции ужаса);

4. Расстройства ритма сон-бодрствование (бессонница, а в тяжелых случаях - тотальная потеря сна или инверсия ритма сон-бодрствование: сонливость днем, ухудшение симптомов в ночное время; беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации);
5. Эмоциональные расстройства, как например, депрессия, тревога или страхи. Раздражительность, эйфории, апатия или недоумение и растерянность.

Раздел 2. Диагностика состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1. Жалобы и анамнез

Введение

Психиатрическое обследование включает учет жалоб пациентов. Однако, в силу особенностей заболеваний нервно-психической сферы, подобных жалоб может не быть вовсе, либо они могут не иметь отношение к текущему состоянию больного. В существенной мере это положение касается и делирия, поскольку он представляет из себя психотическое состояние, по одному из критериев которого нарушается критическое отношение к болезни. Кроме того, в данном случае нарушен и контакт с пациентом, в силу чего задаваемые врачом вопросы могут неверно пониматься или вовсе не пониматься пациентом.

Вследствие указанных особенностей психического состояния, получение данных субъективного анамнеза (со слов пациента) также оказывается весьма затрудненным и решающее значение в диагностическом процессе в данном случае приобретают сведения, полученные со слов близких пациента («объективный анамнез»).

Рекомендуется. 1. В отношении пожилых больных с подозрением на делирий в их спонтанных высказываниях, либо ответах на соответствующие вопросы, обратить особое внимание на жалобы, касающиеся соматической сферы (в частности, указания на болевые ощущения). Последние могут иметь отношение к тому фактору, который явился провокацией развития делирия, например быть связанным с физической травматизацией (см. табл.1 на с.7). Коррекция влияния соответствующего фактора должна способствовать регрессу делирия.

2.Первостепенно значимыми в объективном анамнезе являются следующие сведения:

- а) что, в первую очередь, потребовало необходимости обращения к психиатру – неадекватные заявления больного о наличии рядом с ним незнакомых людей (в том числе ошибки в узнавании близких), либо животных, которых на самом деле нет; ошибки в назывании своего места пребывания, нарушения пространственной ориентировки, измененный рисунок поведения (суетливость и хаотичность, агрессивные тенденции, стремление уйти из дома без понятного повода и т.п.)?
- б) наличие у пациента хронических соматических заболеваний и степень их компенсированности к моменту появления психических нарушений, потребовавших настоящего обращения;
- в) сведения о принимаемых (возможно постоянно) пациентом медикаментозных средствах и режиме их дозирования;
- г) факторы сенсорной депривации – снижение зрения и слуха, его глубина;
- д) наличие или отсутствие существенных изменений когнитивной сферы на протяжении последнего времени, но без проявлений, непосредственно побудивших к настоящему обращению;
- е) Степень внезапности и быстроты изменения психического состояния: относительная «растянутость» во времени этого изменения, либо возможность указать относительно точный момент во времени, когда оно наступило (в некоторых случаях при делирии близкие называют даже соответствующий день);
- ж) указания на недавние психические травмы, либо изменения места проживания. Последнее особенно существенно в случае, если делирий развился уже на фоне предшествующих когнитивных нарушений.

Эти данные позволят с большей достоверностью констатировать делириозное состояние и будут способствовать правильному выбору лечения и определению прогноза.

Исследование данных анамнеза показано всем пациентам с симптоматикой делирия и не имеет противопоказаний.

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3 [12].

2.2. Физикальное обследование

Рекомендуется. При подозрении на делирий у пожилых следует провести тщательное соматическое и неврологическое обследование с привлечением консультантов, прежде всего терапевта и невролога, а при наличии данных о возможном возникновении или обострении заболеваний, относящимся к сферам деятельности других специалистов –

назначение их осмотров.. Целями этого обследования являются: 1) диагностика острой соматической патологии, прежде всего воспалительного и инфекционного характера; 2) выявление возможных декомпенсаций хронических соматических заболеваний ранее обнаруженных у пациента (сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета и т.п.); 3) диагностика проходящих нарушений мозгового кровообращения и инсультов. Получение указанных данных и последующая коррекция их влияния способствуют максимально возможной редукции проявлений делирия.

Физикальное обследование показано всем пациентам с симптоматикой делирия и не имеет противопоказаний.

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2 [13].

2.2.Лабораторная диагностика

Рекомендуется всем пожилым пациентам при ухудшении соматического состояния, в том числе потребовавшего госпитализации в соматический стационар, либо при возникновении картины острого психического расстройства (близкого к делирию), проведение следующих лабораторных анализов:

1. Клинический и биохимический анализы крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Анализы крови на ВИЧ, гепатиты и возбудителя сифилиса.

Это позволяет осуществить направленный поиск соматических неблагополучий, потенциально способных вызвать делирий у пожилого человека, а коррекция влияния соответствующего фактора в дальнейшем улучшает прогноз регресса данного состояния.

Указанные анализы тем более показаны всем пациентам с симптоматикой делирия и не имеют противопоказаний.

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 3 [14].

2.3.Инструментальная диагностика

Введение

С учетом особенностей состояния больных на момент делириозного состояния проведение им инструментального обследования в большинстве случаев оказывается затрудненным. Так, недостаточная доступность пациента контакту и, соответственно, непонимание им предлагаемых действий, суетливый и хаотичный рисунок поведения

делают практически невозможным проведение нейровизуализации, доплерографического и электроэнцефалографического исследований.

Рекомендуется в дневные часы, когда (вследствие самих закономерностей течения данного психоза) его проявления несколько редуцируются, является возможность провести: 1) электрокардиографию; 2) рентгенографию черепа; 3) рентгенографию органов грудной клетки .

Электрокардиография показана всем пациентам с симптоматикой делирия и не имеет противопоказаний.

Рентгенография черепа при симптоматике делирия показана в случае подозрения на наличие органического заболевания головного мозга эндо- или экзогенного характера, противопоказанием может служить лишь факт недавнего лучевого обследования этой же области (соответственно рентгенологическим правилам о разрешенных дозах облучения).

Рентгенограмма органов грудной клетки показана при истечении сроков соответствующего профилактического обследования, а также при подозрении на наличие недиагностированного легочного заболевания или травм области грудной клетки. Противопоказанием при этом является недавнее аналогичное обследование (согласно рентгенологическим нормативам допустимого облучения).

Наряду с проведением указанных видов инструментального обследования, рекомендуется получение от близких пациента медицинских справок и выписок из более ранних историй болезни, содержащих указанные данные, с целью соответствующего сравнения.

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3 [15].

После достижения регресса делириозных проявлений перенесшим их пациентам показано проведение: 1.магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга (противопоказанием к первой является наличие имплантов в виде кардиостимулятора, искусственных суставов, либо неудаленных металлических осколков);2.ультразвуковое (доплерографическое) исследование сосудов мозга и шеи, не имеющее противопоказаний;3.электроэнцефалография, при проведении которой следует ограничить применение препаратов, способных повлиять на ее показатели.

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2 [15].

2.4. Иные диагностические исследования

Рекомендуется после наступления регресса проявлений нарушений сознания проведение экспериментально-психологического обследования когнитивной сферы с целью уточнения наличия и глубины соответствующих нарушений. Тем самым будет получена возможность объективизировать отнесение пациента к диагностической группе F05.0 или F05.1 (см. 1.4). Показанием при этом будет служить подозрение на деменцию, временным противопоказанием – выраженная астенизация пациента после перенесенного психоза.

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 1 [16].

Раздел 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

1.1 Консервативное лечение

Введение

Традиционная комплексность подхода к терапии получают отражение и при лечении делирия у пожилых, причем в данном случае она имеет подчеркнутый характер. Очевидно, что это связано со значением для развития данного состояния фактора возрастных изменений ЦНС и всего организма, наличием, как правило, сопутствующей соматической патологии, в том числе с провоцирующими делирий декомпенсациями, а также частым присутствием прогрессирующего церебрально-органического патологического процесса нейродегенеративного, сосудистого или смешанного характера. В целом, подобный комплекс воздействий включает: 1) коррекцию соматических нарушений; 2) устранение факторов, провоцирующих делирий (см. табл.1); 3) применение препаратов вазоактивного и нейрометаболического действия.

Рекомендуется ницерголин (средняя терапевтическая доза – 30 мг/сут. внутрь, внутримышечно или в/в капельно). Курс внутримышечных или внутривенных капельных

инъекций составляет 12 введений (раз в день), а прием препарат внутрь – 2-3 месяца. Выбор способа введения и дозы ограничивается возрастом и общим соматическим состоянием. В последнем плане должна учитываться возможность снижения системного артериального давления под влиянием препарата.

Рекомендуется цитофлавин (по 2 официальных таблетки 2 раза в день) или по 10 мл внутривенно капельно в 200 мл физиологического раствора. Инъекционный курс составляет 10 вливаний (раз в день), после которого переходят на прием препарата внутрь до общей продолжительности лечения 2-3 месяца.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3) [17].

Отрицательная рекомендация: в случае гиперактивного варианта делирия, либо периода гиперактивности при его смешанном варианте, не следует назначать ноотропные препараты с активирующим действием (например, пирацетам).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3) [18].

Отрицательная рекомендация. Не следует начинать терапию делирия с применения психотропных средств. При гипоактивном варианте рассматриваемого состояния, а также в гипоактивной фазе смешанного его варианта, назначение препаратов, оказывающих тормозное влияние на ЦНС вообще противопоказано. Вопрос о применении психотропных средств встает только при гиперактивном клиническом варианте делирия, либо в период гиперактивности пациента при смешанном варианте. При этом в случае, если не наблюдаются агрессивные или суицидные тенденции, а также если поведение пациента не приводит к нарушению возможности оказания необходимого ухода, на старте лечения следует рассматривать возможность улучшения состояния (в том числе психического) за счет приведенных выше подходов с применением соматотропных средств и методов психокоррекции (вербально успокоение больного, корректное разъяснение его ошибок в ориентировке, либо отвлечение внимания от этих вопросов), которые сами по себе могут привести к улучшению состояния. Лишь в остальных случаях возникает необходимость в применении психотропных средств с седативным компонентом действия.

Рекомендуется тиаприд в суточной дозе 100–200 мг внутрь, а при недостаточной эффективности – с введением до ½ суточной дозы внутримышечно в часы наивысшего обострения двигательного беспокойства (как правило – на ночь).

Рекомендуется кветиапин внутрь (25-75 мг/сут.) с распределением большей части дозы на время наиболее выраженного двигательного беспокойства (как правило - на ночь).

В указанных дозах тиаприд и кветиапин практически не имеют противопоказаний за исключением электрокардиографических изменений в виде удлинения интервала Q-T.

Рекомендуется хлорпротиксен в суточной дозе 15-75 мг. Применяется при неэффективности тиаприда и кветиапина, поскольку обладает более выраженным седативным действием. При этом, как и атипичные антипсихотики характеризуется значительным уровнем переносимости и безопасности. Однако при его назначении необходима известная осторожность в связи с некоторым холинолитическим действием, в связи с чем относительные противопоказания к применению данного препарата составляют глаукома, аденома предстательной железы, тенденция к запорам.

Только при неэффективности указанной терапии в борьбе с психомоторным возбуждением при делирии у пожилых может быть рекомендован переход на лечение галоперидолом в суточной дозе до 1,5 мг. Наиболее целесообразен прием препарата внутрь в специально выпускаемой жидкой форме.

После регресса проявлений делирия должна быть сделана попытка снижения дозы антипсихотика вплоть до полной его отмены. В случае возобновления при этом психотической симптоматики следует возобновить антипсихотическую терапию, по возможности – на уровне более низких доз. Повторная попытка прекращения психотропной терапии при стабильности психического и соматического состояния должна быть апробирована через 3 месяца.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2) [19,20,21,22].

Отрицательная рекомендация. В настоящее время не рекомендованы для терапии острых проявлений спутанности представители бензодиазепиновых производных. Это связано с возможными явлениями чрезмерного седативного действия, а также легко возникающей у пожилых больных миорелаксации. Кроме того, их применение может оказать негативное влияние на когнитивное функционирование пациентов, и так страдающее из-за обычно имеющихся церебрально-органических изменений.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2) [23,24].

3.2.Иное лечение

Введение

В случае если по анамнестическим сведениям еще до развития делириозного

состояния у больного выявлялись признаки деменции и он получал медикаментозные средства, направленные на терапию последней (проводилась рационально «отработанная» антидементивная терапия), то последнюю необходимо продолжать (в целом, антидементивная терапия рассчитана на пожизненный прием).

Рекомендуется галантамин в дозах от 8 до 24 мг/сут. у пациентов с легкой или умеренной деменцией, либо продолжающих получать с признаками определенной эффективности данный препарат на этапе тяжелой деменции (в том числе – в комбинации с мемантином).

Рекомендуется ривастигмин в суточной дозе до 9,5 мг. Может применяться прием внутрь или пластырная форма препарата. Как и галантамин, составляет первую линию лечения деменции легкой и умеренной степени выраженности, но при наличии признаков эффективности лечения в длительной динамике используется и на этапе тяжелой деменции (в том числе – в комбинации с мемантином).

. Являясь ингибиторами холинэстеразы, галантамин и ривастигмин могут приводить к побочным явлениям, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечной проводимости. Поэтому их применение противопоказано при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также замедлении сердечного ритма. Остальные случаи желудочно-кишечной патологии и заболеваний сердца составляют соответствующие относительные противопоказания, которые непременно требуют специального учета при решении вопроса об антидементивной терапии.

Рекомендуется мемантин в суточной дозе до 20 мг. Показан, прежде всего, больным с тяжелой степенью выраженности деменции. Кроме того, применяется на ее более ранних стадиях при наличии противопоказаний к применению ингибиторов холинэстеразы. В этом плане отличается большей степенью переносимости и безопасности, поскольку механизм действия препарата реализуется через модуляцию NMDA-глутаматергических рецепторов, не имеющих прямого отношения к регуляции соматических функций.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2 [25]).

Рекомендуется также правильная организация терапевтической среды, в которой осуществляется борьба с проявлениями делирия у лиц пожилого и старческого возраста. В этом плане важно:

1. Реализовывать позитивный подход в общении с пациентами, не зависящий от наличия и характера психопатологии. Не следует спорить с больным относительно

реальности его представлений и расстройств восприятия /галлюцинаций, бреда/, допустимо принять его убежденность пациента как обоснованную для него самого, следует отвлекать его, настраивать на комфортную атмосферу;

2. В палатах и помещениях, где располагаются пожилые люди необходимо максимально исключить дезориентирующие факторы: дребезжание, громко работающие для других телевизоры и радио, громкий шум, излишне громкие и беспокоящие разговоры окружающих, отражения в зеркалах или тонированных стеклах, картины или иные изображения с непонятным сюжетом;
3. При наличии в состоянии элементов аффективного напряжения и тревоги (что является безусловно характерным для рассматриваемого состояния) следует применять успокаивающие и отвлекающие воздействия:
 - а/ индивидуально подобранные музыкальные записи
 - б/ ароматерапию /например, лавандой/
4. При наличии признаков сопротивления уходу необходимо определить мнимый, но значимый для больного источник угрозы и изменить подход к повседневному осуществлению ухода с учетом этого фактора;
5. При повторных однотипных вопросах подопечных целесообразны попытки выявления их причины с последующим отвлечением для снятия внутреннего напряжения, которое их провоцирует;
6. Возможна также терапия «валидацией», т.е. признание правильными некоторых ошибочных суждений подопечных, обусловленных нарушениями памяти с последующим отвлечением внимания от них.

Все эти меры способствуют редукции проявления делирия, а иногда, особенно в начальных стадиях развития последнего, их оказывается достаточно без психотропной терапии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3 [26]).

Рекомендации по диетотерапии, складывается, с одной стороны, из общих рекомендаций по питанию в пожилом возрасте, а с другой - зависят от наличия у пациента конкретных соматических заболеваний. В последнем плане следует иметь в виду традиционно выделяемые столы для больных с сердечно-сосудистой патологией (N10) и сахарным диабетом (N9). Общие рекомендации по питанию пожилых включают:

1. энергетическую ценность пищи на уровне 70-80% от показателей для молодого и среднего возраста;
 2. жиров – 25-30%, с присутствием не менее трети из них в виде растительного происхождения;
 3. содержание сахара не более 30-35 грамм в сутки;
 4. при необходимости использование протертой пищи
 5. четырехразовое в течение дня питание со следующим соотношением: 25%-15%-35%-25%;
 6. преобладающий молочно-растительный характер пищи;
 7. организация последнего приема еды не позднее, чем за 2 часа до сна.
- Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3) [27].

Раздел 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Введение

В реабилитационные мероприятия рекомендовано включить когнитивный тренинг, стимуляцию доступной физической активности, психообразовательную работу с членами семьи и психологическую поддержку лиц, ухаживающих за больным. Данные методы показаны после устранения острых проявлений состояния и не имеют противопоказаний.

В процессе указанных реабилитационных воздействий важное значение имеет исключение факторов риска повторного возникновения делирия, т.е. в первую очередь систематическая коррекция предрасполагающих к последнему воздействию и исключение провоцирующих влияний.

Рекомендуется.

1. Совершенствование подхода ухаживающего лица. Необходимо терпеливо подсказывать и напоминать о тех или иных событиях, предстоящих встречах, распорядке времени приема пищи и т.п. Следует отвлекать пожилых людей от негативных воспоминаний и размышлений, фокусироваться на их пожеланиях, интересах, заботах. Необходимо избегать навязывания тех или иных рутин, попыток обращаться к здравому смыслу, просьб «поднапрячься», чтобы выполнить необходимое действие;

2. В процессе терапии занятостью важно упрощать задания, разбивать их на отдельные этапы, предлагать ограниченный выбор вариантов их выполнения, использовать при этом уже известные предпочтения больного;
3. Коммуникативный стиль должен включать: простые слова и фразы; ясность обращенной к пациенту; предоставление времени для ответа и внимательное выслушивание его; осуществление «контакта глазами»; наблюдение за интонациями или несловесными знаками пациента;
4. Важно выбирать для пациента адекватные конкретно для него формы активности, избегать бездеятельного времяпрепровождения;
5. Следует уменьшить потенциально стрессорные воздействия : напитки, содержащие кофеин, скопление большого количества людей, излишне пышные праздничные украшения, просмотр телепередач в помещении с большим количеством зрителей;
6. Необходимо улучшать условия функционирования пожилых: устанавливать знаки, подсказки, картинки, облегчающие нахождение необходимого пути, улучшать освещение для снижения риска ошибок в узнавании обстановки;
7. Целесообразно вовлекать подопечных в те или иные, доступные для них, проявления активности.
8. Среду пребывания следует максимально адаптировать для нахождения в ней людей старших возрастных групп: оборудовать зоны безопасного пребывания вне отделения, предоставить предметы для развития тактильных ощущений и навыков, помещениям придать сходство с домашней обстановкой, привычной подопечным, выделить рекреационные и обеденные помещения, использовать естественный и достаточно яркий свет, оборудовать банные помещения для спа-процедур, обязательно снабдить последние резиновыми ковриками для предотвращения падений, располагать специальными подъемниками в этих помещениях для транспортировки малоподвижных подопечных;
9. Использовать вывески для обеспечения нахождения пути в помещениях и окружающей их территории.

За счет реализации подобного подхода возможно сокращение частоты возникновения делирия на 30-40%.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)
[28].

Раздел 5. Критерии оценки качества медицинской помощи

№п/п	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Диагностика			
1.	Клинико-психопатологическим методом установлен делирий	B	3
2.	Выполнено сомато-неврологическое обследование	B	3
3.	Выполнена психологическая диагностика (по выходе из делирия)	C	3
4.	Выполнен клинический анализ крови	C	3
5.	Выполнено исследование уровня креатинина, мочевины, глюкозы, АЛТ, АСТ, холестерина)	C	3
6.	Выполнено исследование крови на МНО	C	3
7.	Выполнен общий анализ мочи	C	3
8.	Выполнена рентгенограмма черепа	C	3
9.	Выполнена электрокардиография	C	3
10.	Выполнена нейровизуализация (МРТили КТ)	B	3
11.	Выполнена ЭЭГ	C	3
Лечение			
1.	Осуществлена комплексная терапия с коррекцией соматических нарушений, устранением провоцирующих воздействий, применением нейрометаболических и вазоактивных препаратов	A	1
2.	Осуществлено купирование острой психопатологической симптоматики	B	2
3.	Решен вопрос о наличии/отсутствии необходимости в поддерживающей (противорецидивной) терапии	B	2
4.	Решен вопрос о необходимости организации ухода в периоде после острого состояния	B	2
5.	Пациенту, либо ухаживающим лицам, разъяснены меры профилактики повторных обострений	C	2
6.	В динамике диспансерного наблюдения осуществляется контроль за реализацией мер профилактики и реабилитации, коррекция противорецидивной терапии при появлении признаков повторной эксацербации острых проявлений	C	2

Список литературы

1. Международная классификация болезней, травм и причин смерти (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике): Пер. с англ.: Санкт-Петербург: Адис; 1994.
2. Willi J., M.Bleuler. Delirium, Dammernzustand und Verwirrtheit bei körperlich Kranken; In: Akute psych. Begleitersch. Körperl. Krankheiten: Stuttgart; 1968.: 27-128.
3. Hsieh T.T. , T.G.Fong, E.R.Marcantonio et al. Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. J.Gerontol. Biol. Med. Sci. 2008.; Vol.63, N7: 764-772.
4. Ha'la M. Pathophysiology of postoperative delirium: systemic inflammation as a response to surgical trauma causes diffuse microcirculatory impairment. Med. Hypotheses. 2007; Vol.68, N1: 194-196.
5. Dimitrievic O.B. , Stamatovic M.S., Keep R.F. et al. Effects of the chemokine CCL2 on blood-brain barrier permeability during ischemia-reperfusion injury. Cereb. Blood Flow Metab. 2006; Vol.26, N6: 797-810.
6. Inouye S. K., Fearing M. A., Marcantonio R. A. Delirium. In: Halter J. B., Ouslander J. G., Tinetti M. E., Studenski S., High K. P., Asthana S. (eds) Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 2011; Chap. 53. <http://accessmedicine.com/content.aspx?aid=5119453>
7. Fong T.G, Tulebaev S.R., Inouye S.K. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. 2009; Vol.5, N4: 210-220.
8. Saxena S., Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. Postgrad. Med. J. 2009; Vol.85: 405-413.
9. Кольхалов И.В., Федорова Я.Б., Гаврилова С.И. Состояния спутанности у пожилых пациентов с деменцией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013; N12: 25-31.
10. Mittal V., Williamson D., McEnerney N. et al. Delirium in the elderly: a comprehensive review. Am. J. of Alzheimer disease and other demetias. 2011: 1-13. URL: <http://aja.sagepub.com>
11. Cole M.G. Persistent delirium in older hospital patients. Curr. Opin. Psychiatry. 2010; No23(3): 250-254.
12. Miller M.O. Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. Am. Fam. Physician. 2008; Vol.78, N11: 1265-1270.
13. Martins S., Fernandes S.L. Delirium in elderly people: a review. Front. Neurol.

- 2012;3:101 doi: [10.3389/fneur.2012.00101](https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00101)
14. Maldonado J.R. Pathoetiological model of delirium: comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Crit. Care Clin.* 2008; Vol.24, N4: 789-856.
 15. Caraceni A., Grassi L. Delirium. Acute confusional states in palliative medicine. 2nd edn. Oxford: Oxford University Press; 2011.
 16. Huntley J.D, Gould RL, Liu K., Smith M., Howard R.J. Do cognitive interventions improve general cognition in dementia? A meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open.* 2015; 5(4): e005247.
 17. Bourne R.S., Tahir T.A., Borthwick M. et al. Drug treatment of delirium: past, present and future. *J. Psychosom. Res.* 2008; Vol.65, N3: 273-282.
 18. Александровский Ю.А. (глав. ред.) Энциклопедия психиатрии: М.: РЛС; 2003.
 19. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: М.: Литтерра; 2014.
 20. Круглов Л.С., Беленцова Т.М., Беленцова В.С. Применение препарата тиаприд при состояниях острой психической спутанности в позднем возрасте. *Рос. психiatr. журн.* 2012; N4: С.53-57.
 21. Seitz D.P. , Gill S.S., van Zyl L.T. Antipsychotics in the treatment of delirium: a systematic review. 2007; Vol.68, N1: 11-21.
 22. Campbell N., Boustani M.A., Ayub A. et al. Pharmacological management in delirium in hospitalized adults – a systematic evidence review. *J. Cen. Intern. Med.* 2009; Vol.24, N7: 848-853.
 23. Осадший Ю.Ю., Вобленко Р.А., Арчаков Д.С., Тараканова Е.А. Место бензодиазепинов в современной терапии психических расстройств (обзор доказательных исследований). *Современная терапия психических расстройств.* 2016; №1. URL: <http://www.psypharma.ru/ru/mesto-benzodiazepinov-v-sovremennoy-terapii-psiicheskikh-rasstroystv-obzor-dokazatelnyh-issledovaniy>
 24. Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; N4: CD006739.
 25. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer’s disease and other dementias. *The World Journal of Biological Psychiatry.* 2011; N12: 2–32.
 26. Aguirre E. Delirium and hospitalized older adults: a review of non-pharmacologic

treatment. J.Contin. Educ. Nurs.2010;vol.41:151-152.

27. Ярыгина В.Н., Мелентьев А.С. Руководство по геронтологии и гериатрии: М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.

28. Cole V.G., McCusker J., Voyer P. et al. Subsyndromal delirium in older long-term care residents: incidents, risk factors and outcomes. J. Am. Geriatr. Soc.;N59: 1829-1836.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Круглов Лев Саввич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦПН им. В.М.Бехтерева
2. Беленцова Валентина Сергеевна, заведующая геронтопсихиатрическим отделением Санкт-Петербургской психиатрической больницы N1 им. П.П.Кащенко
3. Будза Дарья Андреевна, заведующая геронтопсихиатрическим отделением Санкт-Петербургской психиатрической больницы N1 им. П.П.Кащенко
4. Кумов Максим Сергеевич, заведующий геронтопсихиатрическим отделением Санкт-Петербургской психиатрической больницы N1 им. П.П.Кащенко

Члены рабочей группы являются членами Российского Общества Психиатров.

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач-психиатр;
2. Врач-психиатр участковый;
3. Врач судебно-психиатрический эксперт;
4. Врач-гериатр;
5. Врач общей медицинской практики;
6. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

Метод, использованный для сбора и анализа доказательств: поиск в современных руководствах, международных клинических рекомендациях и электронных базах данных. Оценка этих материалов по степени систематизированности подбора литературы, представленности мета-анализа, современности обзореваемых источников, рандомизации включенных в исследования наблюдений, объемности этих исследований и уровня проведенной математико-статистической обработки. Используются также результаты

собственных опубликованных работ, обобщающих многолетний научно-клинический опыт рабочей группы по данному вопросу.

Таблица П1. Категории доказательности

Уровень достоверности	Источник доказательств
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные исследования и систематические обзоры исследований и систематические обзоры любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные

Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций

Уровень (ранг) рекомендации	Описание
А	Сильная рекомендация(все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Представленные лекарственные рекомендации полностью соответствуют показаниям, способам применения и дозам, указанным в инструкциях к соответствующим препаратам. Эти материалы содержатся также в Регистре лекарственных средств России за 2019 г. (27-е издание).

Приложение Б. Алгоритм действий врача

При выявлении признаков делирия у пожилого пациента:

1. Исходить из неотложного характера данного состояния и необходимости срочных лечебно-организационных мероприятий;
2. В качестве первой линии подобных вмешательств следует рассматривать немедикаментозные воздействия;
3. Прежде всего, должен быть проведен анализ причин возникновения состояния, по возможности их влияние следует устранить, а в случае затяжного (хронического) характера этих факторов необходима их максимальная компенсация и систематическое мониторирование;
4. Важнейшим немедикаментозным воздействием при делирии является правильно организованный уход с обеспечением оптимальной аэрации, правильного питания, коррекции и предотвращения повторного возникновения признаков дегидратации, контроля за приемом пищи и лекарств внутрь, исключая аспирацию, создание условий для достаточного сна;
5. В средовую терапию следует вовлекать родственников больных и лиц, осуществлявших постоянный уход за ними. Они могут помогать в переориентации пациентов, их успокоении и создании условий, вызывающих чувство защищенности и поддержки. При этом и обстановка помещения, в котором находится пациент, должна способствовать коррекции его неправильной ориентировки в окружающем (наличие часов и календаря, повторное напоминание текущих времени и даты, избегание сенсорной депривации (например, отсутствия в палате окон), или, наоборот, сенсорной перегрузки в виде излишнего шума вокруг; использование очков и слуховых аппаратов в случае наличия у больного соответствующих нарушений;

6. Психотропные лекарственные препараты могут применяться только при наличии поведенческих нарушений, которые сопровождаются опасностью для самого больного или окружающих и при этом очевидно, что немедикаментозные вмешательства неэффективны.

Приложение В. Информация для пациентов

Восприятие пациентом информации о его состоянии и соответствующих рекомендациях возможно только вне периода самого делирия. По достижению регресса его проявлений необходимо обратить внимание больного на необходимость систематического врачебного наблюдения (при стойкой ремиссии – гериатра или врача общей практики, а при тенденции к рецидивированию – психоневрологического диспансера по месту жительства). Наряду с этим первостепенное значение имеют врачебные советы по исключению провоцирующих делирий факторов, а также необходимости соблюдения рекомендаций по лечению заболеваний, создающих условия предрасположенности пожилого человека к развитию рассматриваемого состояния. Очевидно, что подобная информация может корректно восприниматься лишь теми пациентами, у которых делирий развился не на фоне деменции. В случае присутствия симптомов последней, особенно в тяжелой и умеренной степени выраженности, подобная информация может быть конструктивно воспринята лишь родственниками больного и ухаживающими лицами.

Психообразовательная информация для родственников (ухаживающих лиц) должна включать:

1. Разъяснение как патологических явлений типичных симптомов делирия: двигательного беспокойства и/или ажитации, дезориентировки в окружающем, галлюцинаций и их возможно бредовой интерпретации пациентом;
2. Указания на возможность и даже характерность флюктуирующего течения состояния, вследствие которого возникающие улучшения совсем не обязательно означают завершение острого периода;
3. Обратит внимание на возможные причины делирия, его частую связь с деменцией, либо возможность перехода в нее.
4. Объяснить терапевтические возможности, обращая особое внимание на немедикаментозные стратегии, в которых крайне желательно участие близких больного.