

Психические расстройства у пациентов с критическими состояниями

Ершов В.И., Антохин Е.Ю., Чалая Е.Б., Чалый В.А.
Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Обзорная статья

Резюме. Психические расстройства у пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии, представляют собой клинически значимую и диагностически сложную проблему, требующую междисциплинарного подхода. Несмотря на серьезность последствий, исследования последних лет показывают недостаточную информированность медицинского персонала об алгоритмах диагностики критических состояний. Ситуация усугубляется тем, что научных публикаций, посвященных специфике психических расстройств в анестезиологии и интенсивной терапии, крайне мало, что подчеркивает необходимость дальнейших систематизированных исследований в данной области. Актуальной задачей остается повышение осведомленности клинического персонала о специфике психических нарушений у критических пациентов, внедрение клинических протоколов, а также разработка единых диагностических и терапевтических стандартов. В статье рассматриваются наиболее распространенные психопатологические состояния, включая делирий, кататонию, фебрильную шизофрению, злокачественный нейролептический синдром, а также когнитивные и аффективные расстройства, возникающие в условиях критических состояний.

Особое внимание уделено вопросам дифференциальной диагностики, нейропсихологического тестирования и современных подходов к лечению с использованием фармакологических и нефармакологических методов. Обоснована необходимость систематического мониторинга психического состояния пациентов и интеграции психиатрической помощи в структуру интенсивной терапии. Отдельно обозначены перспективные направления научных исследований в данной области. Эти состояния не только усложняют течение основного заболевания, но и оказывают существенное влияние на прогноз, продолжительность госпитализации и качество жизни пациентов после выписки. Перспективным направлением развития психореаниматологии является интеграция психиатрического обследования в структуру интенсивной терапии. Только такой системный и прогностически ориентированный подход позволит не просто лечить, а реально улучшать функциональные исходы и психическое здоровье тяжелых соматических пациентов.

Ключевые слова: психические расстройства, интенсивная терапия, расстройства ясности сознания, делирий, кататония, когнитивная дисфункция, аффективные расстройства.

Информация об авторах:

Ершов Вадим Иванович — e-mail: ervad2010@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9150-0382>
Антохин Евгений Юрьевич — e-mail: antioh73@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6835-8613>
Чалая Елена Борисовна — e-mail: 261007@bk.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8675-2210>
Чалый Виталий Анатольевич — e-mail: 261007@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9411-5815>

Как цитировать: Ершов В.И., Антохин Е.Ю., Чалая Е.Б., Чалый В.А. Психические расстройства у пациентов с критическими состояниями. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:4:20-32. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-4-1212>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Mental disorders in patients with critical conditions

Vadim I. Ershov, Evgeny Yu. Antokhin, Elena B. Chalaya, Vitaly A. Chaly
Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

Review article

Summary. Mental disorders in patients in intensive care units (ICUs) represent a clinically significant and diagnostically complex problem requiring a multidisciplinary approach. Despite the seriousness of their consequences, recent studies have shown insufficient awareness among medical personnel of critical illness diagnostic algorithms. The situation is exacerbated by the paucity of scientific publications devoted to the specifics of mental disorders in anesthesiology and intensive care, highlighting the need for further systematic research in this area. Raising clinical staff awareness of the specifics of mental disorders in critically ill patients, implementing clinical protocols, and developing uniform diagnostic and therapeutic standards remain pressing challenges. This article examines the most common psychopathological conditions, including delirium, catatonia, febrile schizophrenia, neuroleptic malignant syndrome, as well as cognitive and affective disorders that arise in critical illness.

Particular attention is given to differential diagnosis, neuropsychological testing, and modern approaches to treatment using pharmacological and non-pharmacological methods. The need for systematic monitoring of patients' mental states and the integration of psychiatric care into intensive care is substantiated. Promising research areas in this area are highlighted. These conditions not only complicate the course of the underlying disease but also significantly impact the prognosis, length of hospitalization, and quality of life of patients after discharge. A promising direction for the development of psychoreanimatology is the integration of psychiatric assessment into intensive care. Only such a systematic and prognostically oriented approach will allow not only treatment but also genuine improvement in the functional outcomes and mental health of severely ill patients.

Keywords: mental disorders, intensive care, disorders of lucidity, delirium, catatonia, cognitive dysfunction, affective disorders.

Information about the authors:

Vadim I. Ershov — e-mail: ervad2010@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9150-0382>

Evgeny Yu. Antokhin — e-mail: antioh73@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6835-8613>

Elena B. Chalaya — e-mail: 261007@bk.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8675-2210>

Vitaly A. Chaly — e-mail: 261007@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9411-5815>

To cite this article: Ershov VI, Antokhin EY, Chalaya EB, Chaly VA. Mental disorders in patients with critical conditions. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:4:20-32. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-4-1212>. (In Russ.)

Conflict of interest: authors declare no conflicts of interest.

Психические расстройства у пациентов, проходящих лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии, представляют собой сложную и актуальную проблему современной клинической медицины. Она требует всестороннего междисциплинарного подхода. Наличие сочетанной тяжелой соматической патологии и психических нарушений существенно ухудшает прогноз, увеличивает длительность госпитализации, снижает эффективность терапии и ассоциируется с повышенной летальностью [1, 11, 24]. Несмотря на актуальность проблемы, психические расстройства в реаниматологии по-прежнему недостаточно изучены. Медицинские специалисты сталкиваются с трудностями диагностики и выбора адекватной тактики ведения таких пациентов. Дополнительные сложности создают разнообразие клинических проявлений, необходимость тщательной дифференциальной диагностики и высокий риск медикаментозных взаимодействий.

В этой связи особое значение приобретают научные исследования, направленные на выявление патогенетических механизмов психических

нарушений в условиях критических состояний, разработку современных методов диагностики и лечения, а также на унификацию лечебных стратегий. Ситуация усугубляется тем, что научных публикаций, посвященных специфике психических расстройств в анестезиологии и интенсивной терапии, крайне мало, что подчеркивает необходимость дальнейших систематизированных исследований в данной области. Среди психических расстройств, наиболее часто встречающихся у пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), преобладают продуктивные расстройства сознания — такие как делирий, сумеречное состояние. Также широко распространены когнитивные и аффективные нарушения (депрессия и мания), астенические состояния [1, 16, 28, 39]. Реже встречаются онейроид и практически ушли из практики аментивные состояния.

Продуктивные расстройства сознания представляют собой остро возникающие, обратимые нарушения психической деятельности, проявляющиеся искаженным восприятием реальности, де-

зориентировкой во времени и месте, нарушениями мышления и памяти, а также частичной или полной амнезией происходящего.

Делирий у пациентов с критическими состояниями. Делирий — одно из наиболее значимых и распространенных состояний среди пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии. Это остро развивающийся психопатологический синдром, вне зависимости от основной соматической патологии, сопряженный с неблагоприятным течением и исходами: увеличением длительности искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), риска стойких когнитивных нарушений с ростом летальности, сроков пребывания в стационаре и ОРИТ, затрат на лечение [11, 21, 22, 29, 47, 49, 52-54, 57, 67, 80]. В группу риска по развитию делирия входят пожилые пациенты, лица с исходными когнитивными дефицитами, с онкологическими и терминальными заболеваниями, пациенты после крупных хирургических вмешательств и те, кто поступил в ОРИТ в крайне тяжелом состоянии [11, 18, 57].

Несмотря на серьезность последствий, исследования последних лет показывают недостаточную информированность медицинского персонала об алгоритмах диагностики делирия [42, 49, 60]. Современное определение делирия охватывает широкий спектр нарушений сознания. В отечественной психиатрии данный термин трактуется как острый психоз с дезориентацией, бредовыми идеями и галлюцинациями [21]. Большое количество нарушений сознания наблюдается у пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием, геморрагическим инсультом, алкогольной зависимостью и другими состояниями [72]. В соответствии с МКБ-10, делирий — это синдром неясной этиологии, который одновременно включает в себя нарушение сознания, внимания, восприятия, памяти, мышления, психомоторики, эмоций и суточных ритмов. Хотя он может возникать в любом возрасте, наибольшая распространенность отмечается среди пациентов старше 60 лет. Типично волнообразное течение и тенденция к восстановлению в течение 4 недель, хотя в отдельных случаях симптомы могут сохраняться до полугода [11, 42, 47, 55, 77].

В DSM-5 представлены диагностические критерии делирия, во многом схожие с МКБ-10, но более ориентированные на клиническое применение в реаниматологии. Для диагностики делирия в ОРИТ используется шкала RASS: Ричмондская шкала оценки ажитации и седации и Алгоритм диагностики delirium методом CAM-ICU [40] (Рис.1). По ряду данных, у значительного числа пациентов в критических состояниях регистрируются признаки делирия [40, 81].

В МКБ -11 [15] диагностические критерии делирия максимально упрощаются, что фактически представляет данный синдром, как обобщение всех классических расстройств сознания, в определенной степени ликвидируя данную психопатологическую группу. Классическая психопатология, где проводится дифференциация продуктивных и

апродуктивных расстройств сознания, делирия и онейроида (ориентированного и истинного), описана феноменология таких синдромов как оглушение различной степени выраженности (обнубиляция) с переходом в сомноленцию, сопор и кому, аменция, сумеречное расстройство [25], в настоящих классификациях ушла в историю. Данное упрощение, возможно, призвано сблизить разные психиатрические и неврологические школы, в определенной степени упростить и ускорить возможности диагностики [82], особенно в условиях реанимационных критических состояний. Тем не менее, потеря важного раздела психопатологии, который изначально лежал в основе психиатрии, усложняет дифференциальные подходы в анамнезе и прогнозе у пациентов, перенесших расстройства сознания, а следовательно, может создавать проблему дифференцированной долгосрочной терапии [33, 78].

В современном подходе к диагностике делирия характерными особенностями синдрома являются: острое начало и связь с воздействием стрессора или патологического состояния; нарушение уровня сознания от сопора до тяжелой седации (оценка по шкале RASS от +4 до -3); подтверждение когнитивного дефицита (нарушение памяти, мышления) с помощью специальных тестов [21]. При этом, клиническая верификация возможна у постели пациента без применения сложной инструментальной диагностики. Литературные источники описывают более 25 факторов, повышающих риск делирия: респираторная патология, злоупотребление алкоголем, деменция, электролитные нарушения, инсульт, применение вазопрессоров, высокие дозы опиоидов, метаболический ацидоз и др. [81]. Факторы риска классифицируются на предрасполагающие (возраст, когнитивный дефицит, тяжелая соматическая патология, сепсис) и провоцирующие (медикаментозная терапия, оперативные вмешательства, длительная седация). Особую роль играют антихолинергические препараты, глюкокортикоиды и бензодиазепины, которые способны вызывать нарушения нейротрансмиссии и усиливать развитие делирия [82].

Патогенез делирия остается многофакторным и окончательно не установлен. Существуют различные гипотезы: нейровоспалительная, нейромедиаторная, нейроэндокринная и циркадная. Наибольшую поддержку в литературе получают две из них — нейротрансмиттерная и воспалительная [4, 11, 21, 34, 39]. Содержание воспалительной гипотезы — системная воспалительная реакция запускает каскад изменений с развитием эндотелиальной дисфункции, повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера и угнетение холинергической активности. Это ведет к нейровоспалению и нейрональной дисфункции. Подтверждением служат повышенные уровни маркеров воспаления — СРБ, прокальцитонина, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО, а также снижение ММР-9 и протеина С и гипоксия как фактор запуска каскадных процессов в головном мозге [21, 39, 49]. Клинически делирий в ОРИТ проявляется острым

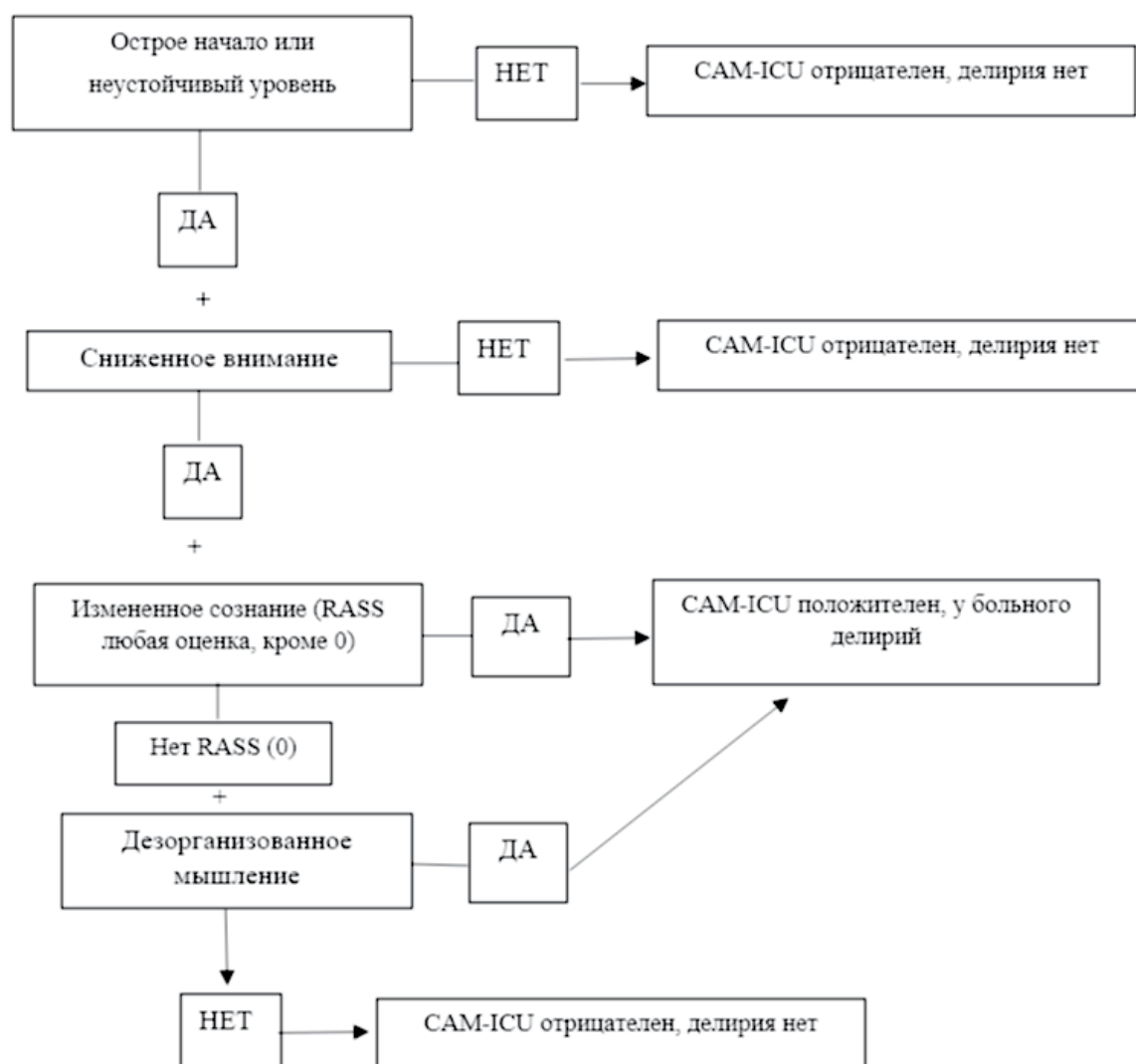


Рис. 1. Алгоритм диагностики делирия в ОПИТ CAM-ICU
Fig. 1. Confusion assessment method in intensive care init

началом, флюктуирующим течением, нарушением внимания и восприятия, преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, а также выраженным когнитивным снижением. Делирий у пациентов с критическими состояниями ассоциируется с повышенным риском летальных исходов [16, 22].

Одной из важнейших клинических задач в реанимационной практике является проведение точной дифференциальной диагностики между делирием и другими психопатологическими синдромами, особенно у пациентов пожилого возраста и при наличии соматической коморбидности (Табл.1). Несмотря на схожесть некоторых симптомов, эти состояния имеют различную природу, течение и подходы к лечению.

Деменция, согласно критериям МКБ-10 — это хроническое, медленно прогрессирующее состояние, характеризующееся устойчивым снижением когнитивных функций: памяти, мышления, внимания и способности к повседневной деятельности. Когнитивные нарушения при деменции

развиваются в течение месяцев или лет, определяются на фоне ясного сознания, т. е. они психопатологически не связаны с расстройством сознания. Этим деменция отличается от делирия, для которого также характерны тяжелые когнитивные нарушения, но они определяются лишь на фоне изменения сознания [27]. Делирий имеет острое начало, быстрое течение и часто обратим при своевременной терапии [24]. Ключевым фактором в постановке диагноза является оценка исходного функционального и когнитивного состояния пациента. В клинической практике это осложняется необходимостью работы с пациентами на ИВЛ, в состоянии нарушенного сознания или под действием седации. В подобных случаях использование стандартных диагностических критериев МКБ-10 и DSM-5 зачастую затруднено или невозможно, поскольку они требуют длительного наблюдения и оценки, проводимой психиатром.

В ответ на эти сложности были разработаны специализированные инструменты диагности-

Таблица 1. Дифференциальная диагностика делирия с кататонией, ЗНС, анти-NMDA энцефалитом
Table 1. Differential diagnosis of delirium with catatonia, NMS, and anti-NMDA encephalitis

	Причина	Клиника	Особенности	Диагностика	Лечение
Делирий	Соматические заболевания (инфекции, интоксикации, отмена алкоголя/лекарств)	Спутанность сознания, дезориентация, зрительные галлюцинации, колебания состояния в течение дня	Всегда является следствием другого медицинского состояния.	Клиническая картина	Нейролептики, бензодиазепины, дексмететомидин
Кататония	Эндогенное состояние	Ступор (неподвижность), мутизм (молчание), «восковая гибкость» (застывание в неудобных позах) или, наоборот, хаотичное возбуждение	Самостоятельное состояние	Клиническая картина	Бензодиазепины
ЗНС	Осложнение терапии или проявление интоксикации при злоупотреблении нейролептиками	Тяжелая мышечная ригидность («свинцовая труба»), высокая температура (лихорадка), нестабильное давление и пульс	Осложнение	Анамнез, клиническая картина	Отмена нейролептиков, бензодиазепины, терапия, соматических осложнений
Анти-NMDA энцефалит	Аутоиммунный процесс, ассоциированный часто со злокачественными новообразованиями	Часто начинается с психиатрических симптомов (психоз, мания), прогрессируя до кататонии, судорог и нарушения дыхания	Часто синдром, входящий в паранеопластический симптомокомплекс	Анамнез, МРТ головного мозга, ЭЭГ, серологическая диагностика, показатели иммунного статуса	ГКС, МКА, экстракорпоральные методы лечения, антиконвульсанты при судорожном синдроме, ИВЛ

Таблица 2. Шкала ICDS
Table 2. CIntensive Care Delirium Screening Checklist

Параметр	Да	Нет
Измененный уровень сознания	1	
Снижение внимания	1	
Дезориентация	1	
Галлюцинации, бред, психоз	1	
Психомоторное возбуждение или блокада произвольной активности	1	
Неадекватная речь, настроение	1	
Нарушение цикла сон — бодрствование	1	
Неустойчивый, меняющийся в течении суток уровень сознания	1	
Делирий		

ки делирия, валидированные для применения в ОРИТ. Эти методики обладают высокой чувствительностью и специфичностью, сопоставимой с критериями МКБ-10 и DSM-5, но при этом адаптированы для быстрого выявления нарушений сознания в условиях ограниченного времени контакта с пациентом [46, 49]. Альтернативным методом диагностики делирия у реанимационного пациента является использование специального контрольного листа — ICDS (Intensive Care Delirium Screening Checklist). Другой диагностической системой является алгоритм CAM-ICU (Confusion

Assessment Method-Intensive Care Unit), который определяет делирий по четырем диагностически значимым признакам: внезапные изменения/колебания психического статуса, расстройства внимания, дезорганизованное мышление и измененный уровень сознания (Табл. 2). Возможно использование сестринской шкалы диагностики делирия Nu-DESC (Nursing delirium scale) [22, 46, 50, 62].

Хорошо себя зарекомендовали методики профилактики делирия в ОРИТ, включающие седацию и более качественный мониторинг психического статуса пациента [69, 75, 80]. Таким образом,

диагностика делирия в ОРИТ разработана достаточно хорошо, что позволяет уменьшить число ошибочных диагнозов.

Неделириозные психические расстройства у пациентов с критическими состояниями. Продуктивные расстройства сознания у пациентов в критических состояниях могут носить разнообразные формы, требующие тщательной дифференциальной диагностики и немедленной коррекции. Среди них особое место занимают кататонические синдромы, фебрильная шизофрения (ФШ) и злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) [5, 13, 24, 26, 74]. Онейроид — это качественное изменение сознания, сопровождающееся наплывом сновидных, фантастических образов, чувственным бредом и зрительными псевдогаллюцинациями. Часто сочетается с кататоническими феноменами и полной амнезией в отношении реальных событий при частичном сохранении воспоминаний о болезненных переживаниях [25].

Кататонический синдром (или кататония) традиционно ассоциировался с шизофренией, однако современный взгляд рассматривает его как неспецифический феномен, способный возникать при множестве психических, соматических, аутоиммунных и неврологических расстройствах, что стало причиной вывода кататонии из расстройств шизофренического спектра в отдельную категорию в МКБ 11 [15]. В клинической картине преобладают нарушения в двигательной сфере: заторможенность (ступор) или возбуждение. Кататонический ступор характеризуется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса, мутизмом. Кататоническое возбуждение проявляется беспокойством больных, импульсивностью, немотивированным, неосознаваемым (автономным) характером движений, стереотипией, разорванностью мышления, эхо-симптомами [9, 13, 14, 17, 24, 26, 30, 38].

По признаку сознания выделяют два варианта кататонического синдрома. Онейроидная кататония — экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния развиваются при онейроидном помрачении сознания. Люцидная кататония не сопровождается помрачением сознания, проявляется ступором с негативизмом и оцепенением [30]. В настоящее время большинство исследователей придерживаются точки зрения, согласно которой кататония, также, как и, например, делирий, является неспецифическим синдромом, возникающим при целом ряде психических, нейродегенеративных, инфекционных, аутоиммунных, генетических и психоэндокринных заболеваний [38, 44, 79]. Фебрильная кататония (ФК) — это особый вариант кататонического синдрома, протекающий на фоне гипертермии, тяжелых соматовегетативных нарушений и изменения сознания. Чаще всего наблюдается при шизофрении и шизоаффективном расстройстве. В отечественной практике такие состояния традиционно описываются под термином фебрильная шизофрения (ФШ) [26]. В зару-

бежной литературе ФШ часто соответствует понятию летальной (смертельной) кататонии [5, 20, 48]. Данный вид психических нарушений также редко диагностируется у пациентов, находящихся в ОРИТ.

Очевидно, имеет место гиподиагностика данного состояния. В настоящее время известно, что с синдромом фебрильной кататонии могут протекать, по меньшей мере, три различные по генезу заболевания. Это смертельная кататония (фебрильная или гипертоксическая шизофрения), злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) и описанное недавно тяжелое аутоиммунное заболевание — аутоиммунный анти-NMDA рецепторный энцефалит [36, 79]. Этиопатогенез ФШ и ФК остается недостаточно изученным. Считается, что в основе лежит выраженный эндотоксикоз, обусловленный повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера и аутоиммунным поражением ЦНС. Патологоанатомические исследования выявляют неспецифические токсико-дистрофические изменения, сходные с таковыми при тяжелых интоксикациях [13, 45, 79]. Клинически ФШ дебютирует внезапно, часто в молодом возрасте, преимущественно у женщин. Ведущими симптомами являются: острое онейроидное помрачение сознания, кататонический ступор или возбуждение, лихорадка неправильного типа, тахикардия, скачки АД, быстро нарастающие водно-электролитные нарушения. При лабораторных исследованиях нередко отмечается повышение СОЭ, лейкоцитоз, лимфопения, рост активности трансаминаз и КФК. В тяжелых случаях развивается буллезный дерматит, пневмония, полиорганная недостаточность [12, 20, 26].

Таким образом, диагностика неделириозных психических расстройств у пациентов с критическими состояниями может быть сопряжена с целым рядом сложностей. В частности, в рамках рутинного ведения пациентов в ОРИТ широко применяется седация, пациенты могут находиться на ИВЛ или быть иммобилизованными. В зарубежной литературе крайне мало информации о данной симптоматике у пациентов, находящихся в ОРИТ. Широко распространен подход, когда данные нарушения расцениваются как делириозные, что не всегда соответствует истинной природе конкретного синдрома.

Злокачественный нейролептический синдром. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) считается ятрогенной формой ФК, возникающий на фоне терапии антипсихотиками. Он может развиваться вне зависимости от возраста и пола, чаще на фоне применения высокопотентных антагонистов D_2 — рецепторов, ведущим представителем которых является галоперидол [12, 64, 65]. Тем не менее, ЗНС описан и при терапии антипсихотиками второго поколения (кветиапин, клозапин, рисперидон и др.), хотя он и встречается в меньшей степени, что отражено и в инструкциях к препаратам. Основными клиническими признаками служат: лихорадка, экстрапирамидная симптоматика, кататонические

расстройства, резкое ухудшение психического и соматического состояния [64, 66]. Важно, что ЗНС сам по себе является критическим состоянием, требующим интенсивной терапии, пациенты с данной патологией должны находиться в ОРИТ.

По данным исследований в развитии ЗНС основную роль играют блокада дофаминовых рецепторов в базальных ганглиях и гипоталамусе, нарушение терморегуляции, аутоиммунные реакции, а не прямое токсическое действие нейролептиков. Некоторые исследователи рассматривают ЗНС и ФШ как состояния единого патогенетического спектра, различающиеся лишь по триггеру — эндогенное течение или медикаментозная провокация [79]. У больных ЗНС отмечается подавление дофаминергической и повышение адренергической и серотонинергической активности [12]. Ряд исследователей рассматривает ЗНС как проявление острой нейролептической энцефалопатии. На ЭЭГ выявляются признаки метаболической энцефалопатии с генерализованным торможением электрической активности головного мозга [58]. Лабораторно определяется значительное повышение КФК, миоглобинурия, снижение уровня железа в плазме [12, 60, 65]. Причиной летального исхода являются нарастающие нарушения гомеостаза и, в первую очередь, водно-электролитного баланса и гемодинамики, явления отека мозга, а также развитие тромбоэмболических и инфекционно-септических осложнений.

Анализ патоморфологических изменения у больных ЗНС с летальным исходом в мировой литературе не представлен. Обнаруженные патоморфологические изменения головного мозга при фебрильной (гипертоксической) шизофрении, а ряд исследователей рассматривают ЗНС как вызванную нейролептиками (drug-induced) форму летальной кататонии, не укладываются в какую-либо определенную нозологическую форму и могут быть отнесены к токсико-дистрофическому процессу в сочетании с генерализованными дисциркуляторными нарушениями [12]. Факторами риска развития ЗНС являются также у больных резидуальной церебральной органической недостаточности (перенесенные антенатальные и перинатальные вредности, черепно-мозговая травма, инфекции и интоксикации) [12]. Предполагается, что физическое истощение и дегидратация, возникающие на фоне психомоторного возбуждения, могут приводить к повышению чувствительности к нейролептикам и способствовать развитию ЗНС. К факторам риска ЗНС относятся также и наличие кататонических расстройств [64, 66]. Диагностика ЗНС основывается на выявлении основных симптомов осложнения: центральной гипертермии, кататонической симптоматики с развитием ступора и мышечной ригидности, нарушения сознания, а также характерных изменений лабораторных показателей (умеренный лейкоцитоз без палочкоядерного сдвига, лейкопения и ускорение СОЭ, резкая активность КФК в плазме крови).

Наиболее ранним признаком развития ЗНС у больных с расстройствами шизофренического

спектра, важным для диагностики осложнения, является появление экстрапирамидной симптоматики с одновременным обострением психоза и развитием кататонических расстройств в виде ступора с явлениями негативизма и каталепсии [65]. В связи с этим некоторые исследователи рассматривают ЗНС как нейролептический вариант злокачественной или фебрильной кататонии, относя их к заболеваниям одного круга [58, 59]. Это подтверждается как общностью клинических проявлений фебрильной шизофрении и ЗНС [20, 26], так и сходностью биохимических и иммунологических нарушений, а также общими принципами терапии. Они включают отмену нейролептиков, назначение транквилизаторов, проведение инфузионной терапии и ЭСТ [40, 45, 70]. Эффективность агониста дофаминовых рецепторов бромокриптина и миорелаксанта дантролена при ЗНС не подтверждены доказательными исследованиями [12].

Имеются данные об эффективности плазмафереза и гемосорбции [63, 73]. Прогноз течения ЗНС зависит от того, насколько быстро отменяется нейролептическая терапия и назначается интенсивная инфузионная терапия, корригирующая гомеостаз. При своевременной отмене нейролептиков, адекватности проведения инфузионной терапии, дифференцированного применения методов ЭСТ, транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) удается в течение первых 3–7 дней добиться терапевтического эффекта у большинства больных [14].

В соответствии с рекомендациями DSM-5. В 2007 году были впервые описаны серии случаев аутоиммунного NMDA рецепторного энцефалита, протекающего с психотическими симптомами и кататонией, вегетативными нарушениями и гипертермией, и высоким риском развития летального исхода [32, 64]. Симптоматика этого заболевания схожа с ЗНС и фебрильной кататонией и вызывает трудности дифференциальной диагностики [64, 65]. Заболевание вызывается антителами к NR1 и NR2-субъединиц глутаматного NMDA-рецептора. Первоначально анти-NMDA рецепторный энцефалит был описан у молодых женщин с тератомой яичников [12], а в последующем вне связи с опухолевым процессом у лиц обоего пола и разных возрастов [36]. Диагностика анти-NMDA рецепторного энцефалита основывается на выявлении в плазме крови и спинномозговой жидкости аутоантител к NR1 и NR2-субъединиц глутаматного NMDA рецептора [58, 64, 66]. В последние годы случаи аутоиммунного энцефалита были выявлены у больных психиатрических стационаров с первоначальными диагнозами шизофрении, шизоаффективного расстройства, нарколепсии и большого депрессивного расстройства [12, 64].

Клинические критерии, утвержденные Минздравом РФ [24], включают: наличие психических расстройств шизофренического спектра (F20—F25); кататоническую симптоматику (ступор, мутизм, каталепсия, речевые и двигательные стереотипии); гипертермию; вегетативную

дестабилизацию (тахикардия, лабильное АД, гипергидроз, кожные изменения); лабораторные показатели: повышенная СОЭ, лейкоцитоз, лимфопения, увеличение активности КФК. Важно исключить соматические и органические причины (воспалительные, аутоиммунные, инфекционные поражения ЦНС), используя нейровизуализацию и исследование ликвора. Пациенты с развившемся ЗНС нуждаются в интенсивной терапии с пребыванием в ОРИТ для своевременной коррекции органических дисфункций, активной профилактики и лечения соматических осложнений.

Когнитивные нарушения у пациентов с критическими состояниями. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших госпитализацию в отделения интенсивной терапии, представляют собой важную клинко-диагностическую проблему. Они включают снижение памяти, внимания, замедление мышления и нарушение исполнительных функций. Причины их развития многофакторны: влияние общей анестезии, гипоксия, нейровоспаление и длительное пребывание в критическом состоянии [18, 19, 37, 68]. Такие нарушения могут сохраняться длительное время после выписки, снижая качество жизни, нарушая социальную адаптацию и затрудняя возвращение к профессиональной и повседневной активности. По различным данным, когнитивные нарушения после критических состояний выявляются у 25–78% пациентов, а у лиц, перенесших острый респираторный дистресс-синдром — до 75% [44, 68].

Острая активация как соматической, так и вегетативной нервной системы в условиях критического состояния запускает каскад патологических изменений в системах дыхания, кровообращения и метаболизма, способствуя развитию полиорганной недостаточности. Этот процесс часто сопровождается церебральной гипоперфузией и воспалительным каскадом, что в итоге приводит к когнитивному дефициту [10, 42]. Одной из наиболее изученных форм является послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) — состояние, возникающее в ранние и поздние сроки после хирургического вмешательства, сопровождающееся нарушением памяти, внимания, речи и других высших корковых функций. Диагноз устанавливается при снижении результатов нейропсихологического тестирования на 10% от исходного уровня [56, 68, 71, 81]. Частота ПОКД существенно варьирует в зависимости от возраста: у молодых пациентов — около 35%, у пожилых — до 69%. Стойкие формы наблюдаются у 6,7–24% пациентов соответственно.

После кардиохирургических операций когнитивные нарушения встречаются у 50–70% в первую неделю, и у 30–50% спустя два месяца. В большинстве случаев в течение года происходит регресс симптомов. Ключевую роль в развитии ПОКД при операциях с искусственным кровообращением играют: микроэмболизация, нарушение мозговой ауторегуляции, нейровоспаление, гипотермия, атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга [68, 71, 81].

Особую клиническую значимость имеет группа пациентов с церебральным атеросклерозом и инсультом. При наличии сосудистой патологии когнитивные нарушения регистрируются у 84% больных. Варианты выраженности зависят от сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС), когда чаще наблюдаются тяжелые нарушения, а при отсутствии — легкие формы [74]. Сосудистые когнитивные расстройства часто ассоциированы с артериальной гипертензией, что объясняется поражением как крупных, так и мелких сосудов. Это приводит к нарушению мозговой перфузии и формированию лейкоэнцефалопатии. Кроме того, гипоперфузия может нарушать метаболизм амилоида, ускоряя нейродегенеративные процессы, характерные для болезни Альцгеймера [27].

Таким образом, эффективность терапии сосудисто-обусловленных когнитивных расстройств зависит от своевременного выявления, особенно в доклинической и предементной стадии, когда патологический процесс еще относительно обратим [8, 10]. В условиях клинической практики особенно востребованы стандартизированные скрининговые методики, которые обеспечивают быструю и относительно точную экспресс-оценку когнитивного статуса пациента, особенно в условиях скорой помощи. Среди них наибольшее распространение получили: MMSE (Mini-Mental State Examination); MoCa (Montreal Cognitive Assessment [35, 56, 61]; Mini-Cog [24]; Модифицированная Адденбрукская шкала [7, 61]; Батарея тестов на лобную дисфункцию [6]; Тест запоминания 5 слов [6]. Несмотря на высокую объективность, нейропсихологическое тестирование не лишено ограничений. Возможны ложноотрицательные результаты при сложных заданиях, утомлении или тревожности пациента, а также ложноположительные — при низком уровне образования или сниженной мотивации к участию в исследовании [6].

Особая трудность связана с проведением когнитивной оценки у пациентов в отделениях реанимации, где контакт с больным может быть существенно ограничен. Среди наиболее частых препятствий — коматозные состояния, инвазивная ИВЛ, седация, галлюцинации и иллюзии (32%), выраженный болевой синдром (12%), невозможность говорить (9%) и дыхательные нарушения (6%) [6, 35]. Дополнительные факторы, такие как шум, постоянное освещение, частые вмешательства и нарушение циркадных ритмов, создают стрессовую среду, которая может маскировать или усугублять когнитивные симптомы [1, 22].

Аффективные расстройства у пациентов с критическими состояниями. Аффективные расстройства, в частности депрессия и мания, представляют собой важное, но зачастую недооцениваемое звено в клинической картине критических состояний. Они существенно влияют на исход лечения, уровень мотивации пациента и эффективность последующей реабилитации. Депрессивные расстройства проявляются сниженным фоном настроения, апатией, утратой интереса к окружающему, снижением мотивации и выраженным

чувством безысходности. Эти симптомы не только ухудшают эмоциональное состояние пациента, но и замедляют восстановление, снижают приверженность к терапии и могут провоцировать соматическую декомпенсацию [2, 23]. Наиболее распространенной формой депрессии в условиях ОРИТ является постинсультная депрессия, встречающаяся у почти трети пациентов, перенесших ишемический инсульт [2, 3]. Она может быть связана как с поражением структур мозга, регулирующих эмоции, так и быть реакцией на внезапную инвалидизацию. Такие состояния существенно снижают функциональное восстановление и усугубляют степень инвалидизации [23, 42].

Мания, напротив, встречается крайне редко — менее чем у 1% пациентов, перенесших инсульт. Она может развиваться как в остром периоде, так и спустя месяцы или даже годы после сосудистой катастрофы. Типичными симптомами являются гипертимия, ускорение мышления и речи, гиперактивность, отвлекаемость и снижение критики. Часто наблюдается переоценка собственной значимости и экспансивное поведение [31]. Особое внимание в литературе уделяется постинсультной мании, которая, как правило, возникает при поражении правого полушария мозга, особенно его лобно-подкорковых и лимбических структур. Этот феномен объясняется нарушением межполушарного торможения и контралатеральной гиперактивацией (например, гипоперфузией справа и гиперперфузией слева) [31, 48, 76]. Также мания может быть связана с такими состояниями, как рассеянный склероз, эпилепсия, болезнь Паркинсона, церебральный инсульт, травматические субарахноидальные кровоизлияния, наследственные лейкоэнцефалопатии (например, CADASIL) [41, 43, 51, 76].

Маниакальные симптомы могут также развиваться в рамках поведенческих нарушений при фронтальных поражениях или быть следствием делириозного состояния, формируя так называемую делириозную манию или манию Бэлла [36]. Важную роль в дифференциальной диагностике данных состояний с эндогенными расстройствами, помимо тщательного клиничко-анамнестического обследования, играют нейровизуализация и нейропсихологическое тестирование, особенно у пациентов старше 50 лет, без семейного анамнеза психических расстройств, но с сосудистыми факторами риска [56, 57].

Заключение. Психические расстройства, развивающиеся у пациентов в условиях интенсивной терапии, представляют собой мультифакторную проблему, затрагивающую как клиническую, так и организационную сферу здравоохранения. Эти состояния не только усложняют течение основного заболевания, но и оказывают существенное влияние на прогноз, продолжительность госпитализации и качество жизни пациентов после выписки. Актуальной задачей остается повышение осведомленности клинического персонала о специфике психических нарушений у критических пациентов, внедрение клинических протоколов, а также разработка единых диагностических и терапевтических стандартов. Перспективным направлением развития психореаниматологии является интеграция психиатрического обследования в структуру интенсивной терапии. Только такой системный и прогностически ориентированный подход позволит не просто лечить, а реально улучшать функциональные исходы и психическое здоровье тяжелых соматических пациентов.

Литература / References

1. Ашимов А.А., Касымова Н.Т., Ерсеитова Г.Б., Кумисбекова А.Б. Психические расстройства у пациентов в анестезиологии и реаниматологии. Вестник КазНМУ. 2014;2(2):79-83. Ashimov AA, Kasymova NT, Yerseitova GB, Kumisbekova AB. Mental disorders in patients in anesthesiology and intensive care. Vestnik KazNMU. 2014;2(2):79-83. (In Russ.).
2. Будза В.Г., Чалая Е.Б., Антохин Е.Ю. Патогенез психосоматических расстройств у пациентов с постинсультными двигательными нарушениями. Психические расстройства в общей медицине. 2016;1-2:15-21. Budza VG, Chalaya EB, Antokhin EYu. Pathogenesis of psychosomatic disorders in patients with post-stroke movement disorders. Psichiteskie rasstroistva v obstei medicine. 2016;1-2:15-21. (In Russ.).
3. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях. Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2009;1(2):9-12. Voznesenskaya TG. Depression in cerebrovascular diseases. Nevrologiya, nejropsihiatriya i psihosomatika. 2009;1(2):9-12. (In Russ.).
4. Гельфанд Б.Р., Линев Д.В., Ярошецкий А.И. и др. Делирий у больных в критических состояниях: критерии оценки тяжести, прогноз, лечение. Анналы хирургии. 2016;21(12):60-73. Gelfand BR, Linev DV, Yaroshetsky AI, et al. Delirium in critically ill patients: criteria for assessing severity, prognosis and treatment. Annaly hirurgii. 2016;21(12):60-73. <https://doi.org/10.18821/1560-9502-2016-21-1-60-73>. (In Russ.).
5. Дунаевский В.В., Кузнецов А.В. Кататония — эволюция взглядов и современные представления (обзор литературы). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019;4-2:29-40. Dunaevsky VV, Kuznetsov AV. Catatonia — evolution of views and current understanding (literature review). Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2019;4-2:29-40. (In Russ.).
6. Захаров В.В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения. Consilium medicum. 2011;2:82-90.

- Zakharov VV. Neuropsychological tests. Necessity and possibility of application. *Consilium medicum*. 2011;2:82–90. (In Russ.).
7. Иванец Н.Н., Царенко Д.М., Боброва М.А. и др. Применение модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для оценки состояния больных в общей медицинской практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012;1:52–57.
Ivanets NN, Tsarenko DM, Bobrova MA, et al. Application of the modified Addenbrooke's cognitive scale for assessing the condition of patients in general medical practice. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psichosomatika*. 2012;1:52–57. (In Russ.).
 8. Ивкин А.А., Григорьев Е.В., Шукевич Д.Л. Диагностика когнитивной дисфункции у пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2018;15(3):47–55.
Ivkin AA, Grigoriev EV, Shukevich DL. Diagnosis of cognitive dysfunction in patients in intensive care units. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii*. 2018;15(3):47–55.
<https://doi.org/10.21292/2078-5658-2018-15-3> 47–55. (In Russ.).
 9. Конорева А.Е., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Кататония: патофизиология, диагностика и современные подходы к лечению. *Современная терапия психических расстройств*. 2019;4:2–10.
Konoreva AE, Tsukarzi EE, Mosolov SN. Catatonia: pathophysiology, diagnosis and contemporary treatment approaches. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2019;4:2–10. (In Russ.).
<https://doi.org/10.21265/PSYPH.2019.17.70.001>
 10. Левин О.С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы. *Consilium medicum*. 2009;11(2):55–61.
Levin OS. Cognitive impairments in therapist's practice: diseases of the cardiovascular system. *Consilium medicum*. 2009;11(2):55–61. (In Russ.).
 11. Лихванцев В.В., Улиткина О.Н., Резепов Н.А. Послеоперационный делирий: что нового предлагает нам новое руководство ESA-2017. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2017;14(2):41–47.
Likhvantsev VV, Ulitkina ON, Rezepov NA. Delirium in anesthesiology and intensive care: modern approaches to diagnosis and treatment. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii*. 2017;14(2):41–47. (In Russ.).
<https://doi.org/10.21292/2078-5658-2017-14-2-41-47>
 12. Малин Д.И., Рывкин П.В. Психотропный лекарственный делирий. Современная терапия психических расстройств. 2018;3:38–43.
Malin DI, Rivkin PV. Psychotropic drugs induced Delirium. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2018;3:38–43. (In Russ.).
<https://doi.org/10.21265/PSYPH.2018.46.16770>
 13. Малин Д.И., Цукарзи Э.Э., Потанов И.В., Субботин К.Ю. Дифференциальная диагностика и терапия фебрильной кататонии на современном этапе развития психиатрии (описание клинического случая). *Современная терапия психических расстройств*. 2020;1:38–44.
Malin DI, Tsukarzi EE, Potapov IV, Subbotin KYu. On the issue of diagnosis and differential diagnosis of febrile catatonia at the present stage of development of psychiatry: case report. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2020;1:38–44. (In Russ.).
 14. Маслеников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Опыт применения транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) для лечения кататонической симптоматики (анализ клинического случая). *Современная терапия психических расстройств*. 2024;1:54–60. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.97.71.006
Maslenikov NV, Tsukarzi EE, Mosolov SN. Application of Transcranial Magnetic Stimulation (TMS) in Combination with Antidepressants for the Treatment of Catatonia (Case Report and Analysis) *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. 2024;1:54–60. (In Russ.).
<https://doi.org/10.21265/PSYPH.2024.97.71.006>
 15. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. — М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021.
МКБ-11. Glava 06. Psichicheskie i povedencheskie rasstrojstva i narusheniya nejropsichicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikaciya. — М.: «KDU», «Universitetskaya kniga». 2021. (In Russ.).
<https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0143>
 16. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца и др. 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021
Narkologiya: nacional'noe rukovodstvo. Pod red. N.N. Ivancs i dr. 2-e izd. — М.: GEOTAR-Media, 2021. (In Russ.).
 17. Незнанов Н.Г., Кузнецов А.В. Клинико-психопатологические аспекты патоморфоза кататонических расстройств. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020;1:64–71.
Neznanov NG, Kuznetsov AV. Clinical and psychopathological aspects of catatonia pathomorphosis. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii im. V.M. Behтерева*. 2020;1:64–71. (In Russ.).
 18. Овезов А.М., Пантелеева М.В., Князев А.В., Луговой А.В., Брагина С.В. Когнитивная дисфункция и общая анестезия: от патогенеза к профилактике и коррекции. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(3):101–105
Ovezov AM, Panteleeva MV, Knyazev AV, Lugovoy AV, Bragina SV. Cognitive dysfunction and general anesthesia: from pathogenesis to prevention and correction. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psichosomatika*. 2016;8(3):101–105. (In Russ.).
 19. Остроумова О.Д., Захаров В.В., Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения и артериальная ги-

- пертона: до и после инсульта. Лечебное дело. 2011;3:84–93
- Ostroumova OD, Zakharov VV, Vakhnina NV. Cognitive impairment and arterial hypertension: before and after stroke. *Lechebnoe delo*. 2011;3:84–93. (In Russ.).
20. Перехов А.Я., Дубатова И.В. Лечение фебрильной шизофрении инсулиновыми комами в условиях реанимационного отделения. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1999;2:31–32.
- Perehov AY, Dubatova IV. Treatment of Febrile Schizophrenia with Insulin Comas in the Intensive Care Unit. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 1999;2:31–32. (In Russ.).
21. Попугаев К.А., Савин И.А., Лубнин А.Ю. и др. Делирий в реаниматологической практике. *Анестезиология и реаниматология*. 2012;4:19–27
- Parugaev KA, Savin IA, Lubnin AY, et al. Delirium in intensive care practice. *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2012;4:19–27. (In Russ.).
22. Рябченко М.А., Лейдерман И.Н. Основные особенности диагностики и лечения делирия у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии: систематический обзор литературы. *Трансляционная медицина*. 2024;11(1):103–121.
- Ryabchenko MA, Leiderman IN. The main features of the diagnosis and treatment of delirium in patients of the intensive care unit: a systematic review of the literature. *Translyacionnaya medicina*. 2024;11(1):103–121. <https://doi.org/10.18705/2311-4495-2024-11-1-103-121>. (In Russ.).
23. Скворцова В.И., Концевой В.А., Петрова Е.А., Савина М.А. Депрессии и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: вопросы клинической оценки, диагностики и коррекции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009;109(9):4–11.
- Skvortsova VI, Kontsevov VA, Petrova EA, Savina MA. Depression and par depressive disorders in cerebral stroke: issues of clinical assessment, diagnosis and correction. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2009;109(9):4–11. (In Russ.).
24. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
- Skoraya medicinskaya pomoshch'. *Klinicheskie rekomendacii*. Pod red. S.F. Bagnenko. — M.: GEOTAR-Media, 2022. (In Russ.).
25. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций. 12-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2023.
- Snezhnevskij A.V. *Obshchaya psihopatologiya: kurs lekciy*. 12-e izd. — M.: MEDpress-inform, 2023. (In Russ.).
26. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения: клиника, патогенез, лечение. — М.: Медицина, 1982.
- Tiganov A.S. *Febriľnaya shizofreniya: klinika, patogenez, lechenie*. — M.: Medicina, 1982. (In Russ.).
27. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локишина А.Б. и соавт. Деменции: руководство для врачей. 2-е изд. М: МЕДпресс-информ, 2010.
- Yahno N.N., Zakharov V.V., Lokshina A.B. i soavt. *Demencii: rukovodstvo dlya vrachej*. 2-e izd. M: MEDpress-inform, 2010. (In Russ.).
28. Abdelbaky AM, Eldelpshany MS. Patient Outcomes and Management Strategies for Intensive Care Unit (ICU)-Associated Delirium: A Literature Review. *Cureus*. 2024;16(6):e61527. <https://doi.org/10.7759/cureus.61527>.
29. Afzal MS, Atunde FJ, Yousaf RA, Ali S, Nasir N, Medarametla GD, Muhammad N, Amin A. Pharmacologic Management of Intensive Care Unit Delirium and the Impact on the Duration of Delirium, Length of Intensive Care Unit Stay and 30-Day Mortality: A Network Meta-Analysis of Randomized-Control Trials. *Cureus*. 2023;15(3):e35843. <https://doi.org/10.7759/cureus.35843>
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, USA, DC: American Psychiatric Association. 2012–2013.
31. Bobo WV, Murphy MJ, Heckers SH. Recurring episodes of Bell's mania after cerebrovascular accident. *Psychosomatics*. 2009;50(3):285–8. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.3.285>
32. Braakman HM, Moers-Hornikx VM, Arts BM, et al. Pearls and oysters: electroconvulsive therapy in anti-NMDA receptor encephalitis. *Neurology*. 2010;75:44–46.
33. Cause ML, Bonanno L, Alagna A, et al. Prognostic Evaluation of Disorders of Consciousness by Using Resting-State fMRI: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2024;13(19):5704. <https://doi.org/10.3390/jcm13195704>
34. Cerejeira J, Nogueira V, Luis P, et al. The cholinergic system and inflammation: common pathways in delirium pathophysiology. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):669–75. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03883.x>
35. Chou KL, Amick MM, Brandt J, et al. A recommended scale for cognitive screening in clinical trials of Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2010;25(15):2501–2507
36. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez MR, et al. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDA encephalitis. *Lancet Neurology*. 2011;10(1):63–74
37. Davydov DS, Gifford J.M, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Psychiatric morbidity in survivors of the acute respiratory distress syndrome: a systematic review. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(4):512–519
38. Dhossche D, Stoppelbein L, Rout U. Etiopathogenesis of Catatonia. Generalizations and Working Hypotheses. *J. ECT*. 2010;26(4):253–258
39. Dunne SS, Coffey JC, Konje S, et al. Biomarkers in delirium: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2021;147:110530. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110530>

40. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286(21):2703–2710. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>
41. Eudo C, Beaufils E, Desmidt T, Constans T, Hommet C, Mondon K, Cottier JP. First manic episode revealing cerebellar stroke. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(3):588–589. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03863.x>
42. European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014;12:141. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2>
43. Ferro JM, Caeiro L, Santos C. Poststroke emotional and behavior impairment: a narrative review. *Cerebrovasc Dis*. 2009;27(suppl 1):197–203. <https://doi.org/10.1159/000200460>
44. Fink M, Taylor M. The Catatonia Syndrome. Forgotten but Not Gone. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2009;66(11):1173–1177.
45. Ghaziuddin N, Alkhouri I, Champine D, et al. ECT treatment of malignant catatonia/NMS in an adolescent: a useful lesson in delayed diagnosis and treatment. *J. ECT*. 2002;18(2):95–98.
46. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Chalhoub RÁ, et al. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Crit Care*. 2012;16:R115. <https://doi.org/10.1186/cc11407>.
47. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly patients: pathophysiology and management. *The Lancet*. 2014;383:911–922
48. Jagadesan V, Thiruvengadam KR, Muralidharan R. Cerebellar Stroke manifesting as Mania. *Indian J Psychol Med*. 2014;36(3):338–340. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.135396>
49. Jarman A, Chapman K, Vollam S, Stiger R, Williams M, Gustafson O. Investigating the impact of physical activity interventions on delirium outcomes in intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis. *J Intensive Care Soc*. 2023;24(1):85–95. <https://doi.org/10.1177/17511437221103689>.
50. Kinalski SDS, Beuter M, Benetti ERR, Leite MT, Venturini L, Brandão MAG. Nursing microtheory in the prevention of delirium in older adult in the intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023;31:e4070. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6707.4070>.
51. Koreki A, Takahata K, Tabuchi H, Kato M. Increased left anterior insular and inferior prefrontal activity in post-stroke mania. *BMC Neurol*. 2012;12:68. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-12-68>
52. Kotfis K, van Diem-Zaal I, Williams Roberson S, Sietnicki M, van den Boogaard M, Shehabi Y, Ely EW. The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Crit Care*. 2022;26(1):200. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>.
53. Krewulak KD, Rosgen BK, Ely EW, et al. The CAM-ICU-7 and ICDSC as measures of delirium severity in critically ill adult patients. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242378>
54. Kumar A, Ridha M, Claassen J. Prognosis of consciousness disorders in the intensive care unit. *Presse Med*. 2023;52(2):104180. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2023.104180>.
55. la Cour KN, Andersen-Ranberg NC, Weihe S, Poulsen LM, Mortensen CB, Kjer CKW, Collet MO, Estrup S, Mathiesen O. Distribution of delirium motor subtypes in the intensive care unit: a systematic scoping review. *Crit Care*. 2022;26(1):53. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03931-3>.
56. Larner AJ. Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) in day-to-day clinical practice. *Age Ageing*. 2007;36(6):685–686
57. Liu SB, Wu HY, Duan ML, Yang RL, Ji CH, Liu JJ, Zhao H. Delirium in the ICU: how much do we know? A narrative review. *Ann Med*. 2024;56(1):2405072. <https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2405072>.
58. Luchini F, Lattanzi L, Bartolommei N, et al. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: Two disorders of the same spectrum? Four case reports. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2013;201(1):36–42.
59. Mann SC, Auriacombe M, Macfadden W, et al. Lethal catatonia: clinical aspects and therapeutic intervention. A review of the literature (in French). *Encephale*. 2001;27:213–216.
60. Marra A, Kotfis K, Hosie A, et al. Delirium monitoring in ICU patients: a systematic review. *American Journal of Critical Care*. 2019;28:127–135
61. Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, et al. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2006;21(11):1078–1085
62. Miranda F, Gonzalez F, Plana MN, Zamora J, Quinn TJ, Seron P. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;11:CD013126. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013126.pub2>.
63. Mirza MR, Pogoriler J, Paral K, et al. Therapeutic Plasma Exchange For Anti-N-methyl-D-aspartate Receptor Antibody Encephalitis: A Case Report and Review of Literature. *J. Clin. Apheresis*. 2011;26:362–365
64. Moscovich M, Novak F, Fernandes A, et al. Neuroleptic malignant syndrome. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2011;69(5):751–755.
65. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: Psychopathology and pathophysiology. *J. Neural. Transm*. 2002;109:1453–1467.

66. Norgard NB, Stark JE. Olanzapine-associated neuroleptic malignant syndrome. *Pharmacotherapy*. 2006;26:1180–1182
67. Palakshappa JA, Hough CL. How We Prevent and Treat Delirium in the ICU. *Chest*. 2021;160(4):1326–1334. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.06.002>.
68. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013;369(14):1306–1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372>
69. Park SY, Lee HB. Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines. *Acute Crit Care*. 2019;34(2):117–125. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00451>.
70. Patel AL, Shaikh WA, Khobragade AK, et al. Electroconvulsive Therapy in Drug Resistant Neuroleptic Malignant Syndrome. *JAPL*. 2008;56:49–502
71. Pinho C, Cruz S, Santos A, Abelha FJ. Delirium in surgical ICU patients: risk factors and outcomes. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2016;33:507–513
72. Prendergast NT, Tiberio PJ, Girard TD. Treatment of Delirium During Critical Illness. *Annu Rev Med*. 2022;73:407–421. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-042220-013015>.
73. Reulbach U, Dutsch C, Biermann T, et al. Managing an effective treatment for neuroleptic malignant syndrome. *Critical Care*. 2007;11:4–10.
74. Rummel NE, Vasilevskis EE, Han JH, et al. Implementing delirium screening in the ICU: secrets to success. *Crit Care Med*. 2013;41(9):2196–208. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31829a6f1e>
75. Ryu S, Kim YH, Kim NY. Effect of Delirium Prevention Program on Delirium Occurrence and the Length of Intensive Care Unit (ICU) Stay: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2022;51(8):1741–1754. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i8.10256>.
76. Santos CO, Caeiro L, Ferro JM, Figueira ML. Mania and stroke: a systematic review. *Cerebrovasc Dis*. 2011;32:11–21. <https://doi.org/10.1159/000327032>
77. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med*. 2021;47(10):1089–1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>.
78. Vitello M.M., Laureys S., Thibaut A., Gosseries O. Non-pharmacologic interventions in disorders of consciousness. *Handb Clin Neurol* 2025. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-13408-1.00007-5>.
79. Wilcox J, Duffy P. The Syndrome of Catatonia. *Behav. Sci*. 2015;5:576–588.
80. Wong IMJ, Thangavelautham S, Loh SCH, Ng SY, Murfin B, Shehabi Y. Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit-A Practice-Based Approach. *Ann Acad Med Singap*. 2020;49(4):215–225.
81. Yang Y, Zhao X, Dong T, Yang Z, Zhang Q, Zhang Y. Risk factors for postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Surgical Research*. 2014;187(1):49–57
82. Young G.B., Norton L. A historical review of consciousness and its disorders. *Handb Clin Neurol*. 2025. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-13408-1.00009-9>

Сведения об авторах

Ершов Вадим Иванович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, директор Университетского научно-клинического центра неврологии, нейрореаниматологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6. E-mail: ervad2010@yandex.ru

Антохин Евгений Юрьевич — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, клинической психологии, профессор кафедры психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. E-mail: antioh73@yandex.ru

Чалая Елена Борисовна — к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, клинической психологии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. E-mail: 261007@bk.ru

Чалый Виталий Анатольевич — ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. E-mail: 261007@bk.ru

Поступила 30.09.2025

Received 30.09.2025

Принята в печать 23.03.2026

Accepted 23.03.2026

Дата публикации 28.08.2026

Date of publication 28.08.2026