



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F 05**

Год утверждения (частота пересмотра): **2022**

Возрастная категория: **Взрослые**

Пересмотр не позднее: **2024**

ID: **742**

Разработчик клинической рекомендации

- **Общественная организация "Российское общество психиатров"**
- **ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

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 – аспартатаминотрансаминаза

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, суетливости 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).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 создают 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
Наличие синдрома деменции или когнитивного снижения	Хирургическое вмешательство
Существенное снижение зрения и/или слуха	Физическая травматизация
Возраст старше 75 лет	Одновременное назначение более 3 лекарственных препаратов
Делирий в анамнезе	Психические травмы или резкие изменения жизненной ситуации
Тяжелая или коморбидная соматическая патология	Инфекции, интоксикации, острые соматические заболевания, в т.ч. повышение показателей мочевины и креатинина

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

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:

F05.01 – делирий вследствие сосудистого заболевания головного мозга;

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;

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 возрастно-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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

В соответствии с международными диагностическими рекомендациями Европейской психиатрической ассоциации и Европейской ассоциации делирия диагноз устанавливается в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Критерии установления диагноза:

Для достоверного диагноза должны присутствовать симптомы из каждой из следующих групп:

а) измененное сознание и внимание

- измененное сознание от оглушения до комы
- сниженная способность направлять, фокусировать, поддерживать и переключать внимание;

б) 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;

в) психомоторные расстройства

- гипо- или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому;
- повышенный или сниженный поток речи;

г) расстройства ритма сон -бодрствование

- бессонница, тотальная потеря сна
- инверсия ритма сон - бодрствование: сонливость днем, ухудшение симптомов в ночное время;

– беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации;

д) эмоциональные расстройства, как например, депрессия, тревога, страхи, раздражительность, эйфории, апатия или недоумение и растерянность.

Диагноз делирия является клиническим, устанавливается на основании анамнеза, наблюдения за пациентом и оценки психического, неврологического и соматического статуса. [12,13,14]

2.1 Жалобы и анамнез

С учетом измененного уровня сознания и расстройств познавательной сферы жалобы на психические проявления делирия могут отсутствовать.

- **Рекомендуется** обратить внимание на жалобы, касающиеся соматической сферы, т.к. они могут иметь отношение к тому фактору, который явился провокацией развития делирия, например быть связанным с физической травматизацией, декомпенсацией соматической патологии, инфекционным процессом и т.д. (см. табл.1) [15,16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуется** выявить в анамнезе факторы, предрасполагающие к развитию делирия и факторы, провоцирующие развитие делирия, в первую очередь наличие ранее выявленного когнитивного снижения, сенсорной депривации (снижение остроты слуха и зрения), снижения функционального статуса, тяжелой соматической патологии, инфекционных заболеваний, повышения уровня креатинина и мочевины в периферической крови, перенесенных в прошлом эпизодов делирия, депрессии [15,16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Исследование данных анамнеза показано всем пациентам с симптоматикой делирия и не имеет противопоказаний [15,16].

2.2 Физикальное обследование

Оценка психического статуса описана в разделе «клиническая картина»

- **Рекомендуется** провести тщательную оценку соматического статуса для:

- 1) диагностики острой соматической патологии, прежде всего воспалительного и инфекционного характера [15-17];

- 2) выявления возможных декомпенсаций хронических соматических заболеваний ранее обнаруженных у пациента (сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета и т.п.);
Получение указанных данных и последующая коррекция их влияния способствуют максимально возможной редукции проявлений делирия [15-17].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2.

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

- **Рекомендуется** провести неврологический осмотр пациента для исключения острой неврологической патологии. Оценка неврологического статуса показана всем пациентам с симптоматикой делирия и не имеет противопоказаний [18].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.

Комментарий. Появление острой неврологической симптоматики может указывать на развитие острой недостаточности мозгового кровообращения. Симптомы делирия, агитация, расширение зрачков, клонус, гипертермия, кишечные расстройства могут указывать на острый серотониновый синдром [19]. Симптомы делирия, гипертермия в сочетании с выраженной мышечной ригидностью и повышением уровня сывороточной креатининкиназы могут указывать на злокачественный нейролептический синдром. У истощенных пациентов с нистагмом, офтальмоплегией, аномалиями зрачков и атаксией можно заподозрить энцефалопатию Вернике [20].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется пациентам с симптомами делирия проведение следующих лабораторных диагностических исследований с целью выявления причины развития делирия при наличии указаний в анамнезе или данных физикального обследования на соответствующую соматическую патологию:

Предполагаемая соматическая патология	Лабораторное исследование	Уровень рекомендаций и уровень достоверности доказательств.
Анемия, воспалительные и инфекционные заболевания	1) общий (клинический) анализ крови с подсчетом количества нейтрофилов и лимфоцитов [74,100]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.
Почечная недостаточность	2) исследование уровня мочевины и креатинина в крови [22]	Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5.
Обезвоживание, нарушения электролитного обмена	3) исследование уровня калия, натрия в крови [22]	Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5.
Сахарный диабет, недостаточное питание	4) исследование уровня глюкозы в крови [22]	Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5.
Воспалительные заболевания	5) определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови [75]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.
Патология щитовидной железы	6) исследование уровня свободного тироксина и тиреотропного гормона сыворотки крови [76]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.
Печеночная недостаточность	6) исследование уровня АЛТ, АСТ и общего билирубина в крови [77]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.

Данные лабораторные исследования показаны пожилым пациентам с симптоматикой делирия неизвестной этиологии и при возможности венозного доступа не имеют противопоказаний.

Комментарий. Не смотря на большое количество выявленных биомаркеров делирия, ни один из них в настоящее время не показан для клинического применения в диагностике и мониторинговании делирия ввиду низкой специфичности. Отдельные исследования продемонстрировали, что повышение концентрации С-реактивного белка ассоциирован с большим риском развития делирия и с большей продолжительностью делирия.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Проведение инструментальных диагностических исследований показано при затруднениях в дифференцировке гипоактивного варианта делирия с другими расстройствами сознания и для уточнения причины делириозного состояния на этапе, когда рисунок поведения пациента позволяет осуществить исследование.

- **Рекомендуется** проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ) пациентам с эпилептическими приступами в анамнезе, при подозрении на атипичный эпилептический статус или нарушения сознания другой этиологии. Диагноз делирия подтверждают диффузное замедление фоновой активности, увеличение амплитуды дельта и тета-волн, периодические разряды типа трехфазной волны и полиморфная дельта-активность. ЭЭГ также может выявить периодические эпилептиформные разряды у некоторых пациентов с делирием, особенно на фоне сепсиса [18,24,25].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендуется** выполнить А04.12.001.006 ультразвуковую доплерографию транскраниальных артерий методом мониторинга или А04.12.005.003 дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока, не имеющее противопоказаний, для исключения гипоперфузии головного мозга всем пациентам с делирием и указаниями на ишемическую болезнь головного мозга в анамнезе [26].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

Комментарий. Отдельные исследования продемонстрировали транзиторное снижение кровотока в бассейне средне-мозговой артерии во время делирия, данные нарушения редуцировались после разрешения делирия.

- **Рекомендуется** нейровизуализация (А05.23.009 магнитно-резонансная томография головного мозга или А06.23.004 компьютерная томография головного мозга) пациентам с указаниями на предшествующую делирию черепно-мозговую травму, впервые выявленной очаговой неврологической симптоматикой, симптомами энцефалита или лихорадкой неясного генеза. Противопоказаниями для проведения магнитно-резонансной томографии являются наличие имплантов в виде кардиостимулятора, искусственных суставов, либо неудаленных металлических осколков[27,28].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

2.5 Другие диагностические исследования

Оценка когнитивного статуса при делирии

Делирий представляет собой острое расстройство внимания, уровня сознания и когнитивных функций, которое флуктуирует в течение дня и является проявлением другого медицинского состояния. При этом могут быть вовлечены различные высшие мозговые функции, включая восприятие, зрительно-пространственную ориентировку, память, речь. В структуре делирия также отмечаются нарушения цикла «сон – бодрствование» [29].

Краеугольным камнем диагностики является определение исходного психического состояния пациента и остроты любых изменений; при делирии изменения обычно происходят в течение нескольких часов или дней. Этот шаг является критическим и требует сбора анамнеза. Пренебрежение исходной оценкой психического статуса является основной причиной пропущенного диагноза, поскольку в противном случае можно было бы упустить резкое изменение состояния [30,31].

- При подозрении наличия деменции у пациентов с делирием **рекомендуется** провести оценку клинической картины и психического статуса для установки диагноза [78,79]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий:

Высшие психические функции при делирии	Характеристика
Сознание	Уровень сознания варьирует от возбуждения до сопора. Возможно чередование с периодами ясного сознания и критического отношения к болезненным проявлениям
Восприятие	Обманы восприятия. Часто зрительные галлюцинации, иллюзии. Возможные вербальные галлюцинации.
Внимание	Возможна только кратковременная концентрация внимания. Пациент легко отвлекается, часто не способен поддерживать беседу и выполнять диагностические тесты или быстро переключает свое внимание с одной задачи на другую.
Ориентация	Дезориентировка развивается очень быстро. Аллопсихическая ориентировка нарушена, аутопсихическая ориентировка сохранна.
Память	Вторичные нарушения памяти за счёт расстройств внимания. Воспроизведение недавно заученного материала обычно нарушено при сохранности памяти на отдаленные события.
Мышление	Нарушено (непоследовательное до бессвязности). Возможен фрагментарный острый чувственный бред.
Речь	Невнимательность и отвлекаемость затрудняют взаимодействие и общение пациентов с окружающими. Вербальная продукция больных с делирием обычно носит бессвязный характер.
Двигательная сфера	Ажитация или гипоактивность
Эмоциональная сфера	Лабильность аффекта. Страх, беспокойство, угнетение, апатия, эйфория

Скрининговая диагностика делирия

- Делирий у пожилых пациентов зачастую остается нераспознанным, так как чаще всего протекает в гипоактивной форме. [32,33]. Для скрининга делирия рекомендуется Шкала оценка спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM) (Приложение Г1) [34,35].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- Наличие когнитивного дефицита является предрасполагающим фактором для развития делирия [36,37,80,81]. Для оценки когнитивного дефицита, предшествующего развитию делирию рекомендовано проведение скрининговых шкал при поступлении пациента на курацию с высоким риском развития делирия: Краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini Mental State Examination, MMSE) [38,39], (Приложение Г2) или тест «рисование часов» (Приложение Г3) [40].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарий: Состояния, которые могут имитировать делирий, включают деменцию, депрессию и психоз. Резкое изменение психического статуса по сравнению с исходным может отличить делирий от других состояний. Расстройство внимания характерны для делирия, но имеют тенденцию возникать на более поздних стадиях деменции. Для точного дифференциального диагноза необходимо знать анамнестические данные пациента.

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

Лечение делирия должно быть основано на следующих принципах:

1. Устранение факторов, провоцирующих делирий:

- травматизация
- полипрагмазия
- снотворные и седативные средства, антихолинергические препараты, антигистаминные средства
- необычная среда (стресс, связанный со сменой местоположения или окружения) - у пациентов с деменцией
- интоксикации (инфекционной и неинфекционной природы)
- гипоксия/ИВЛ
- шок, гиповолемия, гипотермия
- дегидратация
- пониженное питание, гипоальбуминемия
- метаболические нарушения (электролиты, глюкоза, кислотно-щелочное состояние)
- хирургические вмешательства
- депривация сна
- боль

2. коррекция обратимых причин делирия

3. обеспечение безопасности

4. мониторинг психического статуса

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

1. Проводить как можно более раннюю мобилизацию больных, в случае если делирий возник на фоне длительного сохранения пациентом горизонтального положения (послеоперационный период, нахождение на ИВЛ и др.)
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.
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 [53,54].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

- **Рекомендуется** отказ от лечения гипоактивного делирия фармакологически [43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Для лечения делирия, не связанного с приемом алкоголя и других психоактивных веществ, **рекомендуется** терапия первичного заболевания [82].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)

- Для лечение делирия, не связанного с приемом алкоголя и других психоактивных веществ, **не рекомендуется** использовать препараты из группы антипсихотических средств [45,46,47,48,49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3)

Комментарий: Это связано не только с частым отсутствием лечебного эффекта фоне терапии антипсихотическими средствами, но и с большей частотой побочных реакций у пожилых пациентов, по сравнению с больными молодого возраста. Лечение антипсихотическими средствами следует проводить только в случае невозможности коррекции поведенческих нарушений другими способами, а также при непосредственной угрозе для жизни и здоровья пациента и медицинского персонала.

- При невозможности коррекции поведенческих нарушений нефармакологическими способами, а также при непосредственной угрозе жизни и здоровью пациента и медицинского персонала на фоне психомоторного возбуждения, антипсихотическая терапия **рекомендована** к использованию в минимальной эффективной дозировке в максимально короткие сроки, и наиболее целесообразна при гиперактивном варианте делирия. Терапию делирия **рекомендуется** начинать с антипсихотических средств атипичного ряда. У пациентов с делирием при психомоторном возбуждении рекомендовано использование #зипрасидона в виде лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечных инъекций (нач. дозировка - 10 мг, макс. 40 мг) или #рисперидон** (нач. доза - 0.5 мг) с повторным приемом не ранее 2-4 часов от первой дозы [44; 83]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- При невозможности купирования делирия препаратами атипичного ряда, рекомендуется в качестве препарата выбора галоперидол** (внутри в виде таблеток или капель, начальная разовая дозировка - 0,5 мг, суточная дозировка - 1-10 мг, разделенная на 2-3 приема, в случае сохранения возбуждения, дозировку можно увеличивать с интервалом от 2 до 4 часов до достижения максимальной дозы - 10 мг) [83]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- После регресса проявлений делирия **рекомендовано** снижение дозы антипсихотического средства 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 [45,46,47,48,49].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Применение производных бензодиазепина также **не рекомендовано** для применения у пациентов с делирием, поскольку они могут ухудшать клиническую картину заболевания [43, 50,51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: пожилые пациенты более подвержены риску гиперседации и миорелаксации, вызванных приемом производных бензодиазепина.

- Использование производных бензодиазепина **рекомендовано** пациентам пожилого возраста в том случае, если делирий вызван эпилептическим приступом.[95]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)

- В случае гиперактивного варианта делирия, либо периода гиперактивности при его смешанном варианте, **не рекомендуется** назначать другие психостимуляторы и ноотропные препараты (например, пирацетам**) [45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- **Рекомендуется** назначение антихолинэстеразных средств (ривастигмин**, галантамин**, донепезил) при развитии делирия у пациентов с деменцией [52,96].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- **Не рекомендуется** фармакологическое лечение делирия у пациентов с терминальными состояниями. [97]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

4.1 Реабилитация после делирия

- В реабилитационные мероприятия **рекомендовано** включать когнитивный тренинг, стимуляцию доступной физической активности пациентов, психообразовательную работу с лицами, ухаживающими за больным. Данные методы показаны после устранения острых проявлений психотического состояния и не имеют противопоказаний. [55]

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

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

4.2 Уход за пациентом с делирием

- **Рекомендуется** проведение психообразовательной работы с лицами, осуществляющими уход за пациентами, перенесшими делирий, включающая в себя:

- оценку динамики нарастания когнитивных нарушений пациента;
- оценка нарушений режима дня пациента, в т.ч. сна-бодрствования;
- оценка изменения уровня физической активности пациента и ее распределение в течение суток;
- оценка колебаний эмоционального состояния пациента.

Оценку вышеуказанных изменений рекомендуется проводить путем собеседования с пациентом, допускается использование опросников, а также путем динамического наблюдения за пациентом. После выявления установленных нарушений проведение мероприятий по их коррекции. [56, 84]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарий:

Работа лиц, осуществляющих уход за пациентами, по созданию наиболее комфортной среды пребывания пациента с максимальным приближением к знакомым, создающих сходство с домашней обстановкой, условиям:

- проведение консультаций у врача ЛФК, врача-гериятра с целью подбора упражнений и мероприятий для поддержания оптимального уровня физической активности, в индивидуальном порядке, в т.ч. прогулок на свежем воздухе;

- проведение консультации у врача-диетолога для подбора меню с исключением/снижением пищевых продуктов, напитков, провоцирующих стрессорное воздействие на организм пациента; [57]

- избегать чрезмерных когнитивных, а также сенсорных воздействий на организм пациента (избыточно громкие звуки, яркий искусственный свет, обилие ярко и разнообразно окрашенных предметов, окружающих пациента, длительный просмотр увеселительных телепередач, большое скопление людей в помещении);

- необходимо отдавать предпочтение использованию (при необходимости) спокойной и желательно знакомой музыки, нескольких цветовых вариантов из «теплой» гаммы, естественному освещению, ограничению по времени просмотра телепередач с подбором спокойных и тематически интересных пациенту.

- организовать режим посещения пациента родственниками, знакомыми;

- палаты, помещения должны быть с ограниченным числом пациентов, коммуникативный стиль общения с пациентами должен включать в себя простые слова и фразы; ясность речи, обращенной к пациенту, предоставление времени для ответа и внимательное выслушивание его, осуществление «контакта глазами», наблюдение за интонациями или несловесными знаками пациента; [58,59]

- создание когнитивно доступной среды для пациента с использованием табличек-указателей, картинок с крупными, короткими, простыми сообщениями, рисунками, напоминаниями, достаточного освещения, простоты планировки помещения для пребывания пациента;

- организация безопасной и доступной среды для пациента с использованием поручней, противоскользящих ковров, специальных подъемников для маломобильных пациентов, отсутствие порогов между помещениями, при их наличии – установка пандусов. Использование технических средств реабилитации, в т.ч. ходунков, вертикализаторов, инвалидных кресел, подъемников, противопролежневых матрасов, функциональных кроватей и другого специализированного медицинского оборудования и мебели, предназначенных для лиц с ограниченными возможностями; [60]

- создание рекреационных зон для проведения занятий с пациентами с использованием зеленых насаждений, стимульного материала. [61]

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Для профилактики делирия внимание должно быть уделено оценке предрасполагающих и провоцирующих факторов с воздействием на потенциально модифицируемые из них.

- При уходе за пожилыми пациентами в стационаре **рекомендуется** соблюдение комплексной программы HELP (Hospital Elder Life Program) для профилактики делирия и предотвращения пагубных последствий госпитализации, поддержания физического и когнитивного функционирования на протяжении всей госпитализации, максимизации независимости при выписке, помощи с переходом из больницы на дом, предотвращения незапланированной регоспитализации. Программа предполагает коррекцию у пациента шести факторов риска развития делирия: когнитивных расстройств, нарушение сна, гиподинамии, расстройств слуха, зрения и дегидратации [62,63,64,65].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий:

Полностью предотвратить возникновение делирия невозможно, но можно значительно снизить риск его развития за счет внедрения программы профилактики, что в свою очередь снизит экономические затраты на лечение пациентов и сократит количество дней пребывания в стационаре. Показано, что при соответствующей профилактике можно предотвратить до 1/3 случаев делирия [66].

Комплекс немедикаментозных методы профилактики и лечения делирия включают меры, направленные на правильную ориентацию больного во времени (в поле зрения пациента должны находиться часы и календарь с текущей датой) и пространстве, контакт с ним, обеспечение доступа дневного света в период бодрствования, соблюдение периодов бодрствования и сна, создание благоприятной обстановки для ночного сна, коррекция сенсорного дефицита (обеспечение при необходимости очками и слуховым аппаратом), возможность общения с родственниками (предварительное разъяснение им особенностей состояния пациента), ранняя мобилизация пациента после хирургического вмешательства, адекватный питьевой режим, обеспечение комфортных психологических условий (избегание излишнего шума, яркого света, доброжелательное отношение).

А также коррекцию провоцирующих ухудшение состояния пациента факторов окружающей его среды (соблюдение режима дня, сна и отдыха, физической активности, регулярные прогулки на свежем воздухе, наличие занятий с учетом интересов и потребностей пациента с исключением бесцельного времяпровождения, снижение чрезмерной нагрузки на все виды анализаторов, поддержание социальных связей и другой социальной активности пациента, сохранение привычной/знакомой обстановки с прежним кругом родных/знакомых); [67]

- Пациенты с предрасполагающими факторами развития делирия нуждаются в целенаправленном наблюдении со стороны врача и медицинских сестер. **Рекомендовано** ежедневное мониторирование состояния сознания и внимания пациента при помощи шкалы оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM). [68, 85, 99]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

- **Рекомендуется** проведение оценки когнитивного статуса пациента, а также оценка текущего общего состояния пациента с оценкой возможной декомпенсации сопутствующей соматической и неврологической патологии. С этой целью:

- используются опросники для оценки когнитивного статуса, сбор анамнестических сведений как у пациента, так и у лиц, осуществляющих уход за пациентом, на предмет динамики нарастания когнитивных нарушений. При выявлении нарушений проведение курсов медикаментозной терапии, либо коррекция текущей терапии при выявлении когнитивных нарушений [69,70].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

- **Рекомендуется** подбор адекватной терапии соматического/неврологического заболевания, декомпенсация которого может спровоцировать возникновение делирия [71].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)

- Необходимо осуществление контроля своевременного и регулярного приема подобранного лечения соматической/неврологической патологии. **Рекомендуется** контроль изменения общего состояния (наличие жалоб, объективные признаки изменения общего состояния: АД, температура, ЧДД, пульс, уровень глюкозы крови и т.д.) с подбором индивидуального режима посещений соответствующего профильного врача-специалиста согласно диагнозу соматического/неврологического заболевания, в т.ч. врача-гериатра. [66,72, 73,98]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

- **Рекомендуется** проведение диспансерных осмотров пациентов категорий риска возникновения делирия в соответствие с действующим порядком профилактических осмотров и диспансеризации. [73]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

- **Рекомендуется** просветительская и психообразовательная работа с лицами, осуществляющими уход за пациентами. [60]

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

6. Организация оказания медицинской помощи

Этапы оказания медицинской помощи

1. Догоспитальный этап. Организация проведения скринингов на догоспитальном этапе, которая включает оценку у пациентов старше 65 лет основных факторов риска возникновения делирия и краткую оценку когнитивных функций (проводится обученными медицинскими сестрами с оценкой результатов врачами амбулаторного звена при плановых посещениях/диспансеризации). Выявление по результатам пациентов группы высокого риска с внесением данных в амбулаторную карту с последующей организацией медицинской помощи, разработкой индивидуальных программ профилактики возникновения делирия с учетом установленных факторов риска. Активная работа в амбулаторных условиях по устранению корригируемых факторов риска возникновения делирия с привлечением и обучением лиц, осуществляющих уход за пациентом. [86,87,101]

2. Госпитальный этап. Преемственность с амбулаторными организациями по учету пациентов с высоким риском возникновения делирия. Организация полифункциональных профессиональных бригад по снижению/устранению рисков возникновения делирия в период госпитализации пациента (включает врача-гериатра, лечащего врача, других специалистов с учетом сопутствующей соматической/неврологической патологии, средний медицинский персонал, осуществляющий выполнение составленной индивидуальной программы по профилактике рисков возникновения делирия, а также иных, осуществляющих уход за пациентом). [66, 88, 89]

3. Постгоспитальный этап. Проведение реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику повторного возникновения делирия, а также риска повторных незапланированных госпитализаций. Обучение лиц, осуществляющих уход за пациентом, в плане ориентированности на профилактику повторного возникновения эпизодов делирия с регулярным проведением консультативных сессий для оценки достигнутых результатов, устранение неудач, разработки дальнейших плановых программ. [90,91]

Медицинские показания к госпитализации в медицинскую организацию

По возможности необходимо избегать госпитализации пациента, поскольку смена места пребывания пациента является одним из провоцирующих факторов возникновения делирия, в связи с этим решение о госпитализации должно приниматься после всесторонней комплексной оценки как состояния пациента, так и путей решения возникших сложностей по его ведению и возможному устранению причин ухудшения состояния. В то же время имеются экстренные показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации

1) Развитие делириозного состояния, угрожающего жизни и здоровью пациента или жизни и здоровью окружающих, является показанием к госпитализации в медицинскую организацию; [92]

- 2) неясные в диагностике состояния и случаи при отсутствии возможности обеспечения квалифицированной консультации и лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому;
- 3) состояния с отсутствием эффекта от проводимых лечебно-диагностических мероприятий (при обострении хронических заболеваний с декомпенсацией);
- 4) иные состояния, требующие срочного дополнительного обследования, если необходимое обследование в амбулаторных условиях с учетом возраста и состояния больного провести невозможно. [93]

Основания для выписки из медицинской организации

Основным показателем для возможной выписки из медицинской организации является полное устранение симптомов делириозного состояния в течение длительного периода, а также максимальное снижение рисков возникновения повторных эпизодов делирия.

К дополнительным факторам относятся необходимость организации ухода за пациентом в амбулаторных условиях, а также наличие лиц, осуществляющих уход с достаточным уровнем обучения ухода за пациентом. [94]

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Дополнительная информация отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Отметка выполнения
п/п		
Диагностика		
1.	Установлен диагноз клинико-психопатологическим методом согласно критериям МКБ-10	Да/Нет
2.	Проведена оценка соматического статуса	Да/Нет
3.	Проведена оценка неврологического статуса	Да/Нет
4.	Проведен общий (клинический) анализ крови с подсчетом количества нейтрофилов и лимфоцитов	Да/Нет
5.	Проведено исследование уровня мочевины и креатинина в крови	Да/Нет
6.	Проведено исследование уровня калия, натрия, общего кальция в крови	Да/Нет
7.	Проведено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
8.	Выполнено определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
9.	Проведено исследование уровня свободного тироксина и тиреотропного гормона сыворотки крови	Да/Нет
10.	Проведено исследование уровня АЛТ, АСТ и общего билирубина в крови	Да/Нет
11.	Выполнена электроэнцефалография (ЭЭГ) у пациентов с эпилептическими приступами в анамнезе, при подозрении на атипичный эпилептический статус или нарушения сознания другой этиологии.	Да/Нет
12.	Выполнена ультразвуковая доплерография транскраниальных артерий методом мониторингования	Да/Нет
13.	Выполнена ультразвуковая доплерография транскраниальных артерий методом мониторингования или дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока у пациентов с подозрением на ишемическую болезнь головного мозга	Да/Нет
14.	Проведена нейровизуализация пациентам с указаниями на предшествующую делирию черепно-мозговую травму, впервые выявленной очаговой неврологической симптоматикой, симптомами энцефалита или лихорадкой неясного генеза (МРТ головного мозга или КТ головного мозга)	Да/Нет
15.	Проведен скрининг делирия с помощью шкалы оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM)	Да/Нет
16.	Проведена оценка когнитивного дефицита с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (англ. Mini Mental State Examination, MMSE) или теста «рисование часов» (англ. clock drawing test (CDT))	Да/Нет
Лечение		
17.	Проведена терапия первичного состояния, вызвавшего делирий	Да/Нет
18.	Проведено купирование психомоторного возбуждения с помощью галоперидола при наличии показаний	Да/Нет
19.	Проведено купирование психомоторного возбуждения с помощью зипрасидона, оланзапина или рисперидона при наличии показаний	Да/Нет
20.	Проведена терапия производными бензодиазепина при делирии, вызванном эпилепсией	Да/Нет
21.	Проведена терапия антихолинэстеразными средствами у пациентов с сопутствующей деменцией	Да/Нет
22.	Организована терапевтическая среда вокруг пациента	Да/Нет

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. Колыхалов 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. S Martins, L Fernandes, Delirium in elderly people: a review. Frontiers in Neurology, June 2012, Volume 3, Article 101;
13. Fearing, M. A., and Inouye, S. K. (2009). Delirium. Focus 7, 53–63;
14. Fong, T. G., Tulebaev, S. R., and Inouye, S. K. (2009a). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat. Rev. Neurol. 5, 210–220;

15. Lindroth H, Bratzke L, Purvis S, et al. Systematic review of prediction models for delirium in the older adult inpatient. *BMJ Open* 2018;8:e019223. doi:10.1136/bmjopen-2017-019223;
16. Jennifer Watt, Andrea C. Tricco, Catherine Talbot-Hamon, et al. Identifying Older Adults at Risk of Delirium Following Elective Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Gen Intern Med* 33(4):500–9 DOI: 10.1007/s11606-017-4204-x;
17. Karla D. Krewulak, Henry T. Stelfox, E. Wesley Ely, Kirsten M. Fiest. Risk factors and outcomes among delirium subtypes in adult ICUs: A systematic review. *Journal of Critical Care* 56 (2020) 257–264 <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.017>
18. A.J.C. SLOOTER, R.R. VAN DE LEUR, AND I.J. ZAAL. Delirium in critically ill patients. *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 141 (3rd series) *Critical Care Neurology*, Part II, E.F.M. Wijdicks and A.H. Kramer, Editors <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63599-0.00025-9>].
19. W. Boyer, M Shannon, The Serotonin Syndrome, *N Engl J Med* 2005; 352:1112-1120 DOI: 10.1056/NEJMra041867
20. Sechi G, Serra A (2007). Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 6: 442–455.
21. [Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., and Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age Ageing* 38, 19–26.;
22. Saxena, S., and Lawley, D. (2009). Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgrad. Med. J.* 85, 405–413.
23. Hshieh et al. Delirium in the Elderly. *Psychiatr Clin N Am.* 2017 <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.001>
24. M.S. Boord, B. Moezzi, D. Davis et al. Investigating how electroencephalogram measures associate with delirium: A systematic review. *Clinical Neurophysiology* 132 (2021) 246–257 <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.09.009>;
25. Seung-Taek Oh, Jin Young Park. Postoperative delirium. *Korean J Anesthesiol* 2019 February 72(1): 4-12 <https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00073.1>
26. Haggstrom L, Welschinger R, Caplan GA. Functional neuroimaging offers insights into delirium pathophysiology: A systematic review. *Australasian Journal on Ageing.* 2017 DOI: 10.1111/ajag.12417
27. D. M. Wong Tin Niam. Intracranial cause of delirium: computed tomography yield and predictive factors. *Internal Medicine Journal*, December 2010 <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2010.02400.x>;
28. S.J.T. van Montfort, et al Brain network disintegration as a final common pathway for delirium: a systematic review and qualitative meta-analysis. *NeuroImage: Clinical* 23 (2019) 101809

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013
30. Oh E.S., Fong T.G., Hshieh T.T., Inouye S.K. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. / JAMA– 2017- Vol. 318(12). – P. 1161–1174. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
31. Александровский Ю.А., Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 976 с
32. Robinson T.N., Raeburn C.D., Tran Z.V., et.al. Motor subtypes of postoperative delirium in older adults./Arch Surg.- 2011. - Vol. 146(3). - P. 295-300.
33. Kim S.Y., Kim S.W., Kim J.M., et.al. Differential Associations Between Delirium and Mortality According to Delirium Subtype and Age: A Prospective Cohort Study / Psychosom Med. – 2015. – Vol. 77(8). P. 903-910.
34. Liu Y., Zhang Q., Zhao Y., et.al. Delirium screening tools: A protocol for a systematic review and meta-analysis / Medicine (Baltimore) – 2020. – Vol. 99(35). - e21595. doi: 10.1097/MD.00000000000021595. PMID: 32871875; PMCID: PMC7458233
35. De J., Wand A.P. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients / Gerontologist - 2015. Vol. 55(6). – P. 1079-1099. doi:10.1093/geront/gnv100
36. Liu Y., Zhang Q., Zhao Y., et.al. Delirium screening tools: A protocol for a systematic review and meta-analysis / Medicine (Baltimore) – 2020. – Vol. 99(35). - e21595. doi: 10.1097/MD.00000000000021595. PMID: 32871875; PMCID: PMC7458233
37. De J., Wand A.P. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients / Gerontologist - 2015. Vol. 55(6). – P. 1079-1099. doi:10.1093/geront/gnv100
38. Mitchell A.J., Shukla D, Ajumal H.A., Stubbs B., Tahir T.A. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2014;36(6):627-633. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.09.003
39. Mitchell A.J., Shukla D., Ajumal H. A., Stubbs B., Tahir T.A. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis / General hospital psychiatry – 2015. – Vol. 36(6). – P. 627–633. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.003>
40. Meagher D., Williams O.A., O'Connell H., et.al. A systematic review and meta-analysis of the accuracy of the clock drawing test (CDT) in the identification of delirium in older hospitalised patients / Aging & mental health - 2021. – Vol. - 25(5). P. 879–888. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1727849>

41. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 1999 May;156(5 Suppl):1-20. PMID: 10327941.
42. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc. 2016 Apr;64(4):705-14. doi: 10.1111/jgs.14076
43. American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. J Am Geriatr Soc. 2015 Jan;63(1):142-50. doi: 10.1111/jgs.13281
44. Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. N Engl J Med. 2017 Oct 12;377(15):1456-1466. doi: 10.1056/NEJMcp1605501
45. Александровский Ю.А. (глав. ред.) Энциклопедия психиатрии: М.: РЛС;2003.
46. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: М.:Литтерра;2014.
47. Круглов Л.С., Беленцова Т.М., Беленцова В.С. Применение препарата тиаприд при состояниях острой психической спутанности в позднем возрасте. Рос. психиатр. журн. 2012;N4: С.53-57.
48. 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.
49. 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.
50. 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-psihicheskikh-rasstroystv-obzor-dokazatelnyh-issledovaniy>
51. Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium. Cochrane Database Syst. Rev. 2009;N4:CD006739.
52. Fong T.G., Tulebaev S.R., Inouye S.K. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol. 2009;5(4):210-220. doi:10.1038/nrneurol.2009.24
53. Aguirre E. Delirium and hospitalized older adults: a review of non-pharmacologic treatment. J.Contin. Educ. Nurs.2010;vol.41:151-152.
54. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R; American College of Critical Care Medicine. Clinical

practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013 Jan;41(1):263-306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72. PMID: 23269131

55. Abraha I., Trotta F., Rimland J.M., et al. Efficacy of Non-Pharmacological Interventions to Prevent and Treat Delirium in Older Patients: A Systematic Overview. The SENATOR project ONTOP Series. *PLoS ONE.* – 2015.- Vol. 10(6). - e0123090. doi:10.1371/journal.pone.0123090

56. Ibrahim K., McCarthy C.P, McCarthy K.J., et.al. Delirium in the cardiac intensive care unit. *Journal of the American Heart Association* – 2018. – Vol. 7(4). - p.e008568. Doi: 10.1161/JAHA.118.008568

57. Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline Published: 28 July 2010 www.nice.org.uk/guidance/cg103 ISBN: 978-1-4731-2992-4

58. Rivosecchi R.M, Smithburger P.L, Svec S., et.al. Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review / *Critical Care Nurse* – 2015. Vol. 35(1). – P. 39-49.

59. Smith C.D., Grami P., 2017. Feasibility and effectiveness of a delirium prevention bundle in critically ill patients. *American Journal of Critical Care* – 2017. – Vol. 26(1). – P. 19-27. doi: 10.4037/ajcc2017374

60. Martinez F.T., Tobar C., Beddings C. I., et.al. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention / *Age and ageing* - 2012. – Vol. 41(5). P. 629–634. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs060>

61. Ista E., Trogrlic Z., Bakker J., et.al. 2014. Improvement of care for ICU patients with delirium by early screening and treatment: study protocol of iDECePTivE study / *Implementation Science* – 2014. – Vol. 9(1). P. 143. doi: 10.1186/s13012-014-0143-7

62. Hshieh T.T., Yang T., Gartaganis S.L., Yue J., Inouye S.K. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness / *Am J Geriatr Psychiatry.* - 2018. – Vol. 26(10). - P. 1015-1033. doi:10.1016/j.jagp.2018.06.007],

63. Hshieh T.T., Yue J., Oh E., et.al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis / *JAMA Intern Med.* – 2015.- Vol. 175(4). - P.512-20. PMID: 25643002

64. León-Salas B, Trujillo-Martín M.M, Martínez Del Castillo L.P., et.al. Multicomponent Interventions for the Prevention of Delirium in Hospitalized Older People: A Meta-Analysis / *J Am Geriatr Soc* – 2020. - Vol. 68(12). - P. 2947-2954. doi: 10.1111/jgs.16768. Epub 2020 Sep 9. PMID: 32902909

65. Siddiqi N., Harrison J. K., Clegg A., et.al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients / *The Cochrane database of systematic reviews* – 2016. - Issue 3.

66. National Clinical Guideline Centre. Delirium: diagnosis, prevention and management. NCGC, 2010.
67. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK (2002) Delirium superimposed on dementia: a systematic review / J Am Geriatr Soc -2002. – Vol. 50. – P. 1723–1732. PMID: 12366629
68. Trogrlić Z., van der Jagt M., Bakker J., et. al. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes / Crit Care. - 2015. – Vol. 19(1). P.157. doi:10.1186/s13054-015-0886-9
69. Clegg A., Siddiqi N., Heaven A., Young J., Holt R. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care / The Cochrane database of systematic reviews -2014. – Issue 1. CD009537. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009537.pub2>
70. Woodhouse R., Burton J. K., Rana N., et.al. (2019). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. The Cochrane database of systematic reviews, 4(4), CD009537. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009537.pub3>
71. Hempenius L., Van Leeuwen B.L., Van Asselt D.Z., et.al. Structured analyses of interventions to prevent delirium / International Journal of Geriatric Psychiatry – 2011. – Vol. 26. P. 441–450. doi: 10.1002/gps.2560 PMID: 20848577
72. Delirium: prevention, diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK) – 2019. PMID: 31971702
73. Организация проведения профилактического медицинского осмотра диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2019 - 165 с. Утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О.М. Драпкиной и главным внештатным специалистом по медицинской профилактике Минздрава России Л.Ю. Дроздовой «22» октября 2019 г. Интернет-ресурсы: <https://www.gnicpm.ru/> и <http://org.gnicpm.ru/>
74. Zhao Y. et al. Neutrophil-lymphocyte ratio as a predictor of delirium in older internal medicine patients: a prospective cohort study //BMC geriatrics. – 2021. – Т. 21. – №. 1. – С. 1-9
75. Dunne S. S. et al. Biomarkers in delirium: A systematic review //Journal of Psychosomatic Research. – 2021. – С. 110530
76. Xu W. et al. The risk factors of postoperative delirium in patients with hip fracture: implication for clinical management //BMC Musculoskeletal Disorders. – 2021. – Т. 22. – №. 1. – С. 1-7

77. Zhou J, Xu X, Liang Y, Zhang X, Tu H, Chu H. [Risk factors of postoperative delirium after liver transplantation: a systematic review and meta-analysis](#). *Minerva Anesthesiol.* 2021 Jun;87(6):684-694
78. Goldberg TE, Chen C, Wang Y, et al. Association of Delirium With Long-term Cognitive Decline: A Meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2020;77(11):1373-1381.]
79. Geldmacher D. S. Differential diagnosis of dementia syndromes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2004: 20(1), 27-43. doi:10.1016/j.cger.2003.10.006
80. Kalimisetty S., Askar W., Fay B., Khan A. Models for Predicting Incident Delirium in Hospitalized Older Adults: A Systematic Review / *Journal of patient-centered research and reviews*-2017. - V. 4(2). - P.69–77. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1414>.
81. Girard T.D., Jackson J.C., Pandharipande P.P., et al: Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness / *Crit Care Med.* – 2010 – Vol. 38. – P.1513–1520.
82. Yang Y, Zhao X, Gao L, Wang Y, Wang J. Incidence and associated factors of delirium after orthopedic surgery in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2021 Jun;33(6):1493-1506. doi: 10.1007/s40520-020-01674-1. Epub 2020 Aug 9. PMID: 32772312
83. Caplan G. Managing delirium in older patients. *Aust Prescr* 2011;34:16-8. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2011.01>
84. Cohen C. et al. Integration of family caregivers in delirium prevention care for hospitalized older adults: A case study analysis // *Journal of Advanced Nursing.* – 2021. – Т. 77. – №. 1. – С. 318-330
85. Eastwood G. M. et al. A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU // *Australian critical care.* – 2012. – Т. 25. – №. 3. – С. 162-169
86. Colombo R., Corona A., Praga F. et.al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study - 2012. - Vol.78. - №9. - P. 1026-33. PMID: 2772860
87. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Проект. Клинический протокол. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр»
88. Boot R. Delirium: a review of the nurses role in the intensive care unit - 2012. - Vol. 28 №3. P.185-9. PMID: 22245104. doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.004.

89. Deemer K., Zjadewicz K., Fiest K. et.al. Effect of early cognitive interventions on delirium in critically ill patients: a systematic review - 2020. - Vol. 67 №8. P.1016-1034. doi: 10.1007/s12630-020-01670-z
90. Salvi F., Young J., Lucarelli M. et.al. Non-pharmacological approaches in the prevention of delirium - 2020. - Vol. 11. - №1. P.71-81. PMID: 32297241 DOI: 10.1007/s41999-019-00260-7
91. Godfrey M., John Green J., Smith J. et.al. Process of implementing and delivering the Prevention of Delirium system of care: a mixed method preliminary study - 2019. Vol. 20 № 1. P.1 PMID: 31892317 PMCID: PMC6938603 DOI: 10.1186/s12877-019-1374-x
92. Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1 ст. 29 пп. А, Б, В.
93. Rodrigo B Serafim R.B., Soares M., Bozza F.A. et.al. Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis - 2017. -Vol. 21. - № 1. P.179 PMID: 28697802 PMCID: PMC5506578 DOI: 10.1186/s13054-017-1765-3
94. Rose L., Agar M., Burry L.D., et.al. Del-CORs group Development of core outcome sets for effectiveness trials of interventions to prevent and/or treat delirium (Del-CORs): study protocol - 2017. - Vol. 7. - № 9. P.e016371. PMID: 28928181 PMCID: PMC5623471 DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016371
95. Sambin S. et al. Role of epileptic activity in older adults with delirium, a prospective continuous EEG study //Frontiers in neurology. – 2019. – T. 10. – C. 263.
96. Gogia B, Fang X. Differentiating Delirium Versus Dementia in the Elderly. 2021 Apr 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 34033356.
97. Finucane AM, Jones L, Leurent B, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;1(1):CD004770. Published 2020 Jan 21. doi:10.1002/14651858.CD004770.pub3
98. National Clinical Guideline Centre. Delirium: diagnosis, prevention and management. NCGC, 2010
99. Riekerk B. et al. Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit //Intensive and Critical Care Nursing. – 2009. – T. 25. – №. 5. – P. 242-249
100. Li D. et al. Lymphocyte and NK Cell Counts Can Predict Sepsis-Associated Delirium in Elderly Patients //Frontiers in Aging Neuroscience. – 2021. – T. 12. – C. 497
101. Hendry K., Quinn T., Evans J. et.al. Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study - 2016. Vol. 45 - № 6. - P. 832-837. PMID: 27503794 DOI: 10.1093/ageing/afw130

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Незнанов Николай Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP, Вена), заслуженный работник высшей школы
2. Залуцкая Наталья Михайловна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева
3. Круглов Лев Саввич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева
4. Беленцова Валентина Сергеевна, заведующая геронтопсихиатрическим отделением Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П.Кащенко
5. Бельцева Юлия Андреевна, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева
6. Гомзякова Наталья Александровна, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева
7. Пальчикова Екатерина Игоревна, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева
8. Занин Кирилл Валерьевич, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева

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

П1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референтным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референтным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референтным методом или исследования с референтным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

П2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

ПЗ. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам 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. Алгоритмы действий врача

При выявлении признаков делирия у пожилого пациента:

Исходить из неотложного характера данного состояния и необходимости срочных лечебно-организационных мероприятий;

В качестве первой линии подобных вмешательств следует рассматривать немедикаментозные воздействия;

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;

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, исключаям аспирацию, создание условий для достаточного сна;

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;

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 пациента

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:

Разъяснение как патологических явлений типичных симптомов делирия: двигательного беспокойства и/или ажитации, дезориентировки в окружающем, галлюцинаций и их возможно бредовой интерпретации пациентом;

Указания на возможность и даже характерность флюктуирующего течения состояния, вследствие которого возникающие улучшения совсем не обязательно означают завершение острого периода;

Обратить внимание на возможные причины делирия, его частую связь с деменцией, либо возможность перехода в нее.

Объяснить терапевтические возможности, обращая особое внимание на немедикаментозные стратегии, в которых крайне желательно участие близких больного.

Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. ШКАЛА ОЦЕНКИ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ (ДЕЛИРИЯ)

Оригинальное название: Confusion Assessment Method, CAM
Источник: Inouye S., van Dyck C., Alessi C. et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method. Annals of Internal Medicine 1990; 113(12): с. 941 - 948.
Тип: шкала оценки
Назначение: Диагностика состояния спутанности сознания (делирия) у пациента

Шаблон и интерпретация результатов:

1 этап	Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если на один из вопросов ответ «Да» → пункт 2
2 этап	Нарушение внимания: "Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А" Прочитайте следующую последовательность букв: «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы ИЛИ Выполнить визуальный тест с картинками	Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если ≥2 ошибок → пункт 3
3 этап	Изменения уровня сознания (Уровень сознания на текущий момент по шкале The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS - см. ниже)	Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → пункт 4
4 этап	Дезорганизованное мышление: Будет ли камень держаться на воде? Рыба живет в море? Один килограмм весит больше двух? Молотком можно забить гвоздь? ИЛИ (невербальный вариант) Команда: "Покажите такое же количество пальцев" (покажите 2 пальца) "Теперь сделайте то же другой рукой" (не демонстрируйте) ИЛИ "Добавьте еще один палец" (если пациент не может двигать обеими руками)	Если ≥ 2 ошибки → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
Заключение: ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ / делирия нет		

Ричмондская шкала ажитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)

+4	АГРЕССИВЕН: пациент агрессивен, настроен воинственно, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)
3	КРАЙНЕ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)
2	ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам
1	НЕСПОКОЕН: взволнован, но движения неагрессивные

0	СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН
-1	СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но всегда реагирует на голос (при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд)
-2	ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос (при вербальном контакте закрывает глаза менее, чем через 10 секунд)
-3	УМЕРЕННАЯ СЕДАЦИЯ: движения или открывание глаз на голос, но нет зрительного контакта
-4	ТЯЖЕЛАЯ СЕДАЦИЯ: отсутствует реакция на голос, сохранена реакция на физическую стимуляцию
-5	ОТСУТСТВИЕ ПРОБУЖДЕНИЯ: отсутствие реакции в ответ как на вербальные, так и на физические стимулы

Приложение Г2. КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Оригинальное название: Mini Mental State Examination (MMSE)
Источник: Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975;12 (3): с. 189 - 198
Тип: шкала оценки
Назначение: выявление (скрининг) и оценка тяжести когнитивного расстройства
Шаблон:

КОГНИТИВНАЯ СФЕРА	ОЦЕНКА
	(баллы)
1. Ориентировка во времени: Назовите (год), (время года), (месяц), (число), (день недели)	0 - 5
2. Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3. Восприятие: Повторите три слова: яблоко, стол, монета	0 - 3
4. Концентрация внимания:	0 - 5
<ul style="list-style-type: none"> Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз Либо: Произнесите слово "земля" наоборот 	
5. Память: Припомните 3 слова (см п. 3)	0 - 3
6. Речевые функции:	
<ul style="list-style-type: none"> Называние предметов (ручка и часы) 	0 - 2
<ul style="list-style-type: none"> Повторите предложение: "Одно нынче лучше двух завтра" 	0 - 1
<ul style="list-style-type: none"> 3-этапная команда: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол" 	0 - 3 (по 1 баллу за каждое верное действие)
<ul style="list-style-type: none"> Прочтите и выполните: "Закройте глаза" 	0 - 1

КОГНИТИВНАЯ СФЕРА	ОЦЕНКА
• Напишите предложение	0 - 1
• Срисуйте рисунок	0 - 1
Общий балл	0 - 30

Инструкция к Краткой шкале оценки психического статуса

1. Ориентировка во времени. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, день недели, месяц, год и время года. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

2. Ориентировка в месте. Задается вопрос "Где мы находимся?" Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: яблоко, стол, монета". Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. За каждое правильно воспроизведенное слово начисляется 1 балл. Следует предъявлять слова столько, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил, однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл.

5. Память. Пациента просят вспомнить слова, которые заучивались в п. 3. Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.

6. Речевые функции.

А. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.

Б. Пациента просят повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в 1 балл.

В. Устно дается команда, которая предусматривает последовательное выполнение трех вышеуказанных действий. Каждое действие оценивается в 1 балл.

Г. Дается письменная инструкция (например, "Закройте глаза"), пациента просят прочитать ее и выполнить. Инструкция должна быть написана достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги.

Д. Пациент должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение.

Е. Пациенту дается образец (два перекрещенных прямоугольника с равными углами), который он должен перерисовать на чистой нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. При этом не учитываются искажения фигур, обусловленные тремором.

Общий балл по шкале составляет максимум 30 баллов.

25 - 30 баллов - недементные когнитивные расстройства или норма

24 балла и менее - деменция (ориентировочно 20 - 24 балла - деменция легкой степени выраженности; 11 - 19 баллов - деменция умеренной степени выраженности; 0 - 10 баллов - тяжелая деменция).

Пояснения:

Данная шкала широко используется в качестве скринингового метода диагностики выраженных когнитивных нарушений, однако она имеет свои недостатки. Недопустима высокая частота применения шкалы у одного и того же больного в связи с возможной обучаемостью вопросам. Шкала является мало чувствительной для диагностики когнитивного дефицита у лиц с низким и очень высоким уровнем образования. Также шкала обладает недостаточной чувствительностью при диагностике додементных когнитивных нарушений.

Стоит учитывать, что шкала позволяет оценить тяжесть когнитивных расстройств только ориентировочно, в частности это касается диагностики деменции, при верификации которой ключевым моментом является подтверждение нарушений функционального статуса и повседневной активности.

Приложение Г3. ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ
Оригинальное название: The Clock Drawing Test (CDT)
Источник: Nishiwaki Y., Breeze E., Smeeth L. et al. Validity of the Clock-Drawing Test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. Am J Epidemiol. 2004; 160(8): с. 797 - 807.
Тип: шкала оценки
Назначение: оценка зрительно-пространственных и управляющих функций
Содержание:
Тест проводится следующим образом. Больному дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Врач говорит: "Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате, чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два". Больной самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции.
Интерпретация результатов:

Приложение Г3. ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ

Максимально пациент может получить за тест 10 баллов, которые начисляются следующим образом:

5 баллов за рисование циферблата:

- Замкнутый круг правильной формы (1 балл)
- Указаны все цифры от 1 до 12 (1 балл)
- Цифры нарисованы внутри круга (1 балл)
- Цифры нарисованы с равными интервалами (1 балл)
- Правильное расположение 4 основных цифр (12, 3, 6, 9)

5 баллов за расположение стрелок:

- По 1 баллу за правильное местоположение начала (центр круга) и конца стрелок (всего 4 балла)
- Разная длина часовой и минутной стрелок (1 балл)