

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ Клинический протокол

DOI: 10.37586/2686-8636-4-2022-17-23

УДК 616–06

Исаев Р.И.¹, Ткачева О.Н.¹, Рунихина Н.К.¹, Шарашкина Н.В.¹, Мхитарян Э.А.¹, Чердак М.А.¹,
Маневич Т.М.¹, Яхно Н.Н.²

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

² ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени
И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Резюме

Делирий — это угрожающее жизни состояние, проявляющееся расстройствами сознания, внимания и других когнитивных функций, которое имеет полифакториальный генез, тяжелые последствия и часто встречается среди лиц пожилого и старческого возраста в условиях стационара. Клинический опыт показывает, что в отечественной практике делирий у пациентов пожилого и старческого возраста часто не диагностируется, его признаки могут рассматриваться врачами как проявления других заболеваний, и это состояние часто воспринимается лишь как последствие влияния алкоголя. В статье приводится разработанный на основе собственного опыта и современных представлений мультидисциплинарной командой Российского геронтологического научно-клинического центра клинический протокол, в котором делирий у лиц пожилого и старческого возраста рассматривается как гериатрический синдром. В статье представлены последние диагностические критерии согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (DSM-5), приведен основной диагностический инвентарь — Шкала оценки спутанности сознания (ШОСС) (Confusion assessment method (CAM)), алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики, описаны клинические подтипы, тактика ведения, немедикаментозные и лекарственные подходы к лечению, а также принципы профилактики гериатрического делирия.

Ключевые слова: делирий; гериатрический синдром; гериатр; психиатр; пожилой возраст; старческий возраст; стационар; диагностика; подтипы делирия; тактика ведения; лечение; профилактика.

Для цитирования: Исаев Р.И., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Чердак М.А., Маневич Т.М., Яхно Н.Н. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2022; 4(9): 17–23. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2022-17-23

MANAGEMENT OF OLDER AND SENILE PATIENTS WITH A HIGH RISK OF DELIRIUM WHEN PROVIDING INPATIENT CARE Clinical protocol

Isaev R.I.¹, Tkacheva O.N.¹, Runikhina N.K.¹, Sharashkina N.V.¹, Mkhitaryan E.A.¹, Cherdak M.A.¹,
Manevich T.M.¹, Yakhno N.N.²

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Abstract

Delirium is an acute, life-threatening condition manifested by disturbance in consciousness, attention and cognition, which has a multifactorial genesis, severe consequences and commonly seen in older and senile people inpatient. Clinical experience in domestic practice shows that delirium diagnosis in older and senile patients is often missed, and its signs may be considered as manifestations of other diseases, while the state of delirium is often perceived only as an alcohol withdrawal. The article presents a clinical protocol developed and based on the firsthand experience and modern ideas by a multidisciplinary team of the Russian Gerontology Research and Clinical Centre, in which the delirium in older and senile people is considered as a geriatric syndrome. The article shows the latest diagnostic criteria according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), the main diagnostic tools are given — Confusion assessment method (CAM), diagnostic and differential diagnostic algorithms; clinical subtypes, management tactics, non-drug and drug approaches to treatment, as well as principles for the prevention of geriatric delirium are described.

Keywords: delirium; geriatric syndrome; geriatrician; psychiatrist; older age; senile age; hospital; diagnosis; subtypes of delirium; management tactics; treatment; prevention.

For citation: Isaev R.I., Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Sharashkina N.V., Mkhitarian E.A., Cherdak M.A., Manevich T.M., Yakhno N.N. Management of older and senile patients with a high risk of delirium when providing inpatient care. Clinical protocol. Russian Journal of Geriatric Medicine. 2022; 4(9): 17–23. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2022-17-23

ВВЕДЕНИЕ

Делирий — угрожающее жизни состояние, проявляющееся расстройствами сознания, внимания и других когнитивных функций, нарушениями цикла сон-бодрствование и поведения [1]. Делирий сопряжен с повышением смертности и развитием осложнений, среди которых важное место занимают деменция и потеря функциональной активности [2]. В зарубежной и отечественной медицине для обозначения данного состояния используются различные термины: острая спутанность сознания, токсико-дисметаболическая энцефалопатия, реанимационный психоз и другие. Общепринятым термином является делирий [3–5].

Одним из ведущих факторов риска развития делирия считается пожилой и старческий возраст. Общий показатель распространенности делирия у стационарных пациентов старшего возраста колеблется от 29% до 64% [4–5]. В работе врача общей практики частота возникновения делирия составляет от 11% до 42% [6]. Среди пожилых пациентов, находящихся в хирургических и гериатрических отделениях, этот показатель достигает 50–80% [6–8]. Послеоперационный делирий развивается у 15–53% пациентов в возрасте старше 65 лет [9]. Частота возникновения делирия у пожилых пациентов в отделениях реанимации достигает 70–87% [10, 11]. Делирий повышает риск смертности в терапевтических и хирургических подразделениях в 1,5 раза [7, 12], а в отделении реанимации — от 2 до 4 раз [7, 8, 13]. Данное расстройство приводит к увеличению длительности пребывания пациента в лечебных учреждениях, увеличению финансовых затрат на лечение. При этом делирий часто не диагностируется, что связано с недостаточным уровнем знаний по этому вопросу [5, 14]. По данным литературы выявляется только от 12% до 35% случаев делирия [15]. Низкий уровень диагностики делирия у пациентов пожилого и старческого возраста в отделениях как терапевтического, так и хирургического профиля приводит к тяжелым неблагоприятным последствиям, связанным с ухудшением когнитивных функций, возникновением инвалидности, склонности к инситуализации и повышению смертности [2].

Делирий обусловлен многочисленными причинами и рассматривается как мультифакториальный синдром. Факторы, способствующие развитию делирия, принято разделять на предрасполагающие и провоцирующие [16].

Предрасполагающие факторы — состояния, способствующие большей уязвимости физического и психического состояния людей пожилого

и старческого возраста к развитию делирия [16]. К ним относятся: исходное нарушение когнитивных функций, наличие сведений о ранее перенесенном делирии, а также полипрагмазия, сенсорный дефицит (нескорректированное ухудшение зрения, слуха), депрессия, хроническая инсомния.

Провоцирующие факторы — острые медицинские состояния, которые непосредственно вызывают делирий [16]. Наиболее частыми из них являются применение лекарственных средств с антихолинергическим эффектом, наличие острого инфекционного процесса, болевого синдрома, метаболических расстройств, обезвоживание, недостаточное питание и острая инсомния.

ДИАГНОСТИКА ДЕЛИРИЯ

Делирий — неотложное состояние, сопряженное с тяжелыми осложнениями и высокой смертностью. Ранняя диагностика делирия, своевременное уточнение лежащих в его основе причин и их устранение является важной задачей в клинической практике. Делирий, возникающий в пожилом возрасте, является полиэтиологичным, как правило соматогенным, расстройством. Современные представления о диагностике делирия представлены в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5) [17]. Ключевыми проявлениями делирия являются острое расстройство сознания и внимания, уровень которых колеблется в течение дня (Таблица 1, критерии А и Б)¹. Для постановки диагноза необходимо дополнительно наличие расстройств в одной из сфер высших психических функций, при этом при скрининге чаще выявляются нарушения памяти и мышления (Таблица 1, критерий В). При проведении дифференциального диагноза необходимо исключить другие расстройства, такие как деменция и кома (Таблица 1, критерий Г). Делирий является следствием какого-либо заболевания, интоксикации или может быть обусловлен множественными причинами (Таблица 1, критерий Д). Представленные современные критерии диагностики делирия направлены на максимальное упрощение постановки диагноза для врачей различных специальностей. Клинический опыт показывает, что делирий у пациентов пожилого и старческого возраста часто не диагностируется, и его признаки могут рассматриваться врачами как клинические проявления других расстройств. В нашей стране диагностика и лечение делирия относятся

¹ Здесь и далее в статье см. раздел «В помощь практикующему врачу»

к компетенции психиатров и наркологов. Часто случаи делирия необоснованно рассматриваются только как последствия алкогольной абстиненции. В работе с пациентами старшего возраста необходимо рассматривать делирий как гериатрический синдром, имеющий в основе факторы церебрального старения и, как правило, декомпенсацию соматических расстройств. В связи с этим в Российском геронтологическом научно-клиническом центре для разграничения данного состояния с алкогольным делирием коллективом авторов клинического протокола [48] предложено называть данное расстройство гериатрическим делирием. Практика показывает, что полиэтиологичность гериатрического делирия требует привлечения специалистов различного профиля для ведения таких пациентов.

Эффективным диагностическим методом выявления делирия является использование скрининговых шкал. Наиболее широко применяется шкала оценки спутанности сознания (ШОСС) (англ. Confusion assessment method (CAM)), обладающая высокой чувствительностью (94–100%) и специфичностью (90–95%) для выявления делирия [49]. Данная шкала позволяет оценивать течение делирия, состояние внимания, мышления и сознания (Таблица 2).

Клиническая практика показывает, что при выполнении тестирования по шкале ШОСС часто допускаются ошибки как врачами, так и средним медицинским персоналом. Инструкция по применению ШОСС описана в таблице 3. Наличие делирия необходимо предположить при выявлении у пациента не менее трёх признаков, при этом обязательным является наличие 1-го (острое или волнообразное изменение состояния) и 2-го (нарушение внимания) признаков. При наличии 1-го и 2-го признаков необходим, как минимум, еще 1 дополнительный признак: изменение сознания либо нарушение мышления. Также о делирии свидетельствует наличие всех четырёх признаков. В остальных случаях результат оценивается как отрицательный. Оценка состояния сознания проводится при помощи Шкалы возбуждения-седации Ричмонда (Таблицы 2 и 3), (англ. Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS). Использование ШОСС занимает около 5 минут и не требует от персонала специализированной психиатрической подготовки. Рекомендуется использование шкалы ШОСС:

- 1) при поступлении пожилого пациента в стационар;
- 2) после оперативного вмешательства;
- 3) при любом изменении состояния внимания, мышления, сознания пациента по сравнению с его исходным состоянием.

При поступлении в стационар у пожилых людей распространенность делирия составляет 14–24%, достигая в период госпитализации 56% [20, 21, 22].

Шкала ШОСС, как и любой скрининговый метод, не позволяет поставить точный диагноз

делирия, а лишь даёт возможность с высокой вероятностью предположить его наличие. Лечащий врач должен провести тщательную оценку клинической картины, факторов риска, исключить заболевания, которые могут имитировать делирий, после чего он может подтвердить или исключить диагноз делирия. При этом нужно помнить, что согласно Международной классификации болезней 11-го пересмотра делирий относится к классу 06 «психические и поведенческие расстройства» (нейрокогнитивные расстройства, 6D70), и для подтверждения окончательного диагноза необходимо заключение психиатра.

Важным является знание медицинским персоналом различных подтипов делирия у пациентов пожилого и старческого возраста, которые имеют различную клиническую картину и прогностическую значимость.

В зависимости от изменения психомоторной активности пациента выделяют три подтипа делирия. Различают *гиперактивный*, *гипоактивный* и *смешанный* подтипы [2, 23]. Такая дифференциация позволяет разрабатывать тактику ведения пациентов с учетом клинических проявлений определенного подтипа. Гиперактивный подтип характеризуется клинической картиной, которая схожа с проявлениями алкогольного делирия — у пациента отмечаются психомоторное возбуждение, агрессивность, могут возникать галлюцинации, при этом он часто представляет опасность для себя и окружающих. Особое внимание необходимо обратить на наиболее частый вариант течения делирия у пожилых людей — гипоактивный подтип, который имеет наименее худший прогноз и чаще остается не выявленным [2]. Пациенты с данным подтипом делирия имеют противоположную картину — они апатичны, их реакции на внешние стимулы замедлены или отсутствуют, они могут отказываться от еды, медикаментозного лечения. Часто в данном состоянии пациенты малоподвижны, что способствует развитию пролежней и пневмонии. При диагностике гипоактивного делирия необходимо обращать внимание на наличие «инерции сна», т.е. сонливости после пробуждения и в течение дня. Смешанный подтип проявляется сочетанием проявлений гиперактивного и гипоактивного подтипов, изменением психической и двигательной активности в течение текущего эпизода делирия [2, 23].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Гипоактивный подтип делирия может напоминать депрессию. Состояние психомоторной заторможенности, сонливости, отказа от помощи нередко расценивается врачами как наличие у пациента депрессии, также являющейся частым гериатрическим синдромом. Однако необходимо иметь в виду, что в структуре депрессии преобладают аффективные нарушения, кроме того, в отличие от делирия, депрессия часто имеет медленное развитие.

Для дифференциальной диагностики делирия и депрессии может использоваться Гериатрическая шкала депрессии или Опросник оценки риска депрессии (англ. The 9-question Patient Health Questionnaire (PHQ-9)) [24, 25] (Приложение 1). При наличии у пациента признаков депрессии требуется консультация психиатра.

Деменция также является актуальным гериатрическим синдромом и одним из ведущих факторов риска возникновения делирия. Главное отличие заключается в остром или подостром развитии делирия, флуктуирующем характере нарушений, тогда как при деменции когнитивные расстройства, как правило, развиваются медленно, исподволь, при сохранном сознании, продолжаясь или прогрессируя в течение многих месяцев и лет в отсутствие выраженных суточных колебаний нейрокогнитивного статуса. Другим важным отличительным признаком делирия является расстройство внимания как главного когнитивного расстройства, в то время как при деменции чаще доминирует нарушение памяти. Следует иметь в виду, что у пациентов с деменцией могут быть поведенческие нарушения, проявляющиеся, в частности, агрессивностью, галлюцинациями, что может напоминать гиперактивный подтип делирия. При трудностях дифференциальной диагностики деменции и делирия нужно вести пациентов с основным диагнозом делирия, как с неотложным состоянием, которое представляет потенциальную угрозу жизни.

Дифференциальная диагностика делирия и схожих клинических состояний представлена в таблице 4 [26].

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДЕЛИРИЕМ

Пациент с делирием должен наблюдаться в отделении реанимации. При рассмотрении вопроса о переводе пациента из отделения реанимации в общетерапевтическое (хирургическое и т.д.) необходимо иметь в виду, что кажущаяся оптимизация его психического состояния часто является мнимой вследствие характерного для делирия флуктуирующего течения. В такой ситуации преждевременное перемещение часто ухудшает состояние пациента. После стабилизации психического состояния и жизненно важных функций предпочтительным является наблюдение пациента в палате с медицинским постом, где необходимо создание наиболее комфортных условий его пребывания. Важной является согласованность действий врачей различных специальностей на каждом этапе ведения пациента с делирием. Учитывая полифакториальность делирия, оптимальным решением является ведение пациента мультидисциплинарной бригадой врачей [27]. В состав бригады должны входить лечащий врач, психиатр, невролог, терапевт и гериатр. Лечащий врач должен инициировать формирование команды врачей,

ведущими задачами которой должны быть выявление и устранение причин делирия, составление плана ведения пациента. Наиболее важные провоцирующие и предрасполагающие факторы делирия и алгоритм действий изложены в таблице 5. Первой линией лечения являются немедикаментозные подходы:

- обеспечение комфортных психологических условий (избегание излишнего шума, яркого света, доброжелательное отношение);
- поддержание адекватного питательного и водного режима;
- активное привлечение родственников пациента, разъяснение им особенностей состояния пациента;
- коррекция нарушения сна (соблюдение гигиены сна);
- возможное устранение сенсорного дефицита (обеспечение пациента при необходимости очками и слуховым аппаратом);
- реориентация пациента. К ней относятся меры, направленные на правильное ориентирование больного во времени и пространстве: в поле зрения должны находиться часы и календарь с текущей датой, должен быть обеспечен доступ дневного света.

Психиатр в команде врачей играет важную роль в проведении дифференциальной диагностики и лечении сопутствующих психических расстройств. Психиатр принимает решение о применении антипсихотических препаратов. При этом в настоящее время отсутствуют убедительные данные об эффективности медикаментозного лечения делирия [28, 29, 30]. Антипсихотические средства не влияют на продолжительность, тяжесть течения и время пребывания в стационаре пациента с делирием [30]. Имеются отдельные экспертные мнения в отношении использования нейролептиков при делирии. Основанием для применения нейролептиков в качестве симптоматического лечения может служить агрессивное поведение пациента с угрозой для жизни самого пациента или окружающих, а также активное его препятствие проводимому лечению [31]. Нейролептики используются у пожилых людей с большой осторожностью и в минимальных терапевтических дозировках. При этом галоперидол относится к наиболее изученным в мировой клинической практике препаратам медикаментозной терапии делирия. Рекомендуемые дозировки составляют 0,5–1 мг 2 раза в день [31]. Галоперидол противопоказан при наличии признаков паркинсонизма, особенно пациентам с деменцией с тельцами Леви, вследствие высокого риска нарастания экстрапирамидных расстройств [22]. Необходимо помнить также о том, что применение нейролептиков у пожилых людей сопряжено с другими серьезными осложнениями. Одним из них является удлинение интервала QT на электрокардиограмме с возможным

возникновением «пируэтной» желудочковой тахикардии. Риск данного осложнения особенно велик при внутривенном применении нейролептиков, что требует обязательного мониторинга сердечно-сосудистых показателей, и он минимален при пероральном приеме. Одним из нейролептиков, который не оказывает влияния на интервал QT, является арипипразол (0,5 мг 2 раза в день). К наиболее часто используемым атипичным нейролептикам относят оланзапин (2,5–5 мг 2 раза в день), кветиапин (12,5–25 мг 2 раза в день), рисперидон (0,5 мг 2 раза в день). При этом приём кветиапина связан с риском возникновения ортостатической гипотензии. Другим неблагоприятным фактором, связанным с приемом нейролептиков, является увеличение риска возникновения острого нарушения мозгового кровообращения и ухудшения когнитивных функций [31]. Показано, что применение нейролептиков в 4 раза увеличивает риск аспирационной пневмонии [32].

Использование мер физического ограничения является не только негуманным, но и создает сильный психологический стресс для пожилого человека. Такие меры могут быть оправданы только в случае наличия непосредственной угрозы жизни и здоровью пациента или медперсонала при условии, что они являются единственным средством для устранения данной угрозы [31].

При подозрении на употребление алкоголя или других психоактивных веществ необходим тщательный анализ токсикологического анамнеза. Применение препаратов из группы бензодиазепинов по современным рекомендациям оправдано только при делирии алкогольной этиологии [33], в других случаях их использование у пожилых пациентов сопряжено с риском ухудшения состояния.

Невролог должен провести неврологический осмотр для исключения заболеваний, которые связаны с органическим поражением головного мозга. При наличии неврологической симптоматики обязательным является проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга.

Учитывая частое возникновение делирия на фоне деменции, целесообразно проведение скрининга когнитивных расстройств при помощи теста «Mini-Cog» [34] (Приложение 2). При выявлении деменции необходимо решить вопрос о назначении антидементной терапии. При подозрении на эпилепсию необходимо проведение электроэнцефалографии. При наличии болевого синдрома крайне важным является адекватное обезболивание.

Другим значимым фактором является диагностика расстройств сна у пациента с делирием. С данной целью используется Индекс тяжести инсомнии (англ. Insomnia Severity Index (ISI)) [35] (Приложение 3). Для коррекции нарушений сна у пожилых пациентов в первую очередь применяют

немедикаментозные методы, среди которых важную роль играет соблюдение гигиены сна. При необходимости используются короткодействующие снотворные средства (зопиклон, залеплон).

В задачи терапевта входит решение широкого круга задач по выявлению и устранению соматических факторов, возможно, вызвавших и/или поддерживающих состояние делирия, среди которых наиболее часты инфекционные, сердечно-сосудистые, метаболические расстройства.

Существенный вклад в план ведения пожилого пациента с делирием вносит гериатр, который проводит комплексную гериатрическую оценку с учетом возраст-ассоциированных гериатрических синдромов. При этом проводится ревизия принимаемых пациентом лекарственных средств для исключения или замены из листа назначения препаратов, способных поддерживать состояние делирия (Таблица 6) [7]. Считается, что лекарственно-индуцированный делирий часто связан с применением опиатов, бензодиазепинов, дигидропиридинов и блокаторов H1-гистаминовых рецепторов [36].

ПРОФИЛАКТИКА ДЕЛИРИЯ

Ввиду высокой распространенности делирия среди пациентов старшего возраста, находящихся в стационаре, его склонности к серьезным неблагоприятным последствиям особое значение приобретают профилактические меры. Профилактика предполагает мультикомпонентный, немедикаментозный подход к ведению пациентов, при котором важное значение должно быть уделено оценке предрасполагающих и провоцирующих факторов с воздействием на потенциально модифицируемые из них.

Критерием качества оказываемой пожилым людям стационарной медицинской помощи должны быть максимально низкие показатели частоты возникновения делирия и его осложнений. 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 [37]. Одной из таких программ, широко применяемой в мировой клинической практике, является программа HELP (Hospital Elder Life Program), которая предполагает коррекцию у пациента шести факторов риска развития делирия: когнитивные расстройства, нарушение сна, гиподинамия, расстройства слуха и зрения и дегидратация. Было показано, что внедрение данной программы способствовало снижению частоты возникновения делирия на 40% и уменьшению его продолжительности [38, 39].

Для повышения эффективности профилактических мероприятий требуется организация

следующих мер на всех этапах оказания помощи в стационаре:

1) позиционирование гериатрического делирия как одного из основных гериатрических синдромов, угрожающих жизни пациента; настороженность врача в отношении возможного возникновения делирия в период стационарного лечения, исключение ятрогенного делирия;

2) внедрение в стационаре скрининговой системы, которая включает оценку у пациентов старше 65 лет основных факторов риска возникновения делирия и краткую оценку когнитивных функций;

3) определение по результатам скрининга на догоспитальном этапе и при госпитализации пациентов группы высокого риска с внесением данных в амбулаторную карту или историю болезни с последующей организацией в амбулаторных и стационарных условиях медицинской помощи для устранения корригируемых факторов риска делирия.

Пациенты с факторами риска развития делирия нуждаются в тщательном наблюдении со стороны врача и медицинских сестер. Рекомендован ежедневный мониторинг состояния сознания и внимания пациента. Рекомендовано при составлении врачом плана обследования и лечения исходить из имеющихся факторов и параллельно работать над их устранением по мере выявления. Нужно помнить, что устранение факторов риска развития делирия — это не только профилактика данного грозного состояния, но и улучшение качества жизни пожилого человека за счет лечения таких частых гериатрических расстройств, как депрессия, деменция, инсомния и других. Важное место занимает обучение медицинских сестер умения определять пациентов с повышенным риском развития делирия и предупреждать его возникновение [40]. Именно медсестра, проводя больше времени у постели пациента, собирает всю необходимую информацию и, как правило, первой замечает изменения в психическом статусе пациента. Поэтому особенно важным является вопрос знания медсестрой особенностей данного состояния и получения навыков успешной командной работы с врачом. Образовательные программы для врачей и медицинских сестер должны проводиться в виде обучающих лекций, семинаров и разборов клинических случаев с последующей оценкой знаний медперсонала по проблеме гериатрического делирия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний: Подходы к ведению больных / под ред. К.Г. Ликетоса, П.В. Рэбинса, Дж.Р. Липси, Ф.Р. Слэвни; пер. с англ. под ред. акад. РАН Н.Н. Яхно. — М.: МЕДпрессинформ, 2017. — 328 с.
2. Martins S., Fernandes L. Delirium in Elderly People: A Review / *Frontiers in Neurology*. — 2012. — V.3. — P101. DOI: 10.3389/fneur.2012.00101.
3. Полунина А.Г., Бегачев А.В., Шапочкина Ф.И., Брюн Е.А. (2009). Делирии и расстройства сознания у пожилых людей,

часть I: диагностика, эпидемиология, диагностика и обследование больных / Пожилой пациент. — 2009. — №1. — с. 14–19.

4. Колпащиков И.Н., Гаврилова С.И. Состояние спутанности сознания у пожилых больных многопрофильного стационара / *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. — 2014. — №114(6). — с. 13–19.

5. Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. Delirium in elderly people / *Lancet*. — 2014. — V. 383. — P. 911–922. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.

6. Siddiqi N., House A.O., Holmes J.D. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review / *Age Ageing*. — 2006. — V.35(4). — P. 350–364. DOI: 10.1093/ageing/afk005.

7. Setters B., Solberg L.M. Delirium / *Prim. Care*. — 2017. — V.44(3). — P.541–559. DOI: 10.1016/j.pop.2017.04.010.

8. Van den Boogaard M., Schoonhoven L., van der Hoeven L.G. et al. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: a prospective observational cohort study / *Int. J. Nurs. Stud.* — 2012. — V.49. — P. 775–783. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.016.

9. Inouye S.K. Delirium in older persons / *N. Engl. J. Med.* — 2006. — V.16;354(11). — P.1157–1165. DOI: 10.1056/NEJMr052321.

10. Pisani M.A., McNicoll L., Inouye S.K. Cognitive impairment in the intensive care unit / *Clin. Chest. Med.* — 2003. — V.24. — P.727–737. DOI: 10.1016/s0272-5231(03)00092-3.

11. Morandi A., Jackson J.C. Delirium in the intensive care unit: a review / *Neurol. Clin.* — 2011. — V.29(4). — P.749–763. DOI: 10.1016/j.ncl.2011.08.004.

12. Ely E.W., Shintani A., Truman B. et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit / *JAMA*. — 2004. — V.291. — P.1753–1762. DOI: 10.1001/jama.291.14.1753.

13. Jones R.N., Kiely D.K., Marcantonio E.R. Prevalence of delirium on admission to post-acute care is associated with higher number of nursing home deficiencies / *J. Am. Med. Dir. Assoc.* — 2010. — V.11(4). — P. 253–256. DOI: 10.1016/j.jamda.2009.08.009.

14. Collins N., Blanchard M.R., Tookman A. et al. Detection of delirium in the acute hospital / *Age ageing*. — 2010. — V.39. — P.131–135. DOI: 10.1093/ageing/afp201.

15. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline CG103. Updated 14 March 2019.

16. Rieck K.M., Pagali S., Miller D.M. Delirium in hospitalized older adults. *Hosp Pract* (1995). 2020 Mar; 48(sup1): 3–16. DOI: 10.1080/21548331.2019.1709359.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

18. О.Н. Ткачева, Н.Н. Яхно, Н.К. Рунихина, Р.И. Исаев, Э.А. Мхитарян, М.А. Чердак, Т.М. Маневич, Н.В. Шарашкина, В.С. Остапенко. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол. Москва. 2018 г. https://rgnkc.ru/images/pdf_documents/Delirii_protokol.pdf (ссылка активна на 18.02.2022).

19. Inouye S.K., Van Dyck C.H., Alessi C.A. et al. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium / *Ann. Intern. Med.* — 1990. — V.113. — P. 941–948. DOI: 10.7326/0003-4819-113-12-941.

20. Bucht G., Gustafson Y., Sandberg O. Epidemiology of delirium / *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. — 1999. — V.10. — P. 315–318. DOI: 10.1159/000017161.

21. Lipowski Z.J. Delirium in the elderly patient / *The New England Journal of Medicine*. — 1989. — V.320. — P. 578–582. DOI: 10.1056/NEJM198903023200907.

22. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med*. 2020 Oct 6; 173(7): ITC49-ITC64. DOI: 10.7326/AITC202010060.

23. Morandi A., Di Santo S.G., Cherubini A., Mossello E., Meagher D., Mazzone A., Bianchetti A., Ferrara N., Ferrari A., Musicco M., et al. ISGoD Group. Clinical Features Associated

with Delirium Motor Subtypes in Older Inpatients: Results of a Multicenter Study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2017; 25: 1064–1071. DOI: 10.1016/j.jagp.2017.05.003.

24. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / *J. Gen. Intern. Med.* — 2001. — V.16(9). — P. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

25. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999 Nov 10; 282(18): 1737–44. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.

26. Mittal V., Muralee S., Williamson D. et al. Review: delirium in the elderly: a comprehensive review / *Am. J. Alzheimers Dis. Other Dement.* — 2011. — V.26(2). — P. 97–109. DOI: 10.1177/1533317510397331.

27. Oh E.S., Fong T.G., Hsieh T.T., Inouye S.K. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 2017 Sep 26; 318(12): 1161–1174. DOI: 10.1001/jama.2017.12067.

28. Oh E.S., Needham D.M., Nikoie R., et al. Antipsychotics for preventing delirium in hospitalized adults: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2019; 171: 474–84. DOI: 10.7326/M19-1859.

29. Nikoie R., Neufeld K.J., Oh E.S., et al. Antipsychotics for treating delirium in hospitalized adults: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2019; 171: 485–95. DOI: 10.7326/M19-1860.

30. Neufeld K.J., Yue J., Robinson T.N., Inouye S.K., Needham D.M. 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.

31. Thom R.P., Mock C.K., Teslyar P. Delirium in hospitalized patients: Risks and benefits of antipsychotics / *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. — 2017 August; — V. 84(8). — P. 616–622. DOI: 10.3949/ccjm.84a.16077.

32. Herzig S.J., LaSalvia M.T., Naidus E., et al. Antipsychotics and the risk of aspiration pneumonia in individuals hospitalized for nonpsychiatric conditions: a cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65:2580–6. DOI: 10.1111/jgs.15066.

33. Агibalова Т.В., Альтшулер Б., Брюн Е.А. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного синдрома. 2014.

34. Borson S., Scanlan J., Brush M., Vitaliano P., Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly / *International Journal of Geriatric Psychiatry*. — 2000. — V.15. — P. 1021–1027. DOI: 10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6.

35. Morin C.M. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. By C. M. Morin. Guilford Press: New York. 1993. DOI:10.1017/S0033291700035467.

36. Переверзев А.П., Остроумова О.Д., Исаев Р.И., Ткачева О.Н., Котовская Ю.В. Лекарственно-индуцированный делирий у пациентов пожилого и старческого возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119(7): 120–127. DOI: 10.17146/jnevro2019119071120.

37. National Clinical Guideline Centre. *Delirium: diagnosis, prevention and management*. NCGC, 2010.

38. Rubin F.H., Neal K., Fenlon K., Hassan S., Inouye S.K. Sustainability and scalability of the Hospital Elder Life Program at a community hospital / *J. Am Geriatr Soc.* — 2011. — V.59. — P.359–365. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03243.x.

39. SteelFisher G.K., Martin L.A., Dowal S.L., Inouye S.K. Sustaining clinical programs during difficult economic times: a case series from the Hospital Elder Life Program / *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2011. — V.59. — P.1873–1882. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03585.x.

40. Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit/ *Intensive CritCare Nurs.* — 2012. — V.28(3). — P.185–189. DOI: 10.1016/j.iccn.2011.11.004.