

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Таблица 1.

Критерии диагностики делирия согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (DSM-5)

А.	Нарушение внимания (снижение способности фокусировать, поддерживать и перемещать внимание) и изменение сознания
Б.	Расстройство развивается в течение короткого периода времени (обычно от нескольких часов до нескольких дней) и представляет собой острое нарушение внимания и сознания с колебаниями по степени тяжести в течение дня
В.	Дополнительно выявляется нарушение в других когнитивных сферах (например, дефицит памяти, нарушение речи, зрительно-пространственных функций или восприятия)
Г.	Нарушения, соответствующие критериям А и В, не могут быть объяснены другим ранее существовавшим, диагностированным или развивающимся нейрокогнитивным расстройством и не возникают на фоне тяжелого нарушения уровня сознания, такого как кома.
Д.	Данные анамнеза, результаты физического осмотра или лабораторных исследований указывают на то, что это состояние является прямым патофизиологическим последствием другого расстройства, интоксикации психоактивным веществом или его отмены (наркотические вещества или прием психотропных лекарственных средств), воздействия токсина или обусловлено одновременно несколькими причинами.

Таблица 2.

Шкала оценки спутанности сознания (ШОСС)

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 Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если >2 ошибок → пункт 3																				
3 этап	Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент по шкале RASS <table><tr><td>+4</td><td>АГРЕССИВЕН: пациент агрессивен, настроен воинственно, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)</td></tr><tr><td>+3</td><td>КРАЙНЕ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)</td></tr><tr><td>+2</td><td>ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам</td></tr><tr><td>+1</td><td>НЕСПОКОЕН: взволнован, но движения не агрессивные</td></tr><tr><td>0</td><td>СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН</td></tr><tr><td>-1</td><td>СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но всегда реагирует на голос (при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд)</td></tr><tr><td>-2</td><td>ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос (при вербальном контакте закрывает глаза менее, чем через 10 секунд)</td></tr><tr><td>-3</td><td>УМЕРЕННАЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта</td></tr><tr><td>-4</td><td>ТЯЖЕЛАЯ СЕДАЦИЯ: отсутствует реакция на голос, сохранена реакция на физическую стимуляцию</td></tr><tr><td>-5</td><td>ОТСУТСТВИЕ ПРОБУЖДЕНИЯ: отсутствие реакции в ответ как на вербальные, так и на физические стимулы</td></tr></table>	+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 не агрессивные	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: движение или открытие 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	Если по RASS балл отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если по RASS балл = 0 → пункт 4
+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 не агрессивные																					
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: движение или открытие 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																					
4 этап	Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Можно молотком забить гвоздь? Команда: Показываем 2 пальца и просим пациента повторить: «Покажите столько же пальцев». После этого просим сделать то же самое другой рукой: «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																					

Таблица 3.

Инструкция по применению Шкалы оценки спутанности сознания (ШОСС)

Основные диагностические признаки	Примечания
1 признак: нарушение психических, когнитивных функций у пациента, которые возникли остро или имеют флуктуирующее течение и наблюдались в течение последних 24 часов	Наличие данного признака обязательно для диагностики делирия, при его наличии переходят к оценке следующего признака
2 признак: нарушение внимания является одним из ключевых признаков при диагностике делирия. Для оценки внимания пациенту нужно дать задание сжимать кисть вашей руки в тот момент, когда он услышит букву «А» при прочтении ему следующей последовательности букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А»	Желательно проводить тестирование в тихой спокойной обстановке. Важно убедиться, что пациент хорошо слышит и правильно понял ваше задание, при необходимости убедиться, что он включил слуховой аппарат, если таковой имеется. Если пациент встревожен, нужно успокоить его чтобы избежать ложноположительных результатов, связанных с беспокойством, необходимо объяснить, что это стандартный тест, который проводится многим. При этом не следует торопиться, нужно стараться называть представленный ряд букв неторопливо, громко и четко. Если пациент совершает более 2 ошибок, это расценивается как нарушение внимания, что указывает на необходимость дальнейшей оценки уровня сознания и внимания
3 признак: оценка состояния сознания проводится по шкале оценки возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)). Оценка данного признака требует лишь наблюдения за состоянием пациента	Чем выше показатель по шкале RASS из «положительной» и «отрицательной» подшкал, тем более выраженным является изменение состояния сознания и психомоторной активности. Признак считается положительным при любом показателе, который отличен от «0». Нужно учитывать, что шкала также отражает более грубые изменения сознания, как, например, при показателях, соответствующих «-4» или «-5», и после проведения тестирования необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими расстройствами
4 признак: у пациентов с делирием часто наблюдается грубое расстройство мышления, что затрудняет ответить правильно на простые вопросы: 1. Будет ли камень держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь?	Если больной отвечает неправильно на два или более вопроса, это говорит о наличии дезорганизованности мышления
При речевых нарушениях, затрудненном контакте с пациентом можно использовать альтернативный тест оценки мышления. Пациента просят выполнить команду: «Покажите такое же количество пальцев» (исследователь показывает 2 пальца). «Теперь сделайте то же самое другой рукой» (без демонстрации) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)	Наличие более 1 ошибки свидетельствует о нарушении мышления

Таблица 4.

Дифференциальная диагностика делирия

Признак	Делирий	Деменция	Депрессия	Эндогенные психические заболевания
Течение заболевания	Острое (в течение нескольких часов или, реже, суток) начало, флуктуирующее течение с изменением тяжести состояния в течение дня	Развивается обычно исподволь, медленное прогрессирование, стабильность симптомов в течение дня	Развивается остро или медленно	Развиваются остро или медленно
Продолжительность	Часы, дни	Месяцы, годы	Недели, месяцы	Недели, месяцы
Нарушение уровня сознания	Обычно обратимое	Обычно ясное	Не нарушено	Может быть нарушено при остром психозе
Ориентирование в пространстве и времени	Колеблется	Нарушено	Сохранено	Сохранено
Внимание	Нарушено	Нарушено	Может быть нарушено	Может быть нарушено
Мышление	Нарушено (непоследовательное до бессвязности)	Нарушено	Замедление мышления	Может быть нарушено (характерно частое нарушение содержания мышления)
Восприятие	Часто зрительные галлюцинации, иллюзии	При деменции чаще на поздних стадиях. Исключение — деменция с тельцами Леви (раннее возникновение зрительных галлюцинаций)	Могут развиваться галлюцинации (чаще слуховые)	Могут развиваться галлюцинации (чаще слуховые)
Двигательная сфера	Часто гиперактивность или гипоактивность	Часто не изменена. Могут наблюдаться поведенческие расстройства	Может быть гипоактивность	Варьирует

Таблица 5.

Предрасполагающие и провоцирующие факторы и алгоритм действий

Предрасполагающие факторы	Алгоритм действий
Нарушение когнитивных функций или деменция на момент госпитализации или ранее в анамнезе	Нужно выяснить, не отмечалось ли в анамнезе у больного прогрессирующего ухудшения памяти, эпизодов дезориентации, расстройств мышления; имеются ли у пациента трудности самообслуживания, связанные не с двигательными расстройствами, а с нарушением мышления и памяти.
Делирий в анамнезе	Узнать у больного и родственников, не отмечалось ли ранее (особенно после оперативных вмешательств и травм) спутанности сознания, эпизодов двигательного возбуждения с раздражительностью, агрессивностью или, наоборот, состояния сонливости, заторможенности, отстраненности.
Наличие травм, падений или проведение оперативного вмешательства в течение предшествующих 3 месяцев	Нужно выяснить, не проводилось ли больному незадолго до госпитализации оперативных вмешательств. Были ли у больного в последнее время травмы? Имеются ли у больного в анамнезе повторные падения. Если есть, то выяснить, как часто и когда падал в последний раз. При необходимости обеспечить больного вспомогательными средствами (трость, ходунки).
Полипругмазия	Стараться исключить у пожилых людей одновременный прием множества препаратов (более 5 препаратов), особенно если они относятся к делириогенным.
Острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака в анамнезе	Отмечались ли у больного ранее эпизоды острой или преходящей слабости, онемения в нижних или верхних конечностях, половине тела, а также нарушения речи?
Алкогольная зависимость	Злоупотребляет ли больной алкоголем? Если да, то какое количество спиртного и когда последний раз выпивал перед госпитализацией? Расспросить родственников.
Депрессия	При наличии жалоб на сниженное настроение, нарушение сна, тревогу, снижение аппетита оценить эмоциональное состояние больного по опросникам. При подозрении на депрессию по итогам оценки шкалы направить пациента на консультацию к психиатру.
Хроническое нарушение сна	Если пациент страдает нарушением сна, имеются трудности засыпания, ночные пробуждения, ухудшение качества сна, оценить состояние по опросникам. При нарушении сна направить пациента на консультацию к сомнологу.
Сенсорный дефицит	Узнать, не страдает ли больной нарушениями зрения и/или слуха. Убедиться, что у больного имеются очки, а при нарушении слуха — слуховой аппарат.
Провоцирующие факторы	Алгоритм действий
Использование седативных, антихолинэргических и психоактивных препаратов	Исключить или заменить препаратами из других фармакологических групп те лекарственные средства, которые часто приводят к делирию: • бензодиазепины; • седативные/снотворные; • препараты с антихолинэргическим потенциалом; • психоактивные и наркотические препараты; • противосудорожные средства; • нейролептики, трициклические антидепрессанты; • противопаркинсонические препараты; • блокаторы H1 и H2-гистаминовых рецепторов. Для премедикации при оперативных вмешательствах использовать препараты, которые связаны с малым риском развития делирия (дексмедетомидин).
Инфекционный процесс	Исключить пневмонию, инфекцию мочевыводящих путей, инфекцию желудочно-кишечного тракта.
Электролитные и метаболические расстройства	Провести исследования: общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови на глюкозу, креатинин, АЛТ, АСТ, электролиты, ЭКГ. При необходимости спектр может быть расширен.
Болевой синдром	Оценить интенсивность боли, ее продолжительность, локализацию. Обеспечить адекватное обезболивание анальгетиками. При невропатическом характере боли направить к неврологу.
Обезвоживание, недостаточное питание	Обеспечить адекватный режим питания и питья (при необходимости — парентеральное питание и регидратацию).
Эпилепсия	Уточнить, не было ли у больного в анамнезе эпилептических припадков, острого органического поражения головного мозга, не злоупотребляет ли алкоголем.

Окончание табл. 5

Гипоксия, анемия	Контролировать в динамике общий анализ крови, при анемии — исключение внутреннего кровотечения, выявление генеза анемии с последующим лечением. При дыхательной, сердечной, хронической сосудистой недостаточности контролировать показатели оксигенации крови, электролитного состава, исключить гиперкапнию.
Длительное использование мочевого катетера, задержка мочи	Помнить, что длительное использование мочевого катетера сопряжено с риском инфекционных осложнений. Не использовать постоянную катетеризацию. Не допускать задержки мочи. Пальпация живота, УЗИ мочевого пузыря по мере необходимости. Регулярное посещение туалета (переносной туалет или туалетная комната).
Запоры	Исключить возможную связь с приемом лекарственных препаратов (например, трициклических антидепрессантов), дать рекомендации по соблюдению диеты с повышенным количеством клетчатки, назначить слабительные средства. Определить, когда у больного последний раз был стул. Пальпировать живот. Выполнять прямокишечное исследование по показаниям. Вести дневник стула пациента, если это необходимо.
Ограничение физической активности	Избегать гипомобильности больных, рекомендовать регулярное занятие ЛФК. В послеоперационном периоде требуется ранняя мобилизация. Маломобильным пациентам использовать кресла-каталки, ходунки.
Депривация сна	Узнать, не страдает ли больной нарушениями сна. Оценить качество сна. Дать рекомендации по гигиене сна. Не использовать бензодиазепины, применять короткодействующие снотворные препараты коротким курсом (зопиклон, залеплон).
Неблагоприятная внешняя обстановка и психологические факторы	Стараться создать благоприятные условия для больного: избегать шума. Проводить разъяснительные беседы, объяснять больному суть его заболевания, прогноз.

Таблица 6.

Препараты, обладающие делириогенным действием

Фармакологическая группа	Примеры препаратов
Опиоидные анальгетики	Фентанил, морфин
Противоинфекционные препараты	Ацикловир, амфотерицин, цефепим, линезолид, макролиды, хинолоны, вориконазол
Антихолинергические препараты	Атропин, бензтропин
Антиконвульсанты	Левитирацетам
Антидепрессанты	Трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
Антигистаминные препараты	Дифенгидрамин (димедрол)
Препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему	β-блокаторы, амиодарон
Антипсихотические средства	Галоперидол, хлорпротиксен, сонатакс
Кортикостероиды	Дексаметазон, гидрокортизон, метилпреднизолон
Дофаминергические препараты	Амантадин, бромокриптин
Противорвотные препараты	Метоклопрамид
Седативные препараты	Кетамин, феназепам, лоразепам, мидазолам, пропофол

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Опросник оценки риска депрессии (PHQ-9)

Пациента просят ответить на вопросы: «Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель?».

Каждый вопрос имеет четыре варианта ответа и оценку:

Не каждый день (0 баллов).

Несколько дней (1 балл).

Более, чем в половине дней (2 балла).

Почти каждый день (3 балла).

В последние две недели вы испытывали:

1. Отсутствие интереса к происходящим событиям?

2. Безразличие, подавленность?

3. Проблемы с засыпанием, бессонницу, наоборот, спали слишком много?

4. Чувство усталости или упадок сил?

5. Отсутствие аппетита или переедание?

6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?

7. Трудно сосредоточиться на чтении или просмотре телевизора?

8. Двигаетесь или говорите необычно медленно (заторможенность) или, наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?

9. Мысли о самоубийстве или причинении себе вреда?

Общий балл	Выраженность депрессии
1-4	Минимальная депрессия
5-9	Легкая депрессия
10-14	Умеренная депрессия
15-19	Тяжелая депрессия
20-27	Крайне тяжелая депрессия

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Тест «Mini-Cog»

	Комментарии	Интерпретация
Шаг 1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а вам нужно будет повторить их за мной и запомнить. Позже я у вас их спрошу». Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил все 3 слова, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить все 3 слова после 3 попыток, перейдите к Шагу 2.	Баллы не начисляются.
Шаг 2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента изобразить стрелки так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы = 2 балла. (Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; числа 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
Шаг 3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни одного слова — 0 баллов.
Общее количество баллов за тест от 0 до 5. В случае если пациент набрал 4 или 5 баллов, вероятность деменции низкая. Если пациент набрал 3 балла и менее, вероятность деменции высокая.		

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.**Индекс выраженности инсомнии (Insomnia Severity Index (ISI))**
(Перевод: Даниленко К.В., 2011)

ФИО: _____

Дата: _____

В каждом пункте обведите цифру, которая наиболее соответствует Вашему ответу.

Пожалуйста, оцените Ваши **ТЕКУЩИЕ** (то есть за прошедшие 2 недели) проблемы со сном:

Проблемы со сном	Нет	Легкие	Умеренные	Тяжелые	Очень тяжелые
	0	1	2	3	4

1. Проблема с засыпанием: 0 1 2 3 4

2. Проблема прерывистого сна: 0 1 2 3 4

3. Проблема слишком раннего пробуждения: 0 1 2 3 4

4. **Насколько Вы УДОВЛЕТВОРЕННЫ** (или не удовлетворены) процессом своего сна?

Очень удовлетворён 0

Удовлетворён относительно 1

Удовлетворён 2

Не удовлетворён 3

Крайне не удовлетворён 4

5. **Насколько, как Вам кажется, окружающим ЗАМЕТНЫ** Ваши проблемы со сном в плане нарушения качества Вашей жизни?

Совсем незаметны 0

Чуть 1

Немного 2

Сильно 3

Очень сильно заметны 4

6. **В какой степени Вас БЕСПОКОЯТ** (заботят) текущие проблемы со сном?

Совсем не беспокоят 0

Чуть 1

Немного 2

Сильно 3

Очень сильно беспокоят 4

7. **В какой степени, по-Вашему, Ваши проблемы со сном МЕШАЮТ** Вашему повседневному функционированию (сказываются, например, в виде дневной усталости, на способности выполнять рабочие /ежедневные обязанности, на концентрации внимания, памяти, настроении и т.д.) **В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?**

Совсем не мешают 0

Чуть 1

Немного 2

Сильно 3

Очень сильно мешают 4

Интерпретация результатов (сумма баллов):

0–7 баллов: норма;

8–14 баллов: легкие нарушения сна;

15–21 баллов — умеренные нарушения сна;

22–28 баллов — выраженные нарушения сна.