

# СЕСТРИНСКИЙ ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ: КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

DOI: 10.37586/2686-8636-2-2020-165-170

УДК:616.8

*Исаев Р.И., Шарашкина Н.В.*

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

## Резюме

В представленной статье авторами рассматривается проблема делирия среди лиц пожилого и старческого возраста, который является актуальным гериатрическим синдромом в мировой клинической практике. В работе сделан акцент на вопросы ведения пожилого пациента с делирием средним медицинским персоналом. Для этой цели приводится гериатрический сестринский протокол «Комплекс мероприятий по предотвращению развития делирия у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста», который применяется в клинической практике Российского геронтологического научно-клинического центра. В рамках протокола дается представление о распространенности, актуальности делирия. Описаны параметры оценки пациента с делирием, стратегия сестринского ухода, ожидаемые результаты от внедрения протокола. Приводятся необходимые шкалы для диагностики, важное место уделено профилактике делирия. Обсуждается вопрос необходимости проведения обучения медицинских сестер диагностике, профилактике и уходу за пациентами с диагнозом делирий или имеющих высокий риск развития делирия.

**Ключевые слова:** делирий; гериатрия; пожилой возраст; медсестра; сестринский протокол; диагностика; лечение; профилактика

**Для цитирования:** Исаев Р.И., Шарашкина Н.В. СЕСТРИНСКИЙ ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ: КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020; 2: 165–170.

DOI: 10.37586/2686-8636-2-2020-165-170

## NURSING GERIATRIC PROTOCOL: SET OF MEASURES TO PREVENT THE DEVELOPMENT OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED ELDERLY AND SENILE PATIENTS

*Isaev R.I., Sharashkina N.V.*

Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Clinical and Research Center of Gerontology, Moscow, Russia

## Abstract

In this article, the authors consider the problem of delirium in the elderly and senile age, which is an actual geriatric syndrome in the world clinical practice. The paper focuses on the management of an elderly patient with delirium by secondary medical personnel. For this purpose, the geriatric nursing protocol «Set of measures to prevent the development of delirium in hospitalized elderly and senile patients» is provided, which is used in the clinical practice of the Russian Clinical and Research Center of Gerontology. The protocol provides an idea of the prevalence and relevance of delirium. The parameters for evaluating a patient with delirium, the nursing strategy, and the expected results from implementing the protocol are described. The necessary diagnostics for the scale are given, an important place is given to the prevention of delirium. The need to train nurses in diagnosis, prevention, and patient care is discussed.

**Keywords:** delirium; geriatrics; old age; nurse; nursing protocol; diagnosis; treatment; prevention

**For citation:** Isaev R.I., Sharashkina N.V. NURSING GERIATRIC PROTOCOL: A SET OF MEASURES TO PREVENT THE DEVELOPMENT OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED ELDERLY AND SENILE PATIENTS. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020; 2: 165–170.

DOI: 10.37586/2686-8636-2-2020-165-170

Делирий – острое угрожающее жизни состояние, проявляющееся расстройствами сознания, внимания и когнитивных функций, сопряженное с повышением смертности и неблагоприятным прогнозом. При этом отмечается высокая частота осложнений, среди которых важное значение имеют деменция и потеря функциональной активности [4, 2]. Отмечено, что возникновение даже одного эпизода делирия приводит к выраженным когнитивным нарушениям, и пациент может никогда не вернуться к исходному когнитивному уровню. В зарубежной и отечественной медицине для обозначения данного состояния используются различные термины: реанимационный психоз, острый церебральный синдром, токсико-метаболическая энцефалопатия, ажитация и т.д. Общепринятым термином является «делирий». Согласно Американскому руководству по диагностике и статистике психических расстройств V пересмотра (2013 г.), делирий представляет собой острое расстройство внимания, уровня сознания и когнитивных функций, которое флуктуирует в течение дня и является следствием другого медицинского состояния. При этом могут быть вовлечены различные высшие мозговые функции, включая восприятие, зрительно-пространственную ориентировку, память, речь [2, 3].

Особенно актуальными являются проблемы диагностики и профилактики делирия у лиц пожилого и старческого возраста, где без преувеличения ключевую роль занимает медицинская сестра. Именно медсестра, проводя много времени у кровати пациента, собирает больше информации и, как правило, первой замечает изменения в психическом статусе пациента. В связи с вышесказанным важна организация обучения медицинских сестер умению выявлять спутанность сознания и определять пациентов с повышенным риском развития делирия, а также предупреждать его возникновение, что является залогом успешной командной работы с врачом [4]. Высокая частота развития делирия определяет необходимость проведения образовательных программ для медицинских сестер в виде обучающих лекций, семинаров, разборов клинических случаев с оценкой знаний медперсоналом основных положений. Для решения данных задач сотрудниками Российского геронтологического научно-клинического центра разработан клинический протокол по ведению пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях [2]. Для работы среднего медицинского персонала

приводится специальный сестринский гериатрический протокол [5, 6].

## **КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА [5, 6]**

### **Цель**

Снижение частоты случаев делирия у госпитализированных пациентов пожилого возраста.

### **Введение**

А. Делирий часто встречается у госпитализированных пациентов пожилого возраста. Данное состояние сопряжено с увеличением смертности и продолжительности госпитализации, а также с когнитивными и функциональными нарушениями.

Б. Своевременное выявление пациентов высокого риска и внедрение в повседневную клиническую практику стандартизированных протоколов позволяет значительно снизить распространенность или предотвратить развитие делирия.

В. Выявление факторов риска и стандартизированные скрининговые мероприятия, направленные на диагностику делирия, должны являться неотъемлемым компонентом сестринского ухода за пациентами пожилого возраста.

### **Краткая характеристика**

Делирий является нейрокогнитивным расстройством, которое развивается в течение короткого промежутка времени (часы–дни). Для данного состояния характерны значительные изменения выраженности симптомов в течение дня. Делирий является следствием имеющейся соматической или психиатрической патологии.

### **Распространенность**

При поступлении в стационар делирий диагностируется у 10–31% пациентов пожилого возраста с заболеваниями терапевтического профиля, 31% пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии, 26–62% пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь. При динамическом наблюдении делирий возникает у 11–42% терапевтических больных, 4–53% больных, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава; 31% и 28,3% больных, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной

терапии терапевтического и хирургического профиля, соответственно; 81,7% больных, находящихся на искусственной вентиляции легких; 26–62% больных, получающих паллиативную медицинскую помощь.

### Факторы риска

Наиболее изученными факторами риска развития делирия у госпитализированных пациентов являются деменция, пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний, данных о делирии в анамнезе, общая тяжесть состояния, наличие клинически значимой инфекции, использование лекарственных препаратов высокого риска (седативные средства, бензодиазепины, опиаты, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты и антихолинергические препараты), снижение повседневной активности, иммобилизация, сенсорные нарушения (нарушения слуха и зрения), катетеризация уретры, нарушения питания, обезвоживание, болевой синдром (особенно в послеоперационном периоде), изменения отдельных лабораторных показателей (мочевина, электролитные расстройства). Возможными факторами риска делирия являются депривация сна (например, отсутствие условий для сна в реанимационном отделении или в многоместной палате), применение множества лекарственных препаратов, ограничения физической активности, неблагоприятная окружающая обстановка и психологический дискомфорт, задержка мочи, хронический запор, гипоксия и анемия.

### Прогноз

Возникновение делирия у госпитализированных пациентов пожилого возраста сопряжено с увеличением смертности и продолжительности пребывания в стационаре, а также существенным увеличением финансовых затрат органов здравоохранения. При последующем наблюдении в отдельных случаях может потребоваться перевод в лечебные учреждения длительного пребывания. У пациентов, перенесших эпизод делирия, могут отмечаться депрессивное расстройство, функциональные и когнитивные нарушения, осложнения гериатрических синдромов и деменция. У 22–89% пожилых больных с деменцией имеется делирий, который оказывает неблагоприятное влияние на прогноз и может рецидивировать при последующем наблюдении.

### Параметры оценки

#### А. Оценка всех факторов риска:

- 1) нарушение когнитивной функции;
- 2) тяжесть состояния;
- 3) делирий в анамнезе;
- 4) сопутствующие заболевания;
- 5) инфекции;
- 6) использование препаратов высокого риска (например, бензодиазепинов);

- 7) иммобилизация;
- 8) снижение повседневной активности;
- 9) катетеризация уретры;
- 10) лабораторные изменения (мочевина, электролиты) и дегидратация;
- 11) недостаточное питание;
- 12) физические ограничения;
- 13) гипоксия и анемия;
- 14) задержка мочи;
- 15) запор (каловый завал);
- 16) болевой синдром;
- 17) неблагоприятная окружающая обстановка.

**Б. Оценка делирия с использованием валидированной скрининговой шкалы «Шкала оценки спутанности сознания» (Confusion assessment method, CAM) [7] (Таблицы 1 и 2).**

1. Основные клинические характеристики делирия:

- а) острое начало и волнообразное течение;
- б) нарушения внимания;
- в) дезорганизованное мышление;
- г) нарушения сознания.

2. Симптомы делирия:

- а) дезориентация;
- б) нарушения поведения;
- в) нарушения коммуникации;
- г) иллюзии или галлюцинации;
- д) снижение психомоторной активности.

Окончательный диагноз делирия устанавливается после осмотра врача-гериатра и психиатра.

### Стратегии сестринского ухода

#### А. Устранение или коррекция факторов риска

1. Обоснованное назначение лекарственной терапии, при возможности – отказ от лекарственных препаратов высокого риска (лечащий врач).

2. Профилактика и своевременное лечение инфекции (своевременная обработка полости рта, пролежней; смена периферических венозных и мочевых катетеров).

3. Профилактика и своевременное лечение электролитных расстройств и дегидратации (контроль питьевого режима, диуреза).

4. Обеспечение мероприятий, направленных на контроль боли (проведение оценки болевого синдрома в динамике).

5. Обеспечение адекватной оксигенации (кислородотерапия, контроль артериального давления).

6. Применение специальных устройств для пациентов с сенсорным дефицитом (контроль наличия очков, слухового аппарата).

7. Контроль функции кишечника и мочевого пузыря (ежедневный контроль диуреза, стула).

8. Оптимизация питания (контроль приема пищи, при необходимости – кормление, выявление пациентов с дисфагией).

**Б. Окружающая обстановка**

1. Общение (при отсутствии признаков психомоторного возбуждения) в дружественной манере, позволяющее успокоить и сориентировать пациента в окружающей обстановке. Для привыкания к окружающей обстановке и обеспечения ориентации во времени могут использоваться календари, часы, средства идентификации лиц, обеспечивающих уход за пациентом. Необходимы разъяснение всех мероприятий, проводимых с пациентом, и использование максимально простой речи.

2. Сенсорная стимуляция: тихая комната, достаточное освещение, сниженный уровень шума; простые указания для пациента (не более одного задания за один раз).

3. Сон: массаж спины, расслабляющая музыка, снижение уровня шума. При возможности следует стараться не разбудить пациента.

4. Знакомая обстановка: частые посещения пациента членами семьи или друзьями, передача пациенту знакомых вещей из дома, минимальная ротация лиц, осуществляющих уход за пациентом; минимизация смены постоянного месторасположения пациента.

5. Обеспечение подвижности пациента: минимальное применение мероприятий/лечебных процедур, ограничивающих активность пациента (например, катетеризация уретры), лечебная гимнастика с частотой три раза в день, прогулки.

6. Обеспечение доступной коммуникации с пациентом и беседы, касающиеся различных действий относительно больного.

7. Обучение родственников пациента.

8. Минимальное применение инвазивных вмешательств.

9. Консультации со специалистом в области гериатрии.

10. Применение психотропных препаратов в минимальных эффективных дозировках коротким курсом при опасном поведении пациента, препятствовании им лечению и в качестве средств резерва при отсутствии эффекта немедикаментозных мероприятий.

**Ожидаемые результаты****А. Пациент:**

- 1) отсутствие делирия;
- 2) возвращение когнитивного статуса к исходному уровню (до развития делирия);
- 3) возвращение функционального статуса к исходному уровню (до развития делирия);
- 4) возвращение пациента к обычной окружающей обстановке.

**Б. Лицо, осуществляющее уход:**

1. Регулярное применение скрининговых инструментов;
2. Увеличение количества выявленных случаев делирия.

3. Внедрение в клиническую практику мероприятий, направленных на профилактику и лечение делирия на основании стандартизированных протоколов.

4. Минимизация использования средств, ограничивающих физическую активность пациента.

5. Ограничение использования антипсихотических лекарственных средств.

6. Более высокая удовлетворенность в уходе за пациентами пожилого возраста.

**В. Лечебное учреждение:**

1. Обучение персонала и организация оказания помощи совместно различными специалистами.

2. Использование стандартизированных протоколов по выявлению делирия.

3. Снижение стоимости госпитализации.

4. Снижение продолжительности госпитализации.

5. Снижение заболеваемости и смертности.

6. Увеличение количества направлений на оказание специализированной медицинской помощи.

7. Более высокая удовлетворенность пациентов, родственников, сестринского персонала.

**Наблюдение за пациентами**

**А.** Снижение частоты возникновения случаев делирия как показатель качества оказываемой медицинской помощи.

**Б.** Своевременное выявление и лечение делирия медицинским персоналом.

**В.** Проведение контроля и учета случаев возникновения делирия и предпринятого комплекса мероприятий.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.**

Авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Martins S., Fernandes L. Delirium in Elderly People: A Review. *Frontiers in Neurology*. 2012; 3: 101. DOI: 10.3389/fneur.2012.00101.
2. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол (проект, 2018 г.) <http://rgnkc.ru/spetsialistam/metodicheskie-materialy> (ссылка доступна на 29.11.2019).
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
4. Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012; 28(3): 185–189. DOI: 10.1016/j.iccn.2011.11.004.
5. Комплекс мероприятий по предотвращению развития делирия у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста (2018 г.)



<http://rgnkc.ru/sestrinskie-geriatricheskie-protokoly> (ссылка доступна на 29.11.2019).

6. Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, Springer Publishing Company, New York, 2016. DOI: 10.1891/9780826171672.

7. 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;113: 941–948. DOI: 10.7326/0003-4819-113-12-941.

Таблица 1

**Шкала оценки спутанности сознания и шкала (Confusion assessment method, CAM) и шкала оценки возбуждения и сонливости Ричмонда (Richmond Agitation Sedation Scale (RASS))**

1 этап	<b>Острота и волнообразность изменений психического статуса:</b> 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	<b>Нарушение внимания:</b> «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	Если 0–2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если >2 ошибки → пункт 3
3 этап	<b>Изменения уровня сознания:</b> Уровень сознания на текущий момент по шкале 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: 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 RASS отличен от 0 → <b>ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ</b> Если RASS = 0 → пункт 4
4 этап	<b>Дезорганизованное мышление:</b> 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: «Покажите столько же 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 → <b>ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ</b>  Если 0–1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
	Заключение: ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ / делирия нет	

Примечание: RASS - Richmond Agitation Sedation Scale (Шкала Ажитации и Седации Ричмонда)

Таблица 2

**Инструкция по интерпретации Шкалы оценки спутанности сознания**

Основные диагностические признаки	Примечания
1 признак: нарушение психического состояния пациента, которое возникло остро или имеет флуктуирующее течение с периодами улучшения и ухудшения состояния в течение 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 ладонь 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».	Важно убедиться, что пациент хорошо слышит и правильно понял ваше задание. Если пациент встревожен, нужно успокоить его, чтобы избежать ошибок, связанных с беспокойством. При этом не следует торопиться, называя приблизительно по 1 букве в секунду. Если пациент совершает более 2 ошибок, это расценивается как нарушение внимания, что указывает на необходимость дальнейшей оценки уровня сознания и внимания.
3 признак: оценка уровня сознания, которая проводится по отдельной шкале оценки возбуждения и сонливости Ричмонда (Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)). Данный метод не требует отдельных вопросов, а лишь наблюдения за психическим состоянием пациента во время выполнения им предыдущих заданий с оценкой уровня сознания по стандартной шкале	Чем выше балл по шкале RASS как со знаком «+», так и со знаком «-», тем более выраженным является нарушение сознания. Изменение уровня сознания констатируется, даже если по шкале RASS состояние пациента соответствует «+1» или «-1».
4 признак: у больных с делирием может наблюдаться грубое расстройство мышления, что не позволяет 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 следующий тест: Пациента просят выполнить команду: «Покажите такое же количество пальцев» (исследователь показывает 2 пальца) «Теперь сделайте то же самое другой рукой» (без показа) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)	Наличие более 1 ошибки свидетельствует о нарушении мышления