

**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»**

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

Клинический протокол

Рабочая группа: профессор О.Н. Ткачева, академик Н.Н. Яхно, д.м.н. Н.К. Рунихина, Р.И. Исаев, к.м.н. Э.А. Мхитарян, к.м.н. М.А. Чердак, к.м.н. Т.М. Маневич, к.м.н. Н.В. Шарашкина, к.м.н. В.С. Остапенко

Введение

Делирий – острое угрожающее жизни состояние, проявляющееся расстройствами внимания и когнитивных функций. Делирий сопряжен с повышением смертности и имеет неблагоприятный прогноз. Отмечается высокая частота осложнений, среди которых важное значение занимают деменция и потеря функциональной активности [1]. 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. Единственным общепринятым термином является делирий [2]. 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 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» [4].

Развитие и течение заболевания определяется сочетанием предрасполагающих и провоцирующих факторов риска развития делирия [5]. Одним из ведущих факторов риска считается пожилой возраст, кроме того, часто данное состояние возникает на фоне полиморбидности и деменции. Делирий имеет высокую распространенность, особенно среди госпитализированных пожилых людей. Общий показатель распространенности у пожилых пациентов колеблется от 29% до 64% [6]. Для сравнения, необходимо отметить, что в общей медицинской практике частота возникновения делирия составляет от 11% до 42% [7]. Среди пожилых

пациентов, находящихся в хирургических и гериатрических отделениях, цифры достигают 50 – 80% [7,8,9]. Послеоперационный делирий развивается у 15 – 53% пациентов в возрасте старше 65 лет [10]. Частота возникновения делирия у пожилых пациентов в отделении реанимации достигает 70 – 87% [11,12]. Делирий повышает риск смертности в терапевтических и хирургических подразделениях в 1,5 раза [8,13], а в отделении реанимации – от 2-х до 4-х раз [8,9,14]. Данное обстоятельство приводит к увеличению длительности пребывания пациента в стационаре, увеличению финансовых затрат на лечение. При этом делирий часто не диагностируется [6,15], что связано с низким уровнем знаний медперсонала по данной проблеме и отсутствием в настоящее время во многих медицинских учреждениях программы профилактики делирия.

Этиология делирия имеет мультифакториальный характер. Факторы, способствующие развитию делирия принято разделять на предрасполагающие и провоцирующие. Предрасполагающие факторы – состояния, способствующие большей уязвимости физического и психического состояния пожилых людей. Провоцирующие факторы – острые медицинские состояния, которые непосредственно вызывают делирий. К развитию делирия, в большинстве случаев приводит сочетание предрасполагающих и провоцирующих факторов [1].

В зависимости от изменения психомоторной активности пациента выделяют несколько подтипов делирия. Различают гиперактивный, гипоактивный и смешанный подтипы. Такая дифференциация позволяет разрабатывать различные подходы к диагностике, лечению и профилактике делирия с учетом патогенеза, лежащего в основе определенного подтипа.

При гиперактивном подтипе делирия больной возбужден, эмоционально неустойчив. У таких пациентов могут отмечаться галлюцинации и иллюзии, появляется агрессия, пациенты пытаются вырвать трубки, катетеры. В подобном состоянии больной может представлять опасность для себя и окружающих. Гиперактивный вариант течения делирия чаще всего

своевременно диагностируется и назначается медикаментозная терапия. Данный подтип у большинства врачей ассоциируется с алкогольным делирием, что также может иметь место, но является лишь одной из многочисленных причин его возникновения.

Делирий может также протекать совершенно по-другому, а его клиническая картина может иметь прямо противоположный характер. Пациент при этом сонлив, заторможен, апатичен, может складываться впечатление, что он находится под действием снотворного средства или у него развилось депрессивное расстройство. Так протекает гипоактивный подтип делирия, который очень часто остаётся недиагностированным. Необходимо отметить, что у пожилых людей гипоактивный подтип является самым частым (до 65%) и имеет более неблагоприятный прогноз[16].

Выделяют также смешанный подтип делирия, который представляет собой сочетание проявлений гиперактивного и гипоактивного подтипов.

Профилактика делирия

Профилактика делирия является ведущим направлением при организации помощи пациентам с данным расстройством. Она предполагает мультикомпонентный, немедикаментозный подход к ведению пациентов, где 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[17]. 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: когнитивных расстройств, нарушение сна, гиподинамии, расстройств слуха, зрения и дегидратации. Было показано, что внедрение данной программы способствовало снижению частоты возникновения делирия на 40% и уменьшению продолжительности заболевания [18,19]

Для повышения эффективности профилактических мероприятий требуется организация следующих мер на всех этапах оказания помощи:

- 1) Позicionирование делирия как одного из основных гериатрических синдромов, угрожающего жизни пациента. При этом недостаточное внимание лечащего врача к данной проблеме или отсутствие настороженности в отношении возможного возникновения делирия должны рассматриваться как пренебрежительное исполнение должностных обязанностей.
- 2) Внедрение скрининговой системы на догоспитальном этапе, которая включает оценку у пациентов старше 65 лет основных факторов риска возникновения делирия и краткую оценку когнитивных функций.
- 3) Выявление по результатам скрининга на догоспитальном этапе и при госпитализации пациентов группы высокого риска с внесением данных в амбулаторную карту и историю болезни с последующей организацией медицинской помощи с учетом установленных факторов риска.
- 4) Активная работа в амбулаторных и стационарных условиях по устранению корригируемых факторов риска возникновения делирия.

Предрасполагающие факторы риска делирия представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Предрасполагающие факторы развития делирия

Предрасполагающие факторы	Примечания
1. Нарушение когнитивных функций	➤ Делирий часто развивается на фоне деменции.

	<p>➤ Нужно выяснить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не отмечалось ли в анамнезе у больного <ul style="list-style-type: none"> - прогрессирующего ухудшения памяти, - эпизодов дезориентации в пространстве и времени, - расстройств мышления; 2. имеются ли у пациента трудности самообслуживания, связанные не с двигательными расстройствами, а с нарушением мышления и памяти. <p>➤ Для предварительной диагностики когнитивных функций рекомендовано проведение короткого теста «Mini-Cog» (Приложение 1) [20].</p> <p>➤ При выявлении возможных нарушений когнитивных функций рекомендовано направление пациента на консультацию к врачу в клинику памяти.</p>
2. Делирий в анамнезе	<p>➤ Узнать у пациента и родственников, не отмечалось ли ранее (особенно после оперативных вмешательств и травм):</p> <ul style="list-style-type: none"> - спутанности сознания, - эпизодов двигательного возбуждения с раздражительностью, агрессивностью - состояние сонливости, заторможенности, отстраненности.
3. Падения, травмы (например, перелом бедренной кости), проведение оперативного вмешательства незадолго до госпитализации	<p>➤ Оценить риск падения по шкале Морзе [приложение 3].</p> <p>➤ Для снижения риска травматизации обеспечить пациента опорными приспособлениями</p> <p>➤ Для уточнения причины падений при необходимости проконсультировать у других специалистов.</p>
4. Полипрагмазия	<p>➤ Оценить лекарственную терапию.</p> <p>➤ При наличии 5 и более препаратов провести дополнительный анализ, по возможности не использовать препараты, которые потенциально</p>

	увеличивают риск возникновения делирия (Таблица 2).
5. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторная ишемическая атака в анамнезе	<ul style="list-style-type: none"> ➤ При отсутствии документации, подтверждающих в анамнезе ОНМК, уточнить у пациента и родственников не отмечались ли ранее эпизоды острой или преходящей слабости, онемения в нижних или верхних конечностях, половине тела, нарушения речи?
6. Алкогольная зависимость	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Выяснить какое количество спиртного и когда последний раз выпивал перед госпитализацией? Уточнить у родственников.
7. Депрессия	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Оценить эмоциональное состояние пациента по опроснику риска депрессии (PHQ-9) (Приложение 2). [21,22]. ➤ При подозрении на депрессию по итогам оценки шкалы направить пациента на консультацию к психиатру.
8. Сенсорный дефицит	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Оценить остроту зрения и слуха. ➤ Убедиться, что у пациента имеются очки, а при нарушении слуха – слуховой аппарат.

Таблица 2. Препараты, обладающие делириозогенным действием

Фармакологическая группа	Примеры препаратов
Опиоидные анальгетики	Фентанил, морфин,
Противоинфекционные препараты	Ацикловир, амфотерицин, цефепин, линезолид, макролиды, хинолоны, вориконазол
Антихолинергические препараты	Атропин, бензтропин
Антиконвульсанты	Леветирацетам
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

Пациенты с предрасполагающими факторами развития делирия нуждаются в целенаправленном наблюдении со стороны врача и медицинских сестер. Рекомендовано ежедневное мониторирование состояния сознания и внимания пациента. Рекомендовано при составлении врачом плана обследования и лечения исходить из имеющихся факторов и параллельно работать над их устранением сразу по мере их выявления. Для удобства, каждый фактор оценивается дихотомически («Да»/«Нет»).

Важное место занимает обучение медицинских сестер умению определять пациентов с повышенным риском развития делирия и предупреждать его возникновение[23]. Именно медсестра, проводя больше времени у постели пациента, собирает больше информации, как правило, первой замечает изменения в психическом статусе пациента. Поэтому особо важным является вопрос знания медсестрой особенностей данного состояния и возможности успешной командной работы с врачом. Образовательные программы для врачей и медицинских сестер должны проводиться в виде обучающих лекций, семинаров, с разбором клинических случаев и оценкой знаний медперсоналом основных положений клинических рекомендаций и сестринских протоколов.

Диагностика делирия

Делирий - неотложное состояние, сопряженное с тяжелыми осложнениями и высокой смертностью. Ранняя диагностика делирия и своевременное уточнение лежащих в его основе причин и их устранение является важной задачей в клинической практике. Делирий, возникающий в пожилом возрасте, является полиэтиологичным, всегда вторичным, как правило, соматогенным расстройством, которое при этом имеет определенный характер нарушения высших мозговых функций. К наиболее значимым факторам развития делирия относятся полипрагмазия, сосудистые, метаболические, гипоксические расстройства, частота встречаемости которых закономерно увеличивается с возрастом. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра делирий классифицируется под кодом F 05. Согласно Американскому руководству по диагностике и статистике психических расстройств V пересмотра (2013 г.) ключевым проявлением делирия является острое расстройство внимания и сознания, уровень которых колеблется в течение дня (Таблица 3, критерии А и В). При этом наличие галлюцинаций и иллюзий не является обязательным, например, при гипоактивном подтипе делирия подобные обманы восприятия вообще могут отсутствовать. Для постановки диагноза необходимо дополнительно наличие расстройств в одной из сфер высших психических функций, при этом во время скрининга чаще тестируется мышление (критерий С). При проведении дифференциального диагноза исключаются нейрокогнитивные расстройства и кома (Критерий D). Делирий является прямым последствием другого заболевания, интоксикации или обусловлен множественными причинами (Критерий E). Выявление факторов развития делирия определяет дальнейшую тактику ведения пациента, где важной задачей остается выявление и устранение провоцирующих факторов, поддерживающих делириозное состояние.

Таблица 3. Критерии диагностики делирия «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств V пересмотра» (2013 г.)

А.	Нарушение внимания (снижение способности фокусировать, поддерживать и перемещать внимание) и измененное сознания (нарушение ориентировки в окружающем пространстве)
В.	Расстройство развивается в течение короткого периода времени (обычно от нескольких часов до нескольких дней) и представляет собой острое изменение внимания и сознания от исходного уровня и, как правило, в течение дня наблюдаются колебания степени тяжести
С.	Дополнительно выявляется нарушение в какой-либо другой когнитивной сфере (например, дефицит памяти, нарушение речи, зрительно-пространственных функций или гнозиса)
D.	Нарушения, соответствующие критериям А и С, не могут быть объяснены другим ранее существовавшим, диагностированным или развивающимся нейрокогнитивным расстройством и не возникают на фоне тяжелого нарушения уровня сознания, такого как кома.
Е.	Данные анамнеза, результаты физического осмотра или лабораторных исследований указывают на то, что расстройство является прямым физиологическим последствием другого состояния здоровья, интоксикации психоактивным веществом или его отмены (наркотические вещества или прием психотропных лекарственных средств), воздействия токсина или обусловлено одновременно несколькими причинами.

Данные критерии составлены с целью максимального упрощения диагностики делирия для врачей любой специализации.

Делирий у пожилых пациентов часто недооценивается, и его проявления могут рассматриваться врачами как естественное течение, связанное со старением организма. В отечественной медицине традиционно делирием занимаются психиатры. Но нужно понимать, что данный подход оправдан при алкогольном делирии. В практике при проведении дифференциальной диагностики с другими психиатрическими расстройствами у пациентов старшего возраста необходимо учитывать особенности делирия как

гериатрического синдрома, имеющего в основе соматические расстройства. Психиатр в данном случае оказывается в затруднительном положении и не может оказать эффективную помощь такому пациенту. Исходя из мировой практики и из прагматических соображений, в процесс диагностики делирия у пожилых пациентов необходимо вовлечение широкого круга специалистов различного профиля.

Эффективным диагностическим методом является использование скрининговых опросников, позволяющих заранее выявлять признаки делирия. Наиболее широко применяется опросник САМ (Confusion assessment method) (Таблица 4), обладающий высокой чувствительностью (94 – 100%) и специфичностью (90 – 95%)[24].

Таблица 4. Шкала оценки спутанности сознания (Confusion assessment method)

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	Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если ≥ 2 ошибок → пункт 3
3 этап	Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущее время по шкале RASS (См. таблицу 5)	Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → пункт 4
4 этап	Дезорганизованное мышление: 1. Будет ли камень держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? 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 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
Заключение: ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ / делирия нет		

Алгоритм диагностических критериев на основе результатов проведения САМ и инструкция по применению опросника САМ представлена на рисунке 1 и в таблице 5.

Рис.1 Схема диагностики делирия при помощи опросника САМ

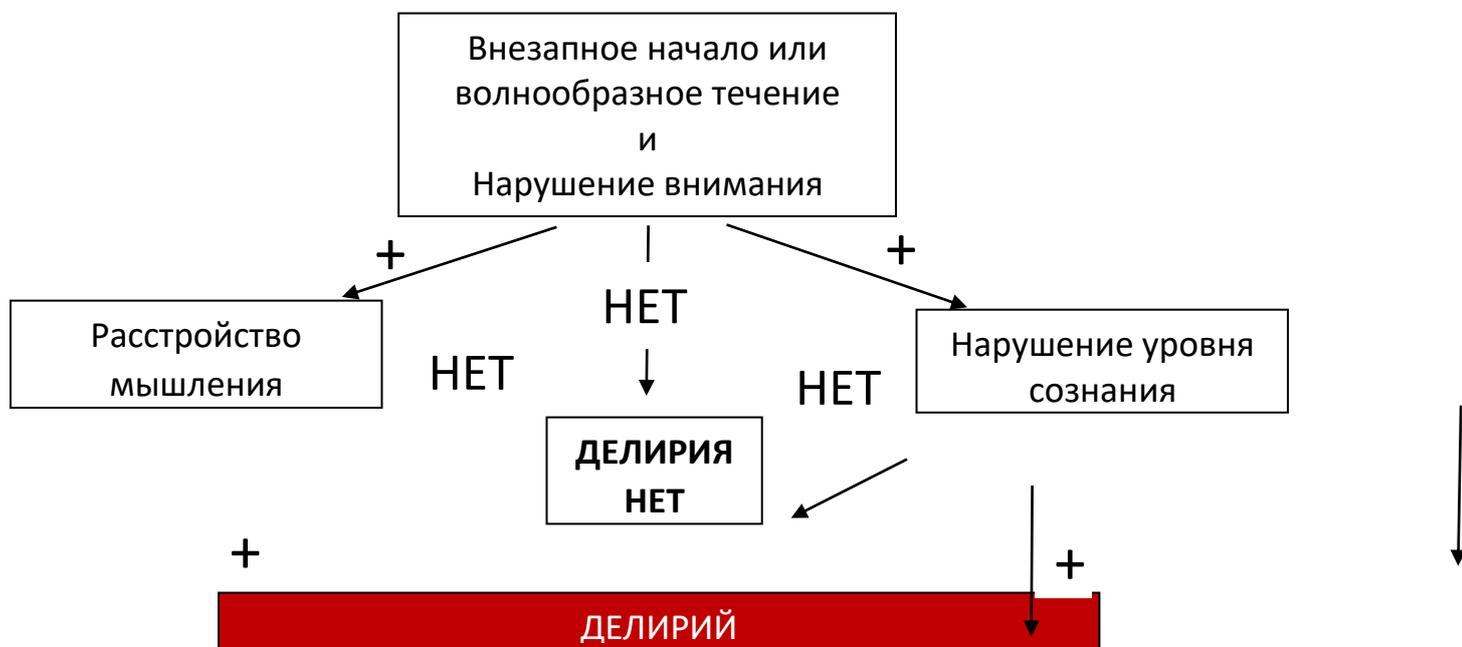


Таблица 5. Инструкции по применению опросника САМ

Основные диагностические критерии	Примечания
1 признак: выявление нарушения психического состояния пациента, которое возникло остро или имеет флуктуирующее течение с периодами улучшения и ухудшения состояния и может длиться дни или недели.	Наличие данного признака обязательно для диагностики делирия
2 признак: выявление нарушения 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	Важно убедиться, что пациент хорошо слышит и правильно понял ваше задание. Если пациент встревожен, нужно успокоить его, чтобы избежать ошибок, связанных с нормальным беспокойством. При этом не следует торопиться, называя

<p>Д Д И Н А».</p>	<p>приблизительно по 1 букве в секунду. Если пациент совершает более 2 ошибок, это расценивается как нарушение внимания, что указывает на необходимость дополнительной оценки уровня сознания и внимания.</p>
<p>3 признак: оценка уровня сознания, котпроводится по отдельной шкале оценки возбуждения и сонливости Ричмонда (RASS) (Таблица 6). Данный методне требует отдельных вопросов, а лишь необходимо наблюдение за психическим состоянием больного во время выполнения им предыдущих заданий с оценкой уровня сознания по стандартной шкале (Таблица 6).</p>	<p>Чем выше балл по шкалеRASS, как со знаком «+», так и «-», тем более выраженным является нарушение сознания. Изменение уровня сознанияконстатируется, даже если по шкале RASS состояние больного соответствует «+1» или «-1».</p>
<p>4 признак: у больных с делирием может наблюдаться грубое расстройство мышления, что не позволяет ответить правильно на простые вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Будет ли камень держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? 	<p>Если больной отвечает неправильно на два или более вопроса, это говорит о наличии дезорганизованности мышления.</p>
<p>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)</p>	<p>Наличие более 1 ошибки свидетельствует о нарушении мышления</p>

Таблица 6. Шкала оценки возбуждения и сонливости Ричмонда (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

Делирий предполагается при выявлении у пациента не менее 3 признаков, при этом обязательным является наличие 1-го и 2-го признаков в сочетании либо с признаком 3, либо 4. В остальных случаях результат оценивается как отрицательный. Заполнение данного опросника занимает около 5 минут и не требует специализированной психиатрической подготовки. Опросник рекомендован к использованию как врачами, так и средним медицинским персоналом.

Рекомендовано заполнение опросника:

- 1) при поступлении пациента в стационар,
- 2) после оперативного вмешательства,

3) при любом остром колебании внимания, поведения или мышления пациента по сравнению с его исходным состоянием.

При поступлении в стационар у пожилых людей распространенность делирия составляет 14 – 24%, варьируя в период госпитализации от 6 до 56% [25,26].

Нужно понимать, что опросникСАМ, как и любой опросник не позволяет выставить окончательный диагноз, а является лишь ориентировочным методом, позволяющим быстро, просто с высокой вероятностью предположить наличие делирия. Лечащий врач, при дальнейшей тщательной оценке клинической картины, факторов риска развития делирия, проведя дифференциальный диагноз, исключив заболевания, которые могут скрываться под маской делирия, может подтвердить или исключить диагноз делирия.

Особое внимание необходимо обратить на наиболее частый вариант течения делирия у пожилых людей – гипоактивный подтип, который имеет наихудший прогноз и чаще остается недиагностированным. Такие пациенты могут отказываться от еды, медикаментозного лечения, что должно вызывать подозрение на наличие гипоактивного делирия. 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 при пробуждении, а также склонности к дневной сонливости в течение дня.

Дифференциальный диагноз

Гипоактивный подтип делирия часто напоминает депрессию. Состояние психомоторной заторможенности, сонливости, отказа от помощи, наблюдающейся при гипоактивном подтипе, 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 начало. Для дифференциальной диагностики делирия и депрессии можно использовать Опросник оценки риска депрессии (PHQ-9). При наличии признаков депрессии пациенту требуется консультация психиатра.

Кроме того, делирий может иметь схожие клинические проявления и с рядом других заболеваний, что может приводить как к гипо-, так и гипердиагностике данного расстройства.

Деменция так же является актуальным гериатрическим синдромом и одним из ведущих факторов риска возникновения делирия. Трудность заключается в том, что делирий часто развивается на фоне имеющейся деменции, поэтому возникшие нарушения в психической сфере воспринимаются как особенности течения основного заболевания. Главное отличие от деменции заключается в остроте манифестации делирия, флюктуирующем характере нарушений в течение дня, тогда как при деменции когнитивные нарушения развиваются медленно, на фоне ясного сознания, как правило, прогрессируя в течение многих лет в отсутствии выраженных суточных колебаний нейрокогнитивного статуса. Другим важным признаком делирия является расстройство внимания, оно обычно не нарушено при деменции, но может встречаться на поздних стадиях нейродегенеративных заболеваний, а также при деменции с тельцами Леви. При этом при деменциях нейродегенеративного генеза могут развиваться так называемые поведенческие и психологические симптомы («behavioural and psychological symptoms of dementia», BPSD), проявляющиеся нарушением поведения, агрессивностью, галлюцинациями, что может напоминать гиперактивный подтип делирия. В случае возникновения трудностей при проведении дифференциального диагноза делирия с деменцией необходима консультация в кабинете памяти. Необходимо отметить, что при невозможности дифференциальной диагностики деменции и делирия, нужно

вести подобного пациента как больного с делирием, то есть с состоянием, угрожающим жизни.

Характерная для делирия дезорганизованность мышления, особенно в сочетании с нарушением поведения, может вызывать трудности при проведении дифференциальной диагностики с эндогенными психическими заболеваниями, такими как мания, шизофрения, что также требует консультации психиатра. Дифференциальный диагноз делирия и схожих клинически состояний представлен в таблице 6 [27].

Таблица 6. Дифференциальная диагностика делирия

Признак	Делирий	Деменция	Депрессия	Эндогенные психические заболевания
Течение заболевания	Острое начало, флуктуирующ ее течение с изменением тяжести состояния в течение дня	Развивается незаметно, исподволь, медленное прогрессирование, стабильность симптомов в течение дня.	Развивается остро или медленно, незаметно	Развиваются остро или медленно, незаметно
Продолжительность	Часы, дни	Месяцы, годы	Недели, месяцы	Недели, месяцы
Нарушение уровня сознания	Обычно обратимое	Обычно ясное	Не нарушено	Может быть нарушено при остром психозе
Ориентировка в пространстве и времени	Колеблется	Нарушена	Сохранена	Сохранена
Внимание	Нарушено	Нарушено на поздних стадиях	Может быть нарушено	Может быть нарушено
Мышление	Нарушено (непоследовательное до бессвязности)	Нарушено на поздних стадиях	Замедление мышления	Может быть нарушено (характерно частое нарушение содержания мышления)

Восприятие	Часто зрительные галлюцинации иллюзии	При деменции 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 ажитация или гипоактивность	Часто не изменена. Могут наблюдаться поведенческие и психологические расстройства (BPSD), расстройства поведения в ночное время (REM-sleepbehavior disorder, RBD)	Может быть гипоактивность	Варьирует

Тактика ведения пациента с делирием

Главной задачей на данном этапе становится выявление и устранение причин, лежащих в основе развития делирия. При этом согласно Российскому законодательству: “Пациент с делирием должен переводиться и наблюдаться в отделении реанимации”. При решении вопроса о переводе пациента из отделения реанимации в общетерапевтическое, необходимо понимать, что стабилизация состояния ввиду флюктуирующего течения заболевания является мнимой, и пациент может быть ошибочно переведён. Также необходимо иметь в виду, что сам перевод пациента в другое отделение является дополнительным стрессом, поддерживающим болезненное состояние. В соответствии с зарубежным опытом ведения пациентов с делирием, предпочтительным является его наблюдение в отделении, где возник делирий, где создаются наиболее комфортные условия пребывания пациента. Еще одним аргументом в пользу данной тактики ведения является тот факт, что нередко провоцирующим фактором делирия

являются заболевания или вмешательства, ставшие причиной обращения за медицинской помощью, и в данном случае, компетентность лечащего врача может быть значительно выше. Важным фактом является разработка необходимых организационных решений и согласованности действий врачей различных специальностей на каждом этапе ведения пациента с делирием. Учитывая полифакториальность делирия, оптимальным решением является ведение пациента мультидисциплинарной бригадой врачей. 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 немедикаментозной и, при необходимости, лекарственной терапии с учетом индивидуальных особенностей течения делирия у пожилого человека. Психиатр на данном этапе принимает решение о применении антипсихотических препаратов.

В настоящее время отсутствуют убедительные данные об эффективности медикаментозного лечения в отношении уменьшения продолжительности, тяжести заболевания и улучшения его прогноза. Имеются отдельные экспертные мнения в отношении использования нейролептиков при делирии. Обоснованием для начала применения нейролептиков может служить лишь агрессивное поведение пациента с угрозой для жизни самого пациента или окружающих, а также активное его препятствие проводимому лечению. При этом нейролептики используются у пожилых людей с большой осторожностью и в минимальных терапевтических дозировках. В России широкое применение получил галоперидол, который часто имеется в любом ЛПУ. При этом галоперидол относится к наиболее изученным в мировой клинической практике препаратам медикаментозной терапии делирия. Рекомендуемые дозы составляют 0,5 – 1 мг 2 раза в день. Необходимо помнить о том, что применение нейролептиков у пожилых людей сопряжено с возможными серьезными осложнениями. Одним из них является удлинение интервала QT

с возможным возникновением «пируэтной» желудочковой тахикардии. Риск данного осложнения особенно велик при внутривенном применении нейролептиков, что требует обязательного мониторинга кардиологических функций. Необходимо учитывать факторы риска удлинения интервала QT, к которым относятся женский пол, нарушения ритма сердца в анамнезе, сердечная недостаточность, электролитные нарушения, прием определенных препаратов: антиаритмиков, антибиотиков, опиоидов. Риск данного осложнения минимален при пероральном приеме нейролептиков. 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, что имеет важное значение у пожилых пациентов с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Другими неблагоприятными факторами, связанными с приемом нейролептиков, являются увеличение смертности вследствие аспирационной пневмонии и сердечно-сосудистой патологии, повышение риска возникновения острого нарушения мозгового кровообращения и ухудшение когнитивных функций. Применение нейролептиков при гипоактивном подтипе делирия не показано.

Использование мер физического ограничения является не только негуманным, но и создает сильный психологический стресс для пожилого человека в состоянии дезорганизованности мышления и дезориентировки. 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[29].

При подозрении на употребление алкоголя или других психоактивных веществ необходим сбор токсического анамнеза. Применение препаратов из группы бензодиазепинов по современным рекомендациям оправдано только

при делирии алкогольной этиологии [30], в других случаях их использование у пожилых пациентов сопряжено с риском ухудшения состояния.

Невролог должен провести неврологический осмотр для исключения заболеваний, которые часто ассоциированы у пожилых людей с органическим поражением головного мозга. Обязательным является проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга.

Необходимо помнить, что при делирии также, как и при деменции противопоказано использование антихолинэргических препаратов. Учитывая частое возникновение делирия на фоне деменции, целесообразна консультация невролога или психиатра для решения вопроса о коррекции противодементной терапии. При подозрении на эпилепсию необходимо проведение электроэнцефалограммы. При подозрении на наличие болевого синдрома крайне важным является адекватное обезболивание. Другим значимым фактором является диагностика расстройств сна и составление представления о качестве сна пациента с делирием. С данной целью используется Индекс тяжести инсомнии (ISI, Приложение 4) [31]. Для коррекции нарушений сна у пожилых пациентов в первую очередь применяют немедикаментозные методы, особенно 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, поддерживающих состояние делирия, среди которых важное значение имеют 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 из листа назначения препаратов, поддерживающих делириозное состояние (Таблица 2).[8].

Более подробно наиболее важные корригируемые провоцирующие факторы делирия и алгоритм действий при их выявлении изложены в таблице 7.

Таблица 7. Корригируемые провоцирующие факторы делирия

Провоцирующие факторы	Алгоритм действия
1. Полипрагмазия	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Исключить у пожилых людей прием более 5 препаратов, особенно если они относятся к делириозогенным (Таблица 2)
2. Использование седативных, антихолинергических и психоактивных препаратов	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Исключить или заменить на препараты из других фармакологических групп те лекарственные средства, которые наиболее часто приводят к делирию: <ul style="list-style-type: none"> - бензодиазепины (феназепам, лоразепам), - препараты с антихолинергическим потенциалом(атропин, пирензепин, платифиллин, ипратропия бромид, амитриптилин), - психоактивные и наркотические препараты (кодеин,трамадол, эфедрин, морфин,промедол, фентанил). ➤ Для премедикации при оперативных вмешательствахиспользовать препараты, которые связаны с малым риском развития делирия (дексмететомидин)
3. Инфекционный процесс	<ul style="list-style-type: none"> ➤ При наличии гнойного процесса проконсультировать у хирурга. ➤ Необходимо учитывать высокую распространенность у пожилых людей пневмонии (с атипичным течением), инфекций мочевыводящих путей, заболеваний желудочно-кишечного тракта. ➤ При подозрении на инфекционный процесс:контроль в динамике температуры тела, АД, ЧСС, оксигенации крови,

	<p>изменений стула, выполнение общего анализа крови, биохимического анализа крови. При необходимости выполнить УЗИ органов брюшной полости. Консультация терапевта.</p>
4. Метаболические расстройства	<ul style="list-style-type: none"> ➤ При подозрении на наличие метаболических расстройств, провести биохимический анализ крови, включая оценку уровня электролитов, КЩР. Исключить метаболический ацидоз. Нормализовать уровень глюкозы при гипергликемии, при необходимости проконсультировать у эндокринолога.
5. Болевой синдром	<ul style="list-style-type: none"> ➤ При жалобах на боли различной локализации, оценить ее продолжительность (хронический характер болевого синдрома), интенсивность по Визуальной аналоговой шкале. ➤ Обеспечить адекватное обезбоживание ненаркотическими анальгетиками (НПВС). ➤ При хроническом и/или невропатическом болевом синдроме (обусловленном поражением нервной системы) требуется консультация невролога. <p>Повторно оценивать качество обезбоживания каждую смену + по ситуации.</p>
6. Обезвоживание, недостаточное питание	<ul style="list-style-type: none"> ➤ При недостаточном питании и обезвоживании обеспечить адекватный режим питания и питья (при необходимости – парентеральное питание и регидратация)
7. Эпи-синдром	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Уточнить, не было ли у больного в анамнезе судорожных припадков, острого органического поражения головного мозга, не злоупотребляет ли алкоголем?
8. Гипоксия, анемия	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Контролировать в динамике общий анализ крови, при анемии – исключение внутреннего кровотечения, выявление генеза анемии с последующим лечением. ➤ При дыхательной, сердечной, хронической сосудистой недостаточности контролировать

	<p>показатели оксигенации крови, электролиты, исключить гиперкапнию. Проконсультировать у терапевта (кардиолога).</p>
<p>9. Длительное использование мочевого катетера, задержка мочи</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Помнить, что длительное использование мочевого катетера сопряжено с риском инфекционных осложнений. Не использовать постоянную катетеризацию. С другой стороны, стараться не допускать задержки мочи, которая также сопряжена с риском развития делирия. ➤ Пальпация живота, УЗИ мочевого пузыря по мере необходимости. ➤ Регулярное посещение туалета (переносной туалет или туалетная комната)
<p>10. Запоры</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ У пожилых людей часто отмечается хронический запор. Исключить его 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. ➤ Выполнить прямокишечное исследование по показаниям. ➤ При необходимости ведение дневника стула пациента.
<p>11. Ограничение физической активности</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Избегать гипомобильности больных, рекомендовать регулярное занятие ЛФК, пешие прогулки. ➤ В послеоперационном периоде требуется ранняя мобилизация.
<p>12. Депривация сна</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Узнать, не страдает ли больной нарушениями сна? Оценить расстройства сна (Приложение 4). ➤ Дать рекомендации по гигиене сна (Приложение 5).

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Не использовать бензодиазепины, применять короткодействующие снотворные препараты коротким курсом (зопиклон, залеплон). ➤ Проконсультировать у сомнолога при расстройствах сна.
<p>13. Неблагоприятная внешняя обстановка и психологические факторы</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Стараться создать благоприятные условия для больного: избегать шума, частых переводов в другие отделения. ➤ Многие пожилые люди не понимают состояния своего здоровья, боятся, что страдают серьезным заболеванием, которое грозит жизни, характерен страх перед смертью. Проводить разъяснительные беседы, объяснять больному суть его заболевания, прогноз, преодолевать ложные представления путем логических доводов, данных объективных исследований (когнитивно-поведенческая терапия). ➤ При наличии у больного стойких иррациональных убеждений о своей болезненности, излишней заостренности на своем соматическом состоянии, фобий, выраженной тревоги проконсультировать у психиатра.

Учитывая противоречивые данные об эффективности применения нейролептиков и наличие связанных с их приемом серьезных осложнений, в рамках первой линии терапии должны выступать немедикаментозные меры. Один из таких подходов заключается в реориентировании пациента, которое включает в себя меры, направленные на правильную ориентацию больного во времени и пространстве. Важно проследить, чтобы в поле зрения пациента с делирием находились часы и календарь с текущей датой.

При нарушении у пациента цикла «сон–бодрствование», а также для упрощения различения времени суток, в палате необходим доступ дневного света. Нужно стараться чаще объяснять больному текущую дату, его местонахождение. Важным является привлечение к помощи родственников

пациента, разъяснение им особенностей состояния пациента. Необходимо позволить им активно участвовать в реориентировании. При этом следует объяснять родственникам и медсестрам, что пациент с делирием сверхчувствителен и нуждается в необходимостисоздания для него максимально комфортных условий, включая исключение излишнего шума, яркого света.

В заключении приводитсяобщая схема по профилактике, диагностике и ведению пациента с делирием (Схема 1).

Схема 1.Профилактика, диагностика и ведение пациента с делирием

На амбулаторном этапе и при госпитализации пациента в отделение:

Проведение тестирования по опросникам CAM + RASS (Таблицы №4, 5, 6):

А) ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ устранение корригируемых факторов, поддерживающих состояние делирия

Б) ДЕЛИРИЯ НЕТ: ▪ сбор врачом амбулаторного звена или медсестрой данных по наличию предрасполагающих факторов и выделение группы высокого риска (Таблица 1);

▪ оценка и коррекция провоцирующих факторов с учетом анамнеза больного, планируемых и проводимых лечебных манипуляций лечащим врачом в соответствии с протоколом (Таблица 7).

На этапе стационарного лечения:

1. При подозрении на развитие делирия (особенно у лиц из группы высокого риска) проводить дифференциальную диагностику (Таблица №6) и проводить коррекцию провоцирующих факторов (Таблица №7)

2. Провести оценку по опросникам CAM + RASS в послеоперационном периоде (в группе высокого риска 2 раза за 24 часа):

ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ → устранение корригируемых факторов, поддерживающих состояние делирия + применение немедикаментозных мер

ДЕЛИРИЯ НЕТ → продолжить контроль за факторами риска

Ведение пациента в отделении реанимации при подтверждении делирия:

1. Соблюдение мер по устранению факторов риска у пациентов из группы риска

2. Оценка состояния пациентов по опросникам CAM и RASS 2 раза в день

3. При выявлении признаков делирия по опроснику CAM → ведение лечащим врачом → междисциплинарная бригада → дифференциальный диагноз → подтверждение диагноза → немедикаментозное ведение сотрудниками отделения

4. Формирование лечащим врачом междисциплинарной бригады, осмотр каждым специалистом пациента и совместное решение о плане проводимых диагностических процедур для установления причин, поддерживающих делириозное состояние.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Тест «Mini-Cog»

	Комментарии	Интерпретация
Шаг 1	<p>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».</p> <p>Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг.</p> <p>Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.</p>	Баллы не начисляются
Шаг 2	<p>Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате.»</p> <p>После завершения попросите пациента изобразить стрелки так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут».</p>	<p>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.</p> <p>Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов</p>
Шаг 3	<p>Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.</p>	<p>За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни 1 слова – 0 баллов</p>
<p>Общее количество баллов за тест от 0 до 5.</p> <p>В случае, если пациент набрал 4 или 5 баллов – вероятность деменции низкая.</p> <p>Если пациент набрал 0, 1, 2 или 3 балла – вероятность деменции высокая.</p>		

Приложение №2 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 возможных ответов 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, бессонница, 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 чтение или просмотре телевизора?
8. Двигаетесь или говорите необыкновенно 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 3. Индекс выраженности бессонницы (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 неудовлетворены) процессом своего сна?

Очень удовлетворён 0

Удовлетворён относительно 1

Удовлетворён 2

Не удовлетворён 3

Крайне неудовлетворён 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.

Приложение 4. Оценка риска падения (шкала Морзе)

Категория	Варианты ответов	Баллы
Падения в анамнезе	Да	25
	Нет	0
Сопутствующие заболевания (один диагноз и более)	Да	15
	Нет	0
Вспомогательные средства передвижения	Постельный режим/помощь ухаживающих лиц	0
	Костыли/ходунки/трость	15
	Передвигаясь, держится за мебель	30
Наличие венозного катетера	Да	20
	Нет	0
Функция ходьбы (походка)	Норма; постельный режим/обездвижен	0
	Неустойчивая	10
	Нарушения	20
Оценка своих возможностей и ограничений пациентом	Осознает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности, забывает об ограничениях	15

№ п/п	Количество набранных баллов	интерпретация
1.	> 45	очень высокий риск
2.	44-25	умеренный риск
3.	24-0	невысокий риск

Список литературы

1. Martins S., Fernandes L. Delirium in Elderly People: A Review /Frontiers in Neurology. – 2012. – V.3. - P101. doi:10.3389/fneur.2012.00101.
2. 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.
3. Колпашиков И.Н., Гаврилова С.И. Состояния спутанности сознания у пожилых больных многопрофильного стационара /Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2014. - №114(6). –с. 13-19.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
5. Inouye S.K., Charpentier P.A. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability/JAMA. – 1996. – V. 275. – P. 852-857.
6. Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. Delirium in elderly people / Lancet. – 2014. – V. 383. – P. 911–922.
7. 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. PubMed PMID: 16648149.
8. Setters B., Solberg L.M. Delirium / Prim. Care. – 2017. – V.44(3). – P.541-559. doi: 10.1016/j.pop.2017.04.010. Review. PubMed PMID: 28797379.
9. 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.

10. Inouye S.K. Delirium in older persons / *N. Engl. J. Med.* – 2006. – V.16;354(11). – P.1157-1165. Review.
11. Pisani M.A., McNicoll L., Inouye S.K. Cognitive impairment in the intensive care unit / *Clin. Chest. Med.* – 2003. – V.24. – P.727-737.
12. 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. Review. PubMed PMID: 22032658.
13. 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.
14. 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.
15. Collins N., Blanchard M.R., Tookman A. et al. Detection of delirium in the acute hospital / *Age ageing.* – 2010. – V.39. – P.131–135.
16. Khurana V., Gambhir I.S., Kishore D. Evaluation of delirium in elderly: a hospital-based study / *Geriatr.Gerontol. Int.* – 2011. – V.11(4). – P.467-473. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00710.x. Epub 2011 May 18. PubMed PMID: 21592270.
17. National Clinical Guideline Centre. Delirium: diagnosis, prevention and management. NCGC, 2010.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study / *JAMA*. - 1999. - V.282. - P.1737-1744.
23. Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit / *Intensive CritCare Nurs.* - 2012. - V.28(3). - P.185-189.
24. 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.
25. Bucht G., Gustafson Y., Sandberg O. Epidemiology of delirium / *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. - 1999. - V.10. - P.315-318. [PubMed: 10473930]
26. Lipowski Z.J. Delirium in the elderly patient / *The New England Journal of Medicine*. - 1989. - V.320. - P.578-582. [PubMed: 2644535]
27. Mittal V., Muralee S., Williamson D. et al. Review: delirium in the elderly: a comprehensive review / *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* - 2011. - V.26(2). - P.97-109.
28. Neufeld K.J., Yue J., Robinson T.N. et al. Antipsychotic medication for prevention and treatment of delirium in hospitalized adults: a systematic review and meta-analysis / *J. Am. Geriatr. Soc.* - 2016. - V.64. - P.705-714.
29. 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.
30. Агибалова Т.В., Альтшулер Б., Брюн Е. А. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного синдрома. 2014

31. Morin C.M. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guil