

Клинические рекомендации

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

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: F05.1, F05.7, F05.8, F05.9

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения: 202

Разработчик клинической рекомендации:

- **Общественная организация «Российское общество психиатров»**
- **Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»**

Оглавление	
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	9
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	12
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	12
2.1 Жалобы и анамнез	13
2.2 Физикальное обследование	14
2.3 Лабораторные диагностические исследования	14
2.4 Инструментальные диагностические исследования	16
2.5 Иные диагностические исследования	17
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	19
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	37
4.1 Реабилитация после делирия	38
4.2 Уход за пациентом с делирием	39

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	40
6. Организация оказания медицинской помощи	44
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	46
Критерии оценки качества медицинской помощи	46
Список литературы	47
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	69
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	70
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	72
Приложение Б. Алгоритм действий врача	72
Приложение В. Информация для пациентов	72
Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	73
Приложение Г1. ШКАЛА ОЦЕНКИ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ (ДЕЛИРИЯ)	73
Приложение Г2. ЧЕТЫРЕХФАКТОРНЫЙ ОЦЕНОЧНЫЙ ТЕСТ НА КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ДЕЛИРИЙ (4-А ТЕСТ, 4-АТ).....	75
Приложение Г3. КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА....	78
Приложение Г4. МИНИ-КОГ	80
Приложение Г5. ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ	84
Приложение Г6. МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ (МоСА-тест) -----	85

Список сокращений

АД - артериальное давление

АЛТ - аланинаминотрансминаза

АСТ - аспартатаминотрансминаза

ВФ – воздействующий фактор

Д- делирий

ДГМС – доплерография магистральных сосудов

КТ – компьютерная томография

МКБ - международная классификация болезней

МНО – международное нормализованное отношение

МРТ – магнитно-резонансная томография

ЦНС – центральная нервная система

ЧДД - частота дыхательных движений

ЭЭГ – электроэнцефалография

Термины и определения

Нарушение сознания. Его кардинальные признаки составляют затруднение или отсутствие контакта с больным, дезориентировка разной глубины, элементы бессвязности мышления, последующая амнезия болезненного периода.

Острая психическая спутанность. Выделение термина объясняется тем, что нарушения сознания в пожилом и старческом возрасте отличаются рядом общих клинических особенностей с нивелированием синдромальных различий, свойственных аналогичным психозам у более молодых лиц. Эти отличия включают в себя следующие компоненты:

1. Клиническая картина оказывается малодифференцированной в плане принадлежности к какому-либо одному из хорошо известных расстройств сознания. От картины делирия в данном случае присутствует акцентуированное расстройство ориентировки в окружающем, возможность появления истинных галлюцинаций, прежде всего – зрительных. Симптоматика же аменции находит отражение в относительной малой выраженности психомоторного возбуждения, носящего характер скорее двигательного беспокойства, суебливости и сопровождающегося явлениями растерянности, невозможности охватить ситуацию в целом;

2. Относительно острые проявления данного состояния отличаются кратковременностью и транзиторностью (возникают преимущественно в ночное время). Однако присутствует и тенденция к повторному возникновению данного состояния, в некоторых случаях с упорным его персистированием;

3. В периоде, предшествующем делирию, часто обнаруживаются когнитивные нарушения, в том числе достигающие степени деменции.

«Делирий у пожилых». Термин «острая психическая спутанность» в настоящее время по-прежнему встречается не только в отечественной, но иногда и в зарубежной литературе. Однако в последней, как правило, используется понятие «делирий у пожилых» (“delirium in the elderly”). В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) [1] это понятие соответствует рубрике F05 - делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (подробные разъяснения см. ниже соответствующий раздел).

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Международная классификация болезней, версия 10 (МКБ-10) [1], определяет делирий (Д) как этиологически неспецифический органический церебральный синдром, характеризующийся флюктуирующими, одновременно обнаруживающимися нарушениями сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, эмоций, ритма сна-

бодрствования, а также психомоторными расстройствами. Продолжительность его варьирует, а степень тяжести может быть от легкой до очень тяжелой.

Хотя в целом речь идет о состоянии, которое может развиваться в разные возрастные периоды, чаще оно возникает у лиц старше 60 лет. Для Д характерны быстрое развитие вышеуказанных симптомов, тенденция к колебаниям степени их тяжести в течение дня, наличие признаков возникновения данного расстройства как прямого физиологического следствия другого заболевания (соматического, неврологического и пр.) либо психосоциального стресса (вследствие, к примеру, резкого изменения жизненного стереотипа, госпитализации, помещения в дом престарелых, непрофессионального ухода, низкой социальной стимуляции, инструментальных обследований и т. п.) [2, 3, 4].

Д может быть «острым», длящимся несколько часов или дней, и персистирующим, продолжающимся недели или даже месяцы. [5, 6]. Различия, которые иногда делают между острым и подострым делирием, имеют небольшое клиническое значение, и такие состояния должны рассматриваться как единый синдром различной длительности и степени тяжести (от легкой до очень тяжелой). Обычно выздоровление наступает в течение 4 недель или ранее, однако протекающий с колебаниями степени выраженности симптоматики делирий длительностью до 6 месяцев не является редкостью: примерно в 20% случаев он может сохраняться в течение недель или месяцев [7].

Хотя термин «делирий» (лат. «безумие») прочно вошел в обиход, имеются существенные различия в его понимании. Д известен под несколькими терминами, некоторые из которых все еще используются в клинической практике. В рамках немецкой психиатрической традиции термин «делирий» долгое время применялся для описания феноменов, преимущественно связанных с алкогольным абстинентным синдромом. В соответствии с современными международными лингвистическими нормами этому термину придается гораздо более широкое толкование, и в настоящем обычно под ним понимают острые состояния спутанности сознания. Связанными с понятием Д терминами с синонимичным или схожим значением являются «делириозный синдром», «сумеречное состояние», «транзиторный синдром», «острый экзогенный тип реакции», «острый мозговой органический психосиндром», «острая энцефалопатия», а также «острый мозговой синдром», «состояние затуманенности», «состояние спутанности сознания». Группа по разработке рекомендаций SIGN [8] выступила за использование термина «делирий» вместо альтернативных вариантов для содействия более последовательному взаимодействию специалистов, более точному предоставлению информации пациентам и лицам, осуществляющим уход, и более строгому использованию инструментов его обнаружения и выбора стратегий терапии. Среди включаемых в данный раздел диагностических формулировок присутствует состояние спутанности сознания, которое по-прежнему часто используется в отечественной психиатрической литературе и практической деятельности. В общей и гериатрической практике эпизоды Д у пожилых людей клиницистами часто необоснованно рассматриваются только как следствия алкогольного абстинентного синдрома, недооценивая другие провоцирующие факторы и полифакториальность данного состояния. В работе с пациентами старших возрастных групп необходимо рассматривать Д как гериатрический синдром, имеющий в основе факторы церебрального старения и, как правило, декомпенсацию соматических расстройств. В связи с этим специалистами Российского геронтологического научно-

клинического центра для выделения специфики Д пожилого возраста предложено называть данное расстройство гериатрическим делирием [101].

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

Развитие Д. может быть обусловлено множественными факторами. В работах известных психиатров, в частности J. Willi, M. Bleuler [9], было продемонстрировано более частое возникновение острых психозов в старости по традиционно описываемому механизму экзогенных нарушений. В настоящее время Д рассматривается как острая неспецифическая церебральная недостаточность, возникающая в результате воздействия и взаимодействия экзогенных или эндогенных факторов. Общепринятая пороговая концепция делириогенеза постулирует, что основную роль в его развитии играют индивидуальная уязвимость и характеристики воздействующего фактора (ВФ), и, если уязвимость высока, воздействие даже незначительного «вредного агента» достаточно, чтобы вызвать Д [10]. ВФ оказывает влияние на клеточные системы головного мозга через метаболические медиаторы, к которым относят низкий уровень энергии клеток после перенесенной гипоксии, гипогликемию и нарушения дыхательной цепи, эндо- и экзотоксины, антитела и аутоантитела, несбалансированные ионы, рН и осмолярность, чрезмерное количество активных метаболитов и гормонов. Вероятно, именно баланс между силой стрессора и устойчивостью мозга определяет риск развития и интенсивность делирия, а также восстановление после него.

Согласно теории гомеостеноза [11], «обычно орган не теряет видимую функцию настолько сильно, насколько он теряет измеримый резерв» [12], и Д возникает тогда, когда резерв больше не может компенсировать воздействие стрессоров. Функциональный резерв мозга уменьшается с возрастом. Д может служить «маркером уязвимого мозга со сниженной резервной способностью» [13]. Эта точка зрения соответствует выводам мета-анализов исследований функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ), которые установили, что риск развития Д ассоциирован с уменьшением структурной связности хрупких сетей, тогда как начало и поддержание клинических признаков Д. следуют за случайными дисфункциями остаточных сетей [14, 15, 16].

Целостного патофизиологического понимания механизмов развития Д. в настоящее время нет, вероятно, в его основе лежит целый спектр патогенетических факторов. В попытке объяснить процессы, приводящие к развитию делирия, было предложено несколько гипотез, каждая из которых акцентировала внимание на определенном механизме или патологическом процессе, например, на дефиците доступности ацетилхолина и/или мелатонина; избытке высвобождения дофамина, норадреналина и/или глутамата; и разнонаправленном (либо пониженной, либо повышенной) изменении активности серотонина в зависимости от проявления и причины делирия), гистамина и/или γ-аминомасляной кислоты [17], нарушениях сна, процессах старения, связи с применением определенных фармакологических субстратов, воспалительной реакции астроглии [18]. В контексте мультиморбидности значительную роль в его возникновении как факторам риска отводят заболеваниям почек, печени, сердца, легких и центральной нервной системы [19].

Важное значение в развитии Д. у пожилых вероятно играет психосоциальный стресс, а именно, резкие изменения жизненного стереотипа, в частности, госпитализация или помещение в дом престарелых, ошибки в организации ухода, низкая социальная стимуляция, конфликты с родными, инструментальные обследования [2].

Однако патофизиология делирия более сложна. Одна из теорий предполагает, что Д является результатом сочетания нарушений в нейротрансмиссии, сбоя в интеграции и обработке сенсорных сигналов и двигательных эффекторов, а также нарушения связности мозговой сети [17]. Она постулирует, что несколько факторов, специфичных для пациента, взаимодействуют при развитии Д, включая нейровоспаление, активизацию «окислительного стресса», «нейроэндокринную дисфункцию» и «циркадный ритм или нарушение регуляции мелатонина» [17]. Кроме того, периферическая инфекция или операция могут активировать воспалительные цитокины и другие медиаторы в крови, которые могут преодолевать гематоэнцефалический барьер или достигать паренхимы мозга другими путями (например, через блуждающий нерв), и активировать клетки микроглии и астроциты [20]. Уменьшение мышечной массы и увеличение количества жировой ткани, которые обычно происходят у пожилых людей, также могут играть роль дополнительного источника воспалительного стимула (через эндокринную секрецию провоспалительных адипокинов), усиливая величину ответа [21]. Причиной развития Д может стать дисрегуляция нейронной активности, являющаяся вторичной по отношению к системным нарушениям и имеющая своим выражением развитие особой психопатологической симптоматики и изменений поведения.

Большинство этих теорий являются взаимодополняющими, а не конкурирующими, со многими областями пересечения и взаимного влияния, таким образом, можно констатировать, что множественные факторы или механизмы, описанные в этих теориях, приводят к общему конечному результату, связанному с изменением синтеза, функции и/или доступности нейротрансмиттеров, который опосредует сложные поведенческие и когнитивные изменения, наблюдаемые при Д. Гипотеза сбоя интеграции систем [17] объединяет опубликованные концепции, вписывая различные эффекты каждой из них в сложную сеть, тем самым подчеркивая области сходства и пересечения. Изменчивое воздействие этих факторов способствует развитию когнитивных и поведенческих симптомов Д, однако маловероятно, что какая-либо одна из этих теорий была способна полностью объяснить этиологию или все феноменологические проявления Д, по-видимому, эти механизмы действуют совместно, приводя к биохимическим нарушениям и, в конечном итоге, к сложным когнитивным и поведенческим изменениям, характерным для Д.

Исходя из патогенетических механизмов развития данного состояния, следует отметить, что общий набор причин, способных вызвать ее у пожилого человека, должен отличаться существенным разнообразием, поскольку в силу ослабленности защитных свойств его организма и естественного с возрастом, а тем более связанного с соответствующими болезнями, ухудшения когнитивного функционирования, вероятность реакции в виде спутанности в ответ на многие внешние воздействия возрастает. В то же время в литературе представлен анализ подобных факторов, которые были, с одной стороны, сгруппированы по общности основных механизмов воздействия, а с другой – были разделены на изначально существующие в течение продолжительного времени

особенности состояния пациента и непосредственно предшествовавшие по времени возникновению спутанности [22]. Указанные факторы представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Факторы, предрасполагающие и провоцирующие развитие психической спутанности

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

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хотя распространенность Д у лиц пожилого возраста относительно невелика и составляет от 0,4 до 2 %, значительно более высокие показатели частоты развития подобных состояний выявляются при оценке госпитализированных в медицинские учреждения лиц позднего возраста [23, 24, 25]. Так, в целом за время госпитализации, Д. переносят до 30% пожилых больных [26], причем в отделениях интенсивной терапии этот показатель достигает 80% [27]. Соответствующий показатель, установленный при поступлении в общесоматические стационары находится в диапазоне от 11 до 42%.

При наличии когнитивных нарушений у пожилых частота развития Д. у пожилых возрастает: он развивается у 40% лиц, страдающих деменцией, причем с возрастом вероятность его развития увеличивается. В частности, на долю лиц старше 70 лет приходится около 55% случаев их развития [28].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Делирий не на фоне деменции: F05.0

Делирий на фоне деменции: F05.1

В аспекте пожилого и старческого возраста актуальны также следующие рубрики, отражающие этиологию:

F05.01 – делирий вследствие сосудистого заболевания головного мозга;

F05.07 - делирий не на фоне деменции в связи с другими заболеваниями;

F05.08 - делирий не на фоне деменции в связи со смешанными заболеваниями;

F05.09 - делирий не на фоне деменции в связи с неуточненным заболеванием.

Аналогичным образом произведено и этиологическое разграничение рассматриваемого состояния, развившегося уже на фоне деменции.

Кроме того, в МКБ-10 выделена рубрика F05.8 – «Другой делирий», которая может применяться в связи с развитием соответствующей патологии в пожилом и старческом возрасте. Это касается случаев, когда причина развития текущего состояния (в отличие от предшествовавшего ему длительно протекавшего заболевания, в частности, возраст-ассоциированного) имеет смешанный характер. Кроме того, данная рубрика может быть использована при «подостром», субсиндромальном характере выявляемой у пациента психопатологии. В данную подрубрику должны быть включены случаи, когда невозможно установить наличие или отсутствие деменции, что предопределяет разграничение рубрик F05.0 и F05.1 (см. выше). Следует отметить, что трудности верификации когнитивных нарушений и их степени нередки у пожилых пациентов, поскольку состояние спутанности (делирий) часто становится первым поводом обращения за медицинской помощью. Между тем, для констатации деменции требуется достаточно продолжительный период наличия когнитивных нарушений. В частности, согласно требованиям МКБ-10 он составляет, как минимум, 6 месяцев. На фоне развившейся симптоматики Д оценка наличия деменции и ее степени оказывается затруднительной и некорректной.

Для случаев неполного соответствия выявляемого у пациента состояния критериям Д. по МКБ-10 отведена рубрика F05.9.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Lipowski (1980) [29] на основе оценки психомоторного поведения выдвинул предположение, что делирий может протекать в трех клинических вариантах: гиперактивном, гипоактивном и смешанном. И хотя эта классификация не признается МКБ-10 (Международная классификация болезней; ВОЗ, 1992) [30], несколько исследований подтвердили ее валидность [31, 32].

При гиперактивном подтипе наблюдается повышенная психомоторная активность. У пациентов обнаруживаются такие черты, как повышенная бдительность, беспокойство, возбуждение, агрессия, лабильность настроения, а в некоторых случаях галлюцинации и бред [29]. Поведение часто бывает разрушительным (например, крики или сопротивление) или потенциально опасным (например, выдергивание катетеров). Этот подтип Д. является наиболее легко идентифицируемым [24]. Пациенты с этой формой Д. чаще получают медикаментозную терапию, в частности бензодиазепины и нейролептики [33].

Гипоактивная форма характеризуется снижением психомоторной активности с наличием летаргии и сонливости, апатии и спутанности сознания. Пациенты становятся замкнутыми, аспонтанными, медленно отвечают на вопросы, могут производить впечатление спящих [34]. Это наиболее распространенный подтип Д у пожилых людей [35]: он составляет до 65 % всех случаев Д. у пожилых [36], однако отсутствие разрушительного, травмирующего, беспокойного поведения создает трудности для его распознавания клиницистами [34, 37]. Подобный вариант психической спутанности, на первый взгляд, является менее проблемным для окружающих, поскольку пациент заторможен и обычно находится в положении лежа. Однако есть основания полагать, что существует высокая вероятность прогрессирующего утяжеления физического состояния и угроза летального исхода, в данном случае спутанность может быть предвестником смерти [38]. Этот вариант Д. требуется дифференцировать с депрессией.

При смешанном Д у пациентов наблюдаются симптомы обоих подтипов, упомянутых выше [39]. Состояние может колебаться между периодами гиперактивности и гипоактивности, симптомы, как правило, включают чередование периодов возбуждения и летаргии, непредсказуемые изменения поведения, колебания уровней осознанности и реагирования.

Для этих различных форм Д были предложены дифференцированные патогенетические модели, и очевидно, что разные основные пути развития будут определять различное течение, лечение, прогноз и исходы [23, 32, 35]. Вместе с тем, однозначного мнения относительно прогноза различных типов Д. нет. Обнаружены доказательства того, что гипоактивная форма связана с относительно худшим прогнозом [38], и в лонгитюдном исследовании установлено [40], что пациенты с этим подтипом Д. имели значительно большую вероятность умереть в течение 1 месяца.

В МКБ-10, как было указано в предыдущем разделе, отмечается, что разграничение острого и подострого типов течения делирия не имеет принципиального значения. Однако выделение персистирующего делирия, с учетом более вероятного его развития именно в пожилом и старческом возрасте. Принимая во внимание клиническое значение подобного состояния, безусловно требует его корректной констатации и оценки.

В статистической структуре типов течения Д у пожилых данная форма составляет до 40,6% [41]. Причем наличие постоянной тенденции к возобновлению симптоматики состояния имеет крайне неблагоприятное прогностическим значением. Последнее затрагивает высокую вероятность прогрессирующего когнитивного снижения с неизбежным ухудшением социального функционирования. Соответственно, возрастает и объем, а также трудности осуществления систематического ухода. Также ухудшается и прогноз для жизни – смертность у таких больных достигает 39%, что в 4 раза выше, чем при транзиторном течении.

Субсиндромальный делирий

У части пациентов обнаруживаются один или нескольких основных диагностических симптомов, однако состояние не соответствует полным критериям Д, и

при этом не происходит углубления симптоматики. Это позволило говорить о т.н. субсиндромальном делирии [42].

Основными его симптомами, как правило, являются невнимательность, измененный уровень сознания, дезориентация и нарушения восприятия [43, 44].

Субсиндромальный Д встречается у 21–76% госпитализированных пожилых людей [45]. У пожилых людей, находящихся на длительном уходе, с деменцией частота составила 48,4 или 50,3% в зависимости от используемых критериев [42]. Факторы риска субсиндромального аналогичны классическому Д: пожилой возраст, деменция и тяжелое заболевание. Более того, это состояние ассоциировано с плохим исходом, а именно, более низким когнитивным и функциональным уровнем, увеличением продолжительности пребывания в стационаре и снижением выживаемости после выписки в течение 12 месяцев [44]. Все это позволяет говорить о том, что пациенты с субсиндромальным делирием требуют выявления и клинического внимания для достижения оптимального результата лечения [43].

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Симптоматика Д включает в себя следующие основные проявления:

1. Измененное сознание и внимание (от оглушения до комы; сниженная способность направлять, фокусировать, поддерживать и переключать внимание);
2. Глобальное расстройство познания (искажения восприятия, иллюзии и галлюцинации, в основном зрительные; нарушения абстрактного мышления и понимания с или без преходящего бреда, но обычно с некоторой степенью инкогеренции; нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительной сохранностью памяти на отдаленные события; дезориентировка во времени, а в более тяжелых случаях в месте и собственной личности);
3. Психомоторные расстройства (гипо- или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому; увеличение времени; повышенный или сниженный поток речи; реакции ужаса);
4. Расстройства ритма сон-бодрствование (инсомния, а в тяжелых случаях - тотальная потеря сна или инверсия ритма сон-бодрствование: сонливость днем, ухудшение симптомов в ночное время; беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации);
5. Эмоциональные расстройства, как например, депрессия, тревога или страхи. Раздражительность, эйфории, апатия или недоумение и растерянность.

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

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

Критерии установления диагноза:

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

а) измененное сознание и внимание

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

б) глобальное расстройство познания

- искажения восприятия, иллюзии и галлюцинации, в основном зрительные;
- нарушения абстрактного мышления и понимания с или без преходящего бреда, но обычно с некоторой степенью инкогеренции;
- нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительной сохранностью памяти на отдаленные события;
- дезориентировка во времени, а в более тяжелых случаях в месте и собственной личности;

в) психомоторные расстройства

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

г) расстройства ритма сон -бодрствование

- инсомния, тотальная потеря сна
- инверсия ритма сон - бодрствование: сонливость днем, ухудшение симптомов в ночное время;
- беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации;

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

Диагноз Д является клиническим, устанавливается на основании анамнеза, наблюдения за пациентом и оценки психического, неврологического и соматического статуса. [41, 46, 47]

2.1 Жалобы и анамнез

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

- **Рекомендуется** обратить внимание на жалобы, касающиеся соматической сферы, т.к. они могут иметь отношение к тому фактору, который явился провокацией развития Д, например, быть связанным с физической травматизацией, декомпенсацией соматической патологии, инфекционным процессом и т.д. (см. табл.1) [5, 48].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуется** выявить в анамнезе факторы, предрасполагающие к развитию делирия и факторы, провоцирующие развитие Д, в первую очередь наличие ранее выявленного когнитивного снижения, сенсорной депривации (снижение остроты слуха и зрения), снижения функционального статуса, тяжелой соматической патологии, инфекционных заболеваний, повышения уровня креатинина и мочевины в периферической крови, перенесенных в прошлом эпизодов Д, депрессии [5, 48], указания на наличие синдрома старческой астении [49], алиментарной недостаточности (умеренный или высокий уровень гериатрического нутритивного индекса риска GNRI [51], показана оценка бремени сопутствующих заболеваний с помощью индекса сопутствующих заболеваний Чарлсона или индекса сопутствующих заболеваний Эликсхаузера как один из предикторов развития Д [52].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Исследование данных анамнеза показано всем пациентам с симптоматикой Д и не имеет противопоказаний [5, 48].

2.2 Физикальное обследование

Оценка психического статуса описана в разделе «клиническая картина»

- **Рекомендуется** провести тщательную оценку соматического статуса для:
 - 1) диагностики острой соматической патологии, прежде всего воспалительного и инфекционного характера [5, 48, 53];
 - 2) выявления возможных декомпенсаций хронических соматических заболеваний ранее обнаруженных у пациента (сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета и т.п.); Получение указанных данных и последующая коррекция их влияния способствуют максимально возможной редукции проявлений Д [5, 48, 53].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2.

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

- **Рекомендуется** провести неврологический осмотр пациента для исключения острой неврологической патологии. Оценка неврологического статуса показана всем пациентам с симптоматикой Д и не имеет противопоказаний [54].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.

Комментарий. Появление острой неврологической симптоматики может указывать на развитие острой недостаточности мозгового кровообращения. Симптомы Д, ажитация, расширение зрачков, клонус, гипертермия, кишечные расстройства могут указывать на острый серотониновый синдром [55]. Симптомы Д, гипертермия в сочетании с выраженной

мышечной ригидностью и повышением уровня сывороточной креатининкиназы могут указывать на злокачественный нейрорептический синдром. У истощенных пациентов с нистагмом, офтальмоплегией, аномалиями зрачков и атаксией можно заподозрить энцефалопатию Вернике [56].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

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

Предполагаемая соматическая патология	Лабораторное исследование	Уровень убедительности рекомендаций и уровень достоверности доказательств.
Анемия, воспалительные и инфекционные заболевания	1) общий (клинический) анализ крови с подсчетом количества нейтрофилов и лимфоцитов[34]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.
Почечная недостаточность	2) исследование уровня мочевины и креатинина в крови [57]	Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5.
Обезвоживание, нарушения электролитного обмена	3) исследование уровня калия, натрия в крови [57]	Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5.
Сахарный диабет, недостаточное питание	4) исследование уровня глюкозы в крови [57]	Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5.
Воспалительные заболевания	5) определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови [58]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.
Патология щитовидной железы	6) исследование уровня свободного тироксина и тиреотропного гормона сыворотки крови [59]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.
Печеночная недостаточность	6) исследование уровня АЛТ, АСТ и общего билирубина в крови [60]	Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3.

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

Комментарий^ В настоящее время не предложено лабораторных тестов, способных диагностировать Д [61]. Несмотря на большое количество выявленных биомаркеров Д, ни один из них в настоящее время не показан для клинического применения в диагностике и мониторинге Д ввиду низкой специфичности. Отдельные исследования продемонстрировали, что повышение концентрации С-реактивного белка ассоциировано с большим риском развития делирия и с большей продолжительностью Д [62]. Другим перспективным биомаркером является повышение соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (NLR) [63]. Также в качестве потенциальных биомаркеров рассматриваются IL-6, IL-8, IL-10, TNF-α, IL-1β, кортизол, MCP-1, GFAP, IGF-1, IL-1ra и NFL, однако ни один протеомный биомаркер не может быть использован отдельно для диагностики и прогнозирования Д [64].

2.4 Инструментальные диагностические исследования

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

- **Рекомендуется** проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ) пациентам с эпилептическими приступами в анамнезе, при подозрении на атипичный эпилептический статус или нарушения сознания другой этиологии. Диагноз Д подтверждают диффузное замедление фоновой активности, снижение функциональной интеграции мозга, увеличение амплитуды дельта и тета-волн, периодические разряды типа трехфазной волны и полиморфная дельта-активность. ЭЭГ также может выявить периодические эпилептиформные разряды у некоторых пациентов с Д, особенно на фоне сепсиса [24, 54, 65, 66].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендуется** выполнить А04.12.001.006 ультразвуковую доплерографию транскраниальных артерий методом мониторинга или А04.12.005.003 дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока, не имеющее противопоказаний, для исключения гипоперфузии головного мозга всем пациентам с Д и указаниями на ишемическую болезнь головного мозга в анамнезе [66].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3).

Комментарий. Отдельные исследования продемонстрировали транзиторное снижение кровотока в бассейне средне-мозговой артерии во время Д, данные нарушения редуцировались после разрешения Д. При ряде медицинских состояний, в частности сепсисе, показана связь повышенного цереброваскулярного сопротивления и развития делирия [67].

- **Рекомендуется** нейровизуализация (А05.23.009 магнитно-резонансная томография головного мозга или А06.23.004 компьютерная томография головного мозга) пациентам с указаниями на предшествующую Д черепно-мозговую травму, впервые выявленной очаговой неврологической симптоматикой, симптомами энцефалита или лихорадкой неясного генеза. Противопоказаниями для проведения магнитно-резонансной томографии являются наличие имплантов в виде кардиостимулятора, искусственных суставов, либо неудаленных металлических осколков [68, 69, 70]. Наличие очагового неврологического дефицита было предиктором выявления при проведении компьютерной томографии

головного мозга острой патологии [71]. Специфических для Д изменений при проведении КТ головного мозга не описано [72].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

2.5 Иные диагностические исследования

Оценка когнитивного статуса при делирии

Д 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 Д также отмечаются нарушения цикла «сон – бодрствование» [6, 73].

Краеугольным камнем диагностики является определение исходного психического состояния пациента и остроты любых изменений; при Д изменения обычно происходят в течение нескольких часов или дней. Этот шаг является критическим и требует сбора анамнеза. Пренебрежение исходной оценкой психического статуса является основной причиной пропущенного диагноза, поскольку в противном случае можно было бы упустить резкое изменение состояния [74, 75].

- При подозрении наличия деменции у пациентов с Д **рекомендуется** провести оценку клинической картины и психического статуса для установки диагноза [34, 76, 70].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий:

Высшие психические функции при делирии	
Сознание	Уровень сознания варьирует от возбуждения до сопора. Возможно чередование с периодами ясного сознания и критического отношения к болезненным проявлениям.
Восприятие	Обманы восприятия. Часто зрительные галлюцинации, иллюзии. Возможные вербальные галлюцинации.
Внимание	Ухудшение концентрации внимания, замедленная реакция, спутанность сознания. Возможна только кратковременная концентрация внимания. Пациент легко отвлекается, часто не способен поддерживать беседу и выполнять диагностические тесты или быстро переключает свое внимание с одной задачи на другую.
Ориентация	Дезориентировка развивается очень быстро. Аллопсихическая ориентировка нарушена, аутопсихическая ориентировка сохранена.
Память	Вторичные нарушения памяти за счёт расстройств внимания. Воспроизведение недавно заученного материала обычно нарушено при сохранности памяти на отдаленные события.
Мышление	Нарушено (непоследовательное до бессвязности). Возможен фрагментарный острый чувственный бред.
Речь	Невнимание и отвлекаемость затрудняют взаимодействие и общение пациентов с окружающими. Вербальная продукция больных с делирием обычно носит бессвязный характер.
Двигательная сфера	Снижение подвижности, уменьшение количества движений, беспокойство, возбуждение, изменения аппетита, нарушения сна.
Эмоциональная сфера	Лабильность аффекта. Страх, беспокойство, угнетение, апатия, эйфория.
Социальное поведение	Возможны трудности с взаимодействием или выполнением просьб, замкнутость или изменения в общении, настроении и/или отношении.

Будьте особенно внимательны к изменениям, которые могут указывать на гипоактивный Д., часто остающийся незамеченным, например, к замкнутости, замедленным реакциям, снижению подвижности и активности, ухудшению концентрации внимания и снижению аппетита [34].

Скрининговая диагностика делирия

- Д у пожилых пациентов зачастую остается нераспознанным, так как чаще всего протекает в гипоактивной форме [34, 78, 79]. Для скрининга Д рекомендуется **Шкала оценка спутанности сознания** (Confusion Assessment Method, CAM) (Приложение Г1) [34, 80, 81].
- Для скрининга Д рекомендуется провести оценку с помощью **Четырехфакторного оценочного теста на когнитивные нарушения и делирий** (4-А тест, 4-АТ) (Приложение Г2) [34, 81, 82].

Комментарий: Существуют и другие скрининговые методики для мониторинга Д, такие как: 3-минутная диагностическая оценка бреда, определяемого по шкале оценки спутанности сознания (3D-CAM in Interview Form) [83], Сестринская шкала оценки делирия (Nursing Delirium Screening Scale, Nu-DESC) [84], Скрининг наблюдения за делирием

(Delirium Observation Screening Scale, DOS) [85], но на момент написания рекомендаций они официально не переведены на русский язык и не прошли валидацию русскоязычной версии.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- Наличие когнитивного дефицита является предрасполагающим фактором для развития Д [76, 79, 80, 86, 87]. Для оценки когнитивного дефицита, предшествующего развитию Д **рекомендовано проведение скрининговых шкал** при поступлении пациента на курацию с высоким риском развития делирия [88]: **Краткая шкала оценки психического статуса** (Mini Mental State Examination, MMSE) [89, 90], (Приложение Г3) или **Мини-Ког** (Mini-Cog) (Приложение Г4) [91] или **тест рисования часов** (The clock drawing test, CDT) (Приложение Г5) [92].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

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

Если трудно провести различие между диагнозами «делирий», «деменция» или «делирий, наложившийся на деменцию», сначала необходимо лечить Д [34]

Также для оценки когнитивного статуса может быть рекомендована **Монреальская шкала оценки когнитивных функций** (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) (Приложение Г6) [93, 94, 95].

Комментарий:

Согласно литературным источникам, Монреальская шкала оценки когнитивных функций чаще всего использовалась для оценки риска возникновения Д у пациентов перед операцией.

Также, по данным литературы, может быть рекомендован Тест на когнитивные нарушения из шести пунктов (Six Item Cognitive Impairment Test, 6-CIT) [88, 96], однако он больше применим в отношении пациентов хирургического профиля, кроме того, не была проведена валидизация русскоязычной версии.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)

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

Тактика ведения пациента с делирием

Д у пациентов пожилого и старческого возраста, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, может возникнуть у пациентов амбулаторной или стационарной сети [97]. Д расценивается как угрожающее жизни состояние, поэтому диагноз Д должен выставляться как можно быстрее и в основном требуется неотложная помощь в условиях ОРИТ, кроме некоторых относительно легких случаев. Согласно

данным проспективного исследования Д является независимым фактором риска смерти, и каждое 48-часовое увеличение продолжительности Д связано с увеличением риска смертности на 11%, соответственно задержка в лечении Д может фактически увеличить риск летального исхода [98].

Лечение Д предполагает устранение основной причины, улучшение общесистемных процессов и функций ЦНС, предотвращение отека мозга, использование немедикаментозных методов лечения Д как основной подход при ограничении использования медикаментов по времени и тщательном контроле побочных эффектов [99]. Разумное использование антипсихотических препаратов проводится для лечения Д у госпитализированных пациентов в случаях, когда неэффективны нефармакологические меры, если пациент представляет риск для безопасности себя или других, испытывает значительный дистресс из-за симптомов или препятствует существенным аспектам своей медицинской помощи [100]. Антипсихотики возможно применять в случаях возбуждения или агрессии, опасности для жизни и здоровья пациента или окружающих (в минимальных эффективных дозах). При планировании терапии следует учитывать особые группы пациентов: с нейродегенеративными заболеваниями и сосудистой деменцией, включая терминальные состояния при онкологической, сердечно-сосудистой и другой патологии, а также при коморбидной травматологической или хирургической патологии, тяжелых инфекционных заболеваниях. При планировании перевода пациента из отделения интенсивной терапии в общетерапевтическое (общепсихиатрическое, хирургическое и т.д.) после оптимизации психического состояния необходимо иметь в виду, что улучшение может быть мнимым вследствие характерного для Д флуктуирующего течения. В случае возобновления психотической симптоматики после улучшения и отмены антипсихотиков, следует возобновить терапию - возможно повторное назначение антипсихотиков на уровне минимально низких терапевтических доз. Повторная попытка прекращения психотропной терапии при стабильности психического и соматического состояния должна быть апробирована с учетом персонифицированного подхода.

Ключевым вопросом тактики является тщательное выявление и устранение корригируемых причин Д и провоцирующих факторов [101, 102, 103]. Предрасполагающие факторы Д способствуют большей уязвимости физического и психического состояния людей пожилого и старческого возраста к развитию Д. К ним относятся: исходное нарушение когнитивных функций (деменция), травма или оперативное вмешательство, наличие сведений о ранее перенесенном Д, полипрагмазия, сенсорный дефицит (нескорректированное ухудшение зрения, слуха), депрессия, хроническая инсомния, а также алкогольная зависимость. Провоцирующие факторы Д у пожилых (острые медицинские состояния) непосредственно вызывают делирий. Наиболее частыми из них являются применение лекарственных средств с антихолинергическим эффектом, наличие острого инфекционного процесса, болевого синдрома, метаболических расстройств, обезвоживание, недостаточное питание, гипоксия, анемия, острая инсомния, острый психологический стресс, длительное использование мочевого катетера, констипация.

Учитывая мультифакторность Д, требуется многокомпонентное лечение пациента мультидисциплинарной бригадой врачей [101]. Лечащий врач должен инициировать

формирование команды врачей, ведущими задачами которой являются составление плана ведения пациента, лечение основной причины (причин) Д, обеспечение безопасности и улучшения функционирования пациента [104]. В состав бригады помимо лечащего врача/психиатра могут входить невролог, терапевт, хирург и гериатр. Незамедлительно лечащим врачом проводится ревизия принимаемых пациентом лекарственных средств для исключения или замены из листа назначения препаратов, способных поддерживать состояние Д. Психиатр играет важную роль в проведении дифференциальной диагностики, лечении сопутствующих психических расстройств, назначении антипсихотических препаратов. В задачи терапевта (кардиолога, онколога) или хирурга входит решение задач по выявлению и устранению соматических факторов, вызвавших и/или поддерживающих состояние Д, среди которых наиболее часты инфекционные, сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, хирургическая патология и травмы, критические состояния при онкологической патологии и других жизнеугрожающих заболеваниях. Невролог должен провести неврологический осмотр для исключения заболеваний, которые связаны с органическим поражением головного мозга и эпилепсией, при необходимости назначить инструментальное обследование и терапию. Важный вклад в ведении пожилого пациента с Д вносит гериатр, который проводит комплексную гериатрическую оценку с учетом возраст-ассоциированных гериатрических синдромов. При этом проводится ревизия принимаемых пациентом лекарственных средств для исключения или замены из листа назначения препаратов, способных поддерживать состояние Д. [101].

Лечение Д должно быть основано на следующих принципах:

I. Устранение следующих корригируемых причин Д и провоцирующих факторов при их выявлении [34, 105]:

1. Корригируемые причины и провоцирующие факторы, связанные с шоковым состоянием, соматической патологией и физическим дистрессом:

- шок, гипоксия/ИВЛ, гиповолемия, дегидратация, электролитный дисбаланс, гипер/гипотермия (требуется поддержание адекватного водно-электролитного режима, предотвращение или лечение отека мозга, восстановление нарушенных функций);
- травматизация или оперативное хирургическое вмешательство (при необходимости подготовка; восстановление нарушенных функций, в том числе в пред- или послеоперационном периоде);
- болевой синдром, связанный с травмой или операцией (обеспечение адекватного обезболивания);
- интоксикации инфекционной и неинфекционной природы (детоксикация);
- метаболические нарушения, низкий ИМТ, гипоальбуминемия, гипогликемия, авитаминоз (поддержание адекватного питательного и питьевого режима с

коррекцией авитаминоза, восстановление нарушенных функций, в том числе в предоперационном периоде);

- длительная иммобилизация (ранняя мобилизация, избегание физических ограничений, профилактика тромбоза глубоких вен);
- недержание мочи (облегчение проблем с недержанием мочи, соблюдение правильного режима установки катетеров);
- повреждение кожи (профилактика повреждений).

2. Корректируемые причины и провоцирующие факторы, связанные с психологическим дистрессом, психическими и когнитивными нарушениями:

- изменение средовых условий (обеспечение доступа дневного света, избегание излишнего шума и яркого света, доброжелательное отношение медицинского персонала, обеспечение поддержки пациентов членами семьи, активное привлечение к помощи родственников пациента, разъяснение им особенностей состояния пациента);
- сенсорный дефицит (восстановление зрения и слуха, обеспечить при необходимости очки и слуховым аппаратом, замена батарей в слуховом аппарате);
- дезориентировка (использование поведенческих методик для реориентации пациента, мер, направленных на правильную ориентировку больного во времени и пространстве, контакт с ним, визуальные ориентиры - календарь, часы, семейные фотографии, в поле зрения пациента с делирием должны находиться часы и календарь с текущей датой);
- депривация сна (оценка тяжести инсомнии, соблюдение гигиены сна) [106];
- когнитивные нарушения, деменция (решение вопроса о назначении антидементной терапии, консультации невролога для решения вопроса о целесообразности сосудисто-ноотропной терапии).

3. Корректируемые причины и провоцирующие факторы, связанные с индивидуальным управлением фармакотерапией:

- полипрагмазия (исключить у пожилых людей прием более 5 препаратов, особенно если они относятся к делириогенным, токсическим, а также лекарственные средства, которые наиболее часто приводят к Д, выбор препарата, снижающего риск Д, при медикаментозной премедикации в случаях оперативных вмешательств);
- лечение боли опиоидами (использование подхода «мультимодальной анальгезии» в периоперационных условиях для снижения назначения опиоидов и оптимизации послеоперационной анальгезии и реабилитации) [99].

II. Немедикаментозные методы — базовый подход к лечению Д. Для оптимизации купирования Д в комбинации с немедикаментозными подходами и могут применяться лекарственные средства [107, 108, 109]. Предлагается метод светотерапии при нарушениях сна ритма активности у пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, деменцией [110, 111]. Несмотря на большое число исследований, пока слабая доказательная база для выбора приоритетных медикаментозных средств.

III. Обеспечение безопасности лечения, включая контроль побочных эффектов при применении снотворных, седативных, антипсихотических и других противоделириозных средств, ограничение длительности использования медикаментов и соблюдение режима дозирования (минимально эффективные дозы) [105, 100, 112, 113].

IV. Использование психофармакотерапии Д предполагает дифференцированное лечение в зависимости от клинического и патофизиологического подтипа (гипоактивного, гиперактивного или смешанного подтипов) и наличия признаков агрессивности.

V. Мониторинг психического и когнитивного статуса с целью:

- оценки угрозы для жизни и здоровья пациента и/или окружающих из-за нарушения поведения;
- определения активного препятствия пациентом процессу лечения;
- установления риска повторного Д;
- установления риска Д у пациентов в предоперационном или послеоперационном периодах.

VI. Обеспечение рекомендациями по реабилитации и вторичной профилактике Д. При развитии постделириозной деменции требуется рекомендация по антидементной терапии для пациента и лиц, обеспечивающих уход, так как Д увеличивает шансы развития деменции примерно в двенадцать раз ($OR = 11,9$ [95% ДИ 7,3–19,6], $p < 0,001$) [114]. Деменция может быть обусловлена подтипом Д, его тяжестью и продолжительностью, инсультом и/или недиагностированным ранее нейродегенеративным заболеванием.

- Немедикаментозные подходы и правильная организация терапевтической среды рекомендуются в качестве первой линии лечения с целью устранения провоцирующих факторов, обеспечения функционирования, комфорта и безопасности [74, 101, 103].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий:

Лечение Д требует индивидуального подхода с опорой на многокомпонентный немедикаментозный подход, при этом фармакологическое лечение может быть включено на любом этапе по показаниям [115]. Существует множество факторов риска, связанных с возникновением Д, которые надо контролировать [114].

Рекомендуется учитывать этапы [13, 34, 99]:

Первый этап. Выявление и устранение причинных/предрасполагающих клинических факторов:

1. Пациенты, у которых обнаружено острая спутанность/Д, должны быть обследованы на предмет основной причины для их устранения (наиболее распространенные причины цереброваскулярная и нейродегенеративная патология, интоксикации токсическими или психоактивными веществами, инфекции, метаболические расстройства, тяжелые соматические заболевания);

2. Индивидуальный подход к регуляции фармакотерапии пациента. Следует тщательно собрать анамнез для выявления лекарств с антихолинергическим эффектом, часто обладающих проделириозными свойствами. Сократить, исключить, или заменить препараты с высокой антихолинергической нагрузкой, включая психоактивные препараты, и опиаты на препараты из других фармакологических групп, устранить фармакокинетические и фармакодинамические лекарственные взаимодействия и передозировки [100, 116];

3. Пациенты должны быть обследованы на предмет боли. Лечение боли является сложным с учетом разных паттернов (например, острая, хроническая и острая-на-хронической), разных причин (например, соматическая, висцеральная и невропатическая) и субъективного восприятия пациентами (переносимость). У пациентов с нарушениями коммуникации (интеллектуальное снижение или деменция, при подключении к аппарату искусственной вентиляции лёгких, с трахеостомой) требуется поиск невербальных признаков боли. Важна тщательно подобранная дозировка анальгетиков, контроль длительности обезболивания, оценка преимуществ и потенциальных рисков воздействия опиоидов [117];

4. При медикаментозной премедикации при оперативных вмешательствах требуется использовать препараты, которые связаны с малым риском развития Д., например, дексмедетомидин (dexmedetomidine);

5. Соблюдение режима катетеризации и предотвращение ненужной катетеризации.

Второй этап. Поддерживающая терапия:

1. Поддержание адекватного питательного и питьевого водно-электролитного режима;

2. Проведение ранней мобилизации больных, особенно при длительном сохранении пациентом горизонтального положения (включая послеоперационный период, нахождение на ИВЛ, другие), коррекция физических ограничений и поощрение активных физических упражнений [118, 119];

3. Профилактика тромбоза глубоких вен.

4. Поддерживающие меры с целью обеспечения информирования пациента, его близких относительно природы, временного течения и последствий Д.

Третий этап. Купирование симптомов с помощью поведенческих стратегий (медицинские манипуляции с окружающей средой с целью восстановления ориентировки пациента и модуляции активности) [34]:

1. Обеспечение комфортных психологических условий. Доброжелательное отношение медицинского персонала. В палатах и помещениях, где располагаются пожилые люди, необходимо максимально исключить дезориентирующие факторы: дребезжание, громко работающие телевизоры и радио, громкий шум и беспокоящие разговоры окружающих, картины или иные изображения с непонятным сюжетом, убрать лишнее освещение, использовать беруши. Активное привлечение родственников пациента для эмоциональной поддержки и помощи в уходе, разъяснение им особенностей состояния пациента;

2. Реориентация пациента – это меры, направленные на восстановление правильного ориентирования больного во времени и пространстве: в поле зрения должны находиться часы и календарь с текущей датой, должен быть обеспечен доступ дневного света;
3. При депривации сна, наличии тревоги, аффективного напряжения, психомоторного возбуждения (характерных признаках Д) применяются успокаивающие и отвлекающие воздействия, гигиена сна. Желательно избегать ухода за больными, медицинских процедур во время сна. При хронической инсомнии может потребоваться консультация сомнолога;
4. При сохранении Д несмотря на лечение, требуется сбор анамнеза у информантов и наблюдение для оценки вероятности деменции;
5. Повседневный уход за больным осуществляется с учетом особенностей поведения при Д. При сопротивлении уходу важно определить мнимый, но значимый для больного источник угрозы и учесть этот фактор. Если пациент испытывает стресс или представляет опасность для себя/окружающих, используйте вербальные и невербальные методы, чтобы разрядить обстановку. Возможна терапия "валидацией" - признание правильными некоторых ошибочных суждений подопечных, обусловленных нарушениями памяти, и применение приемов отвлечения внимания. При повторных однотипных вопросах пациента целесообразно выявление причины и отвлечение внимания для снятия внутреннего напряжения [120, 121];

Особое внимание следует уделять полипрагмазии с учетом распространенности полиморбидной патологии у лиц пожилого и старческого возраста. В 2023 году международной группой экспертов в области фармакотерапии и гериатрии пересмотрена предыдущая версия критериев STOPP/START (с учётом тщательного обзора публикаций и достижения консенсуса по каждому из рассматриваемых критериев по методу Дельфи). Утверждены и опубликованы 190 валидированных критерия — 133 STOPP-критерия и 57 START-критериев. Разработчики данного инструмента по борьбе с полипрагмазией пришли к соглашению о перечне сгруппированных по физиологическим системам критериях STOPP/START, которые определяют клинически значимые проблемы, связанные с назначением потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов (STOPP-критерии) или назначением потенциально показанного лечения (START-критерии). Издана русскоязычная версия, позволяющая избежать использования препаратов и комбинаций с высоким делириогенным потенциалом, увеличивающих риск летального исхода [116].

Медицинский персонал должен наблюдать за людьми, находящимися под их опекой для ранней оценки изменений, указывающих на Д. При ведении пациента с Д. следует убедиться, что любые изменения зафиксированы в истории болезни или заметках о поведении пациента [34].

- Рекомендуется терапия первичного заболевания на основании этиопатогенеза при лечении Д, несвязанного с приемом алкоголя и других психоактивных веществ [103, 122, 123, 125, 126].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарий:

Лечение прежде всего должно быть направлено на лечение причинного фактора. Общие меры направлены на коррекцию гипогликемии, включают нормализацию гемодинамики и других вегетативных функций, восстановление водно-электролитного баланса, адекватного питания и питьевого режима, защиту слизистой желудка, профилактику пневмонии и глубокого тромбоза вен голени у обездвиженных пациентов. Следует отменить антихолинергические средства или по крайней мере уменьшить их дозу. Протестировано множество препаратов лечения Д, но доказательства того, что они снижают частоту возникновения Д по сравнению с плацебо носят противоречивый характер, возможно, из-за многофакторной этиологии Д [127, 128, 129].

- Использовать антипсихотические средства для лечения Д, не связанного с приемом алкоголя и другими психоактивными веществами, не рекомендуется, особенно гипоактивного Д, за исключением случаев угроза жизни пациента/окружающих или когда пациент препятствует существенным аспектам медицинской помощи [75, 125, 131, 132, 133, 134].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств -2)

Комментарий:

Рекомендация связана с отмечаемым в исследованиях и систематических обзорах отсутствием следующих эффектов на фоне терапии антипсихотическими средствами: не улучшались показатели пребывания в отделении интенсивной терапии или в стационаре, по тяжести Д, осложнениям и смертности. Согласно выводам шести систематических обзоров с мета-анализами (25 клинических испытаний, 42 когортных исследований, 11 616 пациентов) рекомендуется ограничить применение антипсихотических средств и других седативных препаратов за исключением лечения тяжелого возбуждения, которое представляет риск для безопасности пациента/ов или персонала или грозит прерыванием основной медицинской терапии [74]. Кохрановский обзор не подтвердил эффекты снижения риска развития Д при лечении антипсихотическими препаратами госпитализированных лиц, не находящихся в отделении интенсивной терапии [135]. Анализ 16 РКИ и 10 наблюдательных исследований не подтвердил преимущества рутинного использования галоперидола и антипсихотических препаратов второго поколения для лечения Д [129]. Для лечения особых групп обнаружена сходная тенденция. В сравнительном рандомизированном клиническом исследовании не установлена эффективность рисперидона или галоперидола в отношении симптомов Д при коморбидной патологии (247 человек с онкологической патологией и Д), выявлено повышение риска экстрапирамидных побочных эффектов по сравнению с плацебо [136]. По выводам систематического обзора требуется изучение эффективности фармакологических препаратов для различных групп госпитализированных пациентов (послеоперационных пациентов, терминальных пациентов) [108].

Лечение антипсихотическими средствами у пожилых пациентов чаще сопровождается побочными реакциями в сравнении с молодыми больными. Консенсусные рекомендации по Д предлагают ограничить использование антипсихотиков в связи для обеспечения безопасности в связи с возможными нежелательными эффектами, в том числе из-за

усиления дистресса у пациента и затруднений ухода за ним. Результаты крупного ретроспективного когортного исследования (22 890 пациентов в возрасте 65 лет и старше) свидетельствуют о том, что традиционные и атипичные антипсихотические препараты увеличивают риск смерти [137]. Применение нейролептиков в 4 раза увеличивает риск аспирационной пневмонии по данным когортного исследования [138]. Согласно STOPP-критериям, не рекомендуется пожилым пациентам длительное применение антипсихотических препаратов при наличии в анамнезе ишемической болезни сердца, заболеваний периферических кровеносных сосудов или цереброваскулярной болезни (повышение риска тромбоза) [116].

Рекомендация в первую очередь касается лечения гипоактивного Д, так как не имеется рекомендованных фармакологических методов лечения гипоактивного Д. Но в отдельных случаях возможно может быть полезен арипипразол (1 мг два раза в сутки, период полураспада препарата - 75 часов) с учетом благоприятного профиля эффектов по данным обзора: с меньшей вероятностью вызывает экстрапирамидные симптомы, чрезмерную седацию и увеличение веса, не связан с удлинением интервала QT [139, 140, 141]. В отношении лечения гипоактивного Д кветиапином в условиях ОИТ в одном натуралистическом исследовании показано уменьшение длительности Д по сравнению со стандартным лечением [142].

Таким образом, лечение антипсихотическими средствами следует проводить только в случае невозможности коррекции психических и поведенческих нарушений другими способами, а также при непосредственной угрозе для жизни и здоровья пациента и медицинского персонала, при этом требуется соблюдать тактику быстрого прекращения лечения антипсихотиком при отсутствии симптомов Д (в большинстве случаев не более 3–7 дней [143]).

Антипсихотическая терапия рекомендована при психомоторном возбуждении и галлюцинаторном синдроме (при гиперактивном подтипе Д с агрессивностью, нарушениями поведения) при невозможности коррекции поведенческих нарушений нефармакологическими способами, в случаях, когда пациент представляет риск для безопасности себя и/или других лиц, препятствует существенным аспектам своей медицинской помощи или испытывает значительный дистресс из-за симптомов [100, 108, 144, 145, 146]. Антипсихотические средства назначаются с осторожностью, начиная с антипсихотических средств атипичного ряда (галоперидол как альтернатива), с ограничением длительности использования и дозировки - в минимальной эффективной дозировке в короткие сроки в зависимости от психического состояния и профиля побочных эффектов. Препараты выбора - атипичные нейролептики: рисперидон, тиаприд, оланзапин, кветиапин, арипипразол, клозапин: рисперидон (нач. доза - 0.5 мг) с повторным приемом не ранее 2 - 4 часов от первой дозы до 3,0 мг (и только в случаях выраженного возбуждения 3,0 мг каждые 12 часов), тиаприд (в суточной дозе 100–200 мг внутрь, а при недостаточной эффективности – с введением до ½ суточной дозы внутримышечно в часы наивысшего обострения двигательного беспокойства, как правило – на ночь), оланзапин от 2,5–10 мг два раза в сутки (при отсутствии эффекта можно повысить дозу до 15 мг per os в сутки), кветиапин 12,5–25 мг два раза в сутки (в случаях выраженного возбуждения можно повысить дозу до 300 мг), арипипразол (1 мг два раза в сутки) [100, 147, 148, 149, 150].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарий: В обзорах с мета-анализами и анализом 47 исследований дана рекомендация использовать нейролептики и другие седативные препараты только для лечения сильного возбуждения, которое представляет опасность для пациента или персонала либо грозит прерыванием основного лечения [74]. В одном систематическом обзоре с мета-анализом было установлено, что антипсихотики превосходят плацебо по частоте снижения тяжести Д, не обнаружив разницы в частоте летальных исходов, экстрапирамидных симптомов, акатизии или удлинения интервала QT между пациентами, получавшими антипсихотические препараты и плацебо [151]. Обзор 12 РКИ и 22 открытых исследований по эффективности и переносимости антипсихотиков при лечении Д (кветиапин, оланзапин, арипипразол, рисперидон, палиперидон, клозапин, азенапин, илоперидон, амисульпирид, zipрасидон, зотепин, сертиндол, луразидон, пероспирон) подтвердил эффективность оланзапина и кветиапина, неоднородность данных не позволила авторам провести метаанализ [152]. Возможно, оланзапин и кветиапин являются альтернативами галоперидолу у пациентов, подверженных экстрапирамидным симптомам, непереносимостью галоперидола в анамнезе [153]. По данным сетевого анализа использование оланзапина, рисперидона, галоперидола в группе риска Д способствовало его предотвращению в сравнении с плацебо [154]. В сравнительном исследовании было установлено, что галоперидол, рисперидон, арипипразол, оланзапин были одинаково эффективны в лечении делирия, но различались по профилю побочных эффектов (экстрапирамидные симптомы чаще регистрировались при приеме галоперидола, а седация - при приеме оланзапина) [155]. Арипипразол все чаще используется для лечения Д, что связано и с отличием его основного механизма действия как частичного агониста дофамина (в пероральной, перорально растворимой внутримышечной формах) [139]. В рандомизированном контролируемом исследовании установлено, что оланзапин эффективен при лечении Д у онкологических пациентов и тошноты, связанной с основным заболеванием [156, 157]. Вместе с тем в одном обзоре лечения Д с мета анализом не была обнаружена связь рисперидона, оланзапина, кветиапина, zipрасидона и галоперидола с изменением продолжительности Д, его тяжестью или продолжительностью пребывания в стационаре или в отделении интенсивной терапии, но исследования в метаанализе значительно различались по возрастному диапазону пациентов и дизайну исследования [130]. Результаты лечения в амбулаторных условиях Д или возбуждения у пациентов с болезнью Альцгеймера в крупном сравнительном натуралистическом исследовании CATIE-AD установили, что оланзапин, кветиапин и рисперидон не были лучше плацебо при оценке клинического общего впечатления и времени до отмены по любой причине, при этом по длительности лечения преимущества были у оланзапина и рисперидона, и рисперидон (0,5–3 мг/день) широко используется при Д [158]. В целом эффективность антипсихотиков при лечении Д остается спорной, выделить один предпочтительный препарат сложно, поскольку пока недостаточно данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и прямых сравнительных испытаний.

При назначении антипсихотиков пациентам с медицинской уязвимостью, особенно наличием деменции и провоцирующих факторов, повышающих риск смерти от Д,

необходимо сопоставлять эффект и риски. Основные побочные эффекты, которые следует мониторировать при приеме антипсихотиков пациентами с **Д.** в пожилом и старческом возрасте – это экстрапирамидные симптомы (особенно при использовании галоперидола), удлинение интервала QT (требуется мониторинг ЭКГ), риск падений, аспирационной пневмонии, острого нарушения мозгового кровообращения и ухудшения когнитивных функций [100]. Согласно STOPP-критериям потенциально нежелательны пожилым пациентам в условиях полипрагмазии и полиморбидности антипсихотические препараты с умеренно выраженным антимускариновым/антихолинергическим эффектом (ацепромазин, хлорпромазин, клозапин, флупентиксол, флуфеназин, левомепромазин, оланзапин, пипотиазин, промазин, тиоридазин) у пациентов, имеющих в анамнезе симптомы со стороны нижних мочевыводящих путей, связанные с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, или предшествующей задержкой мочи (высокий риск задержки мочеиспускания) [116].

Пациенты с болезнью Паркинсона и деменцией с тельцами Леви представляют собой уникальную проблему лечения в связи с высоким риском экстрапирамидных расстройств и **Д** при применении антипсихотиков. По данным систематического обзора с мета-анализом препаратом выбора для пациентов с болезнью Паркинсона является кветиапин, поскольку многочисленные испытания показали, что он не влияет на двигательные симптомы [159]. Кроме того, применяются клозапин (под контролем лейкоцитов) в минимально эффективных дозах, а также дексемедедомидин.

Одной из наиболее существенных проблем безопасности является риск смерти из-за неблагоприятных сердечных событий, вызванных удлинением интервала QT [141]. Большинство антипсихотических препаратов способны в некоторой степени удлинять время деполяризации и реполяризации желудочков, интервал QT, что может привести к «пируэтной» желудочковой тахикардии (особенно при в/в введении галоперидола). Важно контролировать интервал QTс у пациента с помощью электрокардиограммы при лечении антипсихотическими препаратами, а при внутривенном введении и/или длительном применении антипсихотиков должен проводиться кардиомониторинг [100]. Наибольший эффект на скорректированный интервал QT при внутривенном введении галоперидола, при этом влияние оланзапина, кветиапина, рисперидона незначительное. Наиболее благоприятный профиль у арипипразола – он не оказывает известного влияния на QTс, может быть предпочтительным для пациентов с высоким исходным QTс или другими предрасполагающими факторами для torsades de pointes (наименьший риск удлинения QT и желудочковой тахикардии). При выявлении факторов риска удлинения QT - женский пол, аритмия в анамнезе, сердечная недостаточность, электролитные нарушения, брадикардия, дисфункция левого желудочка, сердечная недостаточность, пролапс митрального клапана и перенесенный инфаркт миокарда, а также прием некоторых препаратов (антиаритмики, антибиотики, опиоиды и др.) следует использовать нейролептики без удлинения QT. При **Д** с возбуждением можно использовать зипрасидон в виде лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечных инъекций (нач. дозировка - 10 мг, макс. 40 мг), но препарат имеет высокий риск удлинения QT и не показал эффективность согласно данным систематических обзоров [130].

По мнению экспертов, падения пациентов связаны с приемом нейролептиков и антидепрессантов, так, кветиапин увеличивает риск ортостатической гипотензии, являясь

антихолинергическим средством, увеличивает риск запоров и задержки мочи, поэтому не рекомендуется некоторыми авторами для использования при Д в отделении неотложной помощи [160, 161]. Оланзапин может снижать риск падения по сравнению с кветиапином и рисперидоном [162].

Нейролептики/антипсихотики следует использовать с осторожностью из-за повышенного риска побочных эффектов у пациентов с Д на фоне нейродегенеративных заболеваний и деменции. Эффективность антипсихотиков при Д и/или ажитации, связанной с деменцией, незначительная или отсутствует. При этом антипсихотические препараты более чем в три раза повышают риск инсульта у пациентов с деменцией [163]. Установлены статистические факты повышения показателей смертности при применении антипсихотических препаратов у пациентов с деменцией [163]. FDA выпустило предупреждение в черной рамке о повышенном риске смерти при использовании антипсихотических средств для лечения пожилых пациентов с психозами, связанными с деменцией, так как крупные мета-анализы показали более высокий уровень смертности от всех причин у пожилых амбулаторных пациентов с деменцией, которым назначают атипичные антипсихотики. Но увеличение показателей смертности не подтверждено исследованиями, сосредоточенными на госпитализированных пациентах, которые получают низкие дозы антипсихотиков в течение ограниченного времени.

Ограниченное по времени лечение Д антипсихотическими препаратами может быть безопасным, если выбирать препарат на основе его фармакологических свойств и клинической ситуации пациента, следует оценить соотношение риск-польза [164]. Дозу антипсихотических препаратов следует рассчитывать, начиная с минимальной терапевтической, каждый день оптимизировать и корректировать до тех пор, пока они не перестанут быть необходимыми. При изучении дозозависимых эффектов получены доказательства, что низкодозовое, ограниченное по времени использование антипсихотиков безопасно и эффективно при лечении Д: низкий риск антихолинергических и экстрапирамидных побочных явлений. В проспективном клиническом исследовании показано быстрое разрешение Д без побочных эффектов при лечении по трехдневному протоколу рисперидоном в низких дозах - 0,5 мг два раза в день (47 пожилых пациентов в ортопедической хирургии): были получены данные об эффективности лечения [165].

Для лечения Д как альтернатива купирования психомоторного возбуждения и/или галлюцинаторного синдрома при невозможности коррекции нарушений и в случаях, когда пациент представляет риск для безопасности себя и/или других лиц, препятствует существенным аспектам своей медицинской помощи рекомендуется галоперидол с учетом оценки соотношения рисков и пользы, осторожностью из-за риска экстрапирамидных побочных эффектов (внутри в виде таблеток или капель, начальная разовая дозировка - 0,25 мг, суточная дозировка – до 5-10 мг, разделенная на 2 - 3 приема в сутки, в/м макс. 100-150 мг/1,0-3,0 мл, возможно повторное введение через 1-2 часа) [146, 152].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий:

Результат анализа лечения пациентов с Д (20 РКИ с участием 1435 человек, средний возраст 63,5 года; 65,1% мужчин) по данным сетевого мета-анализа, проведенного в базах данных

PubMed, Embase, ProQuest, Science Direct, Cochrane Central, Web of Science, Clinical Key и ClinicalTrials.gov с момента создания до 17 мая 2018 года показал, что лучшим методом определена комбинация галоперидола в сочетании с лоразепамом [152]. Было продемонстрировано, что, ни одно из фармакологических вмешательств для лечения или профилактики не увеличивало смертность от всех причин у этих пациентов. О надежности результата данного исследования свидетельствует его методология: применены рекомендации PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) и процедуры метаанализа проводились с использованием модели случайных эффектов. В обзоре эффективности антипсихотиков при возбуждении и Д при деменции альцгеймеровского и сосудистого типов также получены некоторые доказательства того, что галоперидол может снижать возбуждение и психоз у таких пациентов [166]. При этом препараты сравнения - атипичные антипсихотики меньше снижали возбуждение при деменции, но их влияние на психоз при деменции было незначительным. Но в крупном РКИ, проведенном в отделения интенсивной терапии (ОИТ), установили, что использование галоперидола (сравнение с зипрасидоном и плацебо), не оказало существенного влияния на длительность Д, выживаемость в течение 30-ти и 90-дневного периода [167].

Профилактическое применение галоперидола в группе высокого риска Д не рекомендуется. Так, в РКИ установлено, что профилактическое применение галоперидола в низких дозах внутрь не снизило частоту Д у госпитализированных пожилых пациентов [168].

Из-за высокого риска неврологических побочных эффектов не рекомендуется применение галоперидола у людей с болезнью Паркинсона или деменцией с тельцами Леви [100]. Галоперидол может усиливать скованность и двигательные симптомы при болезни Паркинсона [100, 116]. Согласно STOPP-критериям, в случаях появления экстрапирамидных побочных эффектов потенциально не рекомендуются антихолинергические/антимускариновые препараты (бипериден, орфенадрин, проциклидин, тригексифенидил) для лечения экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков (риск антихолинергических эффектов токсичности). Если у пациента в анамнезе есть экстрапирамидные симптомы, галоперидол следует заменить на атипичный антипсихотик или другой лечебный подход [169]. Некоторые данные свидетельствуют о более высоком риске острой дистонии и других экстрапирамидных симптомов при приеме галоперидола, чем при приеме атипичных антипсихотиков, но проспективное исследование 2013 года показало, что низкие дозы галоперидола (<3,5 мг/день) не приводят к более высокой частоте экстрапирамидных симптомов [170].

Внутривенный способ введения галоперидола может вызвать гораздо более значительное удлинение интервала QT: 8 из 11 зарегистрированных случаев фатальных желудочковых тахикардий типа «пируэт» произошли, когда галоперидол вводился внутривенно [171]. При этом эффект удлинения интервала QT галоперидола, вводимого перорально или внутримышечно, на самом деле довольно мал: эквивалентная пероральная доза галоперидола 15 мг (предполагая 50% биодоступность), вводимая перорально или внутримышечно, увеличивает скорректированный интервал QT (QTc) всего на 7–8 миллисекунд, при щадящем лечении пероральный оланзапин, рисперидон и

кветиапин удлиняют интервал QT примерно в такой же степени, как пероральный галоперидол.

Установлено, что галоперидол, как и некоторые атипичные антипсихотики повышает сонливость. Если эти антипсихотики будут рекомендованы для седации у пациентов с тяжелыми состояниями, это требует обсуждения с пациентом и законным представителем.

Мало данных РКИ и сравнительных исследований эффективности ряда нейролептиков с седативными эффектами (хлорпромазин, перициазин, хлорпротиксен) [150]. Не рекомендуется использовать хлорпротиксен из-за побочных эффектов, частота которых возрастает с увеличением дозы (экстрапирамидные эффекты - могут отмечаться в первые несколько дней лечения, более частые у пожилых пациентов и детей старшего возраста, антихолинергические эффекты, как относительные противопоказания к применению данного препарата составляют ортостатическая гипотензия, глаукома, аденома предстательной железы, тенденция к запорам) и тиоридазин из-за пролонгации QT и риска смертельно опасных аритмий.

Рекомендовано после регресса проявлений Д постепенное снижение дозы антипсихотического средства вплоть до полной его отмены с целью снизить вероятность развития побочных эффектов и рецидива, а в случае возврата психотической симптоматики возобновить антипсихотическую терапию на уровне максимально низких доз, и повторная попытка прекращения психотропной терапии при стабильности психического и соматического состояния должна быть апробирована через 3 месяца [75, 131, 132, 133].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Исследования показывают, что, по крайней мере, 26% антипсихотических препаратов, назначенных в больнице, продолжают приниматься после выписки [172, 173], но увеличение длительности терапии антипсихотиками повышает риск побочных эффектов, включая экстрапирамидные расстройства и смертность. При выписке пациента рекомендуем тщательное медикаментозное восстановление и прекращение приема антипсихотических препаратов после разрешения делирия. Согласно STOPP-критериям версии 3, потенциально не рекомендован применение антипсихотических препаратов пациентам с поведенческими и психопатологическими симптомами деменции в неизменяемой дозе сроком более чем на 3 месяца при отсутствии проверки назначений лекарственных препаратов в связи с повышением риска экстрапирамидных побочных эффектов и хронического снижения когнитивных функций, повышением риска больших сердечно-сосудистых событий и летального исхода [116].

Для лечения пациентов с Д не рекомендовано применение производных бензодиазепина, поскольку они могут ухудшать клиническую картину и повышают риск гиперседации, падений и когнитивных нарушений [108, 116, 134, 174, 175, 176].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарий: Имеющиеся доказательства (недостаточное число данных рандомизированных контролируемых исследований) не поддерживают рутинное использование бензодиазепинов для лечения пациентов с Д, также необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить, играют ли бензодиазепины роль в лечении делирия в условиях, отличных от ОИТ [177]. По данным нескольких контролируемых исследований с оценкой эффективности бензодиазепинов установлено, что в качестве монотерапии Д бензодиазепины могут быть неэффективны или менее эффективны, чем антипсихотические средства. Бензодиазепины не рекомендуются пожилым пациентам также из-за риска лекарственной гиперседации и миорелаксации, а также для контроля возбуждения при делирии в терминальном периоде (последние дни жизни). Бензодиазепины могут усиливать симптомы Д и вызывать лекарственно-индуцированный делирий [97]. Падения связаны с приемом бензодиазепинов, особенно в сочетании с нейролептиками, антидепрессантами и гипотензивными средствами [160], что следует из русскоязычной третьей версии критериев STOPP/START [116].

В противоречии с основным пулом исследований находится заключение одного наблюдательного исследования о том, что использование бензодиазепинов может действовать как защитные факторы против развития делирия [114]. Есть свидетельства того, что комбинированное применение бензодиазепина и антипсихотического средства может уменьшить определенные побочные эффекты и повысить эффективность у определенных пациентов с Д (например, больных СПИДом, тяжелобольных раком), дозировка бензодиазепинов должна тщательно подбираться индивидуально, начиная с наименьшей эффективной дозы, чтобы избежать передозировки (особенно у ослабленных пациентов) [178]. Согласно мнению экспертов, бензодиазепины выбирают при гиперактивном Д, связанном с отменой алкоголя или наркотиков, тяжелой сердечной недостаточностью или болезнью Паркинсона [127].

Бензодиазепины следует с осторожностью применять у пожилых психиатрических пациентов, учитывая повышенный риск падений, когнитивных побочных эффектов, делириогенный потенциал и риск развития зависимости [113]. Согласно STOPP-критериям не рекомендовано: - назначение препаратов группы бензодиазепинов сроком более, чем на 4 недели при отсутствии показаний для длительного лечения, с учетом риска развития длительного седативного эффекта, спутанности сознания, нарушения равновесия, падений, дорожно-транспортных происшествий; - при применении более 4-х недель все бензодиазепины следует отменять постепенно, поскольку при резком прекращении лечения повышается риск развития синдрома отмены; - не следует назначать бензодиазепины при агитации или психотических симптомах деменции при отсутствии доказательств эффективности; - не рекомендуется назначение бензодиазепинов при инсомнии сроком более чем на 2 недели (высокий риск развития зависимости, повышением риска падений, переломов и дорожно-транспортных происшествий) [116]. Согласно экспертному мнению, бензодиазепины могут трансформировать гиперактивный Д в гипоактивный подтип, они являются препаратами выбора для лечения Д, связанного с алкогольной или бензодиазепиновой абстиненцией, в других случаях их использование у пожилых пациентов сопряжено с риском ухудшения состояния [179].

Если для лечения Д используются бензодиазепины, предпочтение отдается тем, которые действуют недолго и не содержат активных метаболитов, препарат выбора – лоразепам (0,5–2 мг в сутки). Но лоразепам рассматривается как модифицируемый независимый фактор риска ежедневного перехода в делирий (коэффициент шансов 1,2 [95% доверительный интервал 1,1-1,4]; $P = 0,003$), даже после корректировки с учетом соответствующих ковариатов [180].

- Рекомендовано использование производных бензодиазепина пациентам пожилого возраста в том случае, если Д вызван эпилептическим приступом [178, 181].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)

- Рекомендовано применение антихолинэстеразных средств (ривастигмин, галантамин, донепезил) при развитии делирия у пациентов с деменцией [5, 182].

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

Комментарий: Психоз и возбуждение распространены среди лиц с деменцией, Д может накладываться на деменцию из-за множественной этиологии [125]. Эти нарушения часто вызывают значительный дистресс у лиц, осуществляющих уход, что ускоряет госпитализацию пациентов. Для этой группы пациентов существует нехватка альтернатив лечения антипсихотиками, основанных на доказательствах. У большого числа больных после когнитивное снижение и деменция устанавливаются после перенесенного Д, могут прогрессировать после повторных эпизодов спутанности.

Ингибиторы холинэстеразы усиливают холинергическую систему, и есть сообщения о том, что они могут быть полезны при лечении Д, особенно у пациентов с деменцией [183]. Для пациентов с болезнью Альцгеймера фармакотерапия ингибиторами холинэстеразы (ИХЭ, например, галантамин, донепезил, ривастигмин) и мемантином одобрена в ряде стран при умеренной и тяжелой деменции в комбинации с поддерживающей терапией Д [184]. Ингибиторы холинэстеразы (ривастигмин, галантамин, донепезил) не доказали эффективности в лечении Д, особенно у пациентов без ранее установленной деменции, по результатам обзора с мета-анализом выявлены слабые доказательства в пользу использования ингибиторов холинэстеразы для профилактики Д [135].

Возможным объяснением этих результатов является риск возбуждения в связи с прохолинергическим действием и медленным постепенным развитием основного эффекта препаратов ИХЭ, поэтому вводить их в лечение острого состояния, следует крайне осторожно соблюдая правила титрования и контроля за побочными эффектами. Вопрос о назначении препаратов ИХЭ пациентам с деменцией с пред- и послеоперационных периодах для предотвращения делириогенных осложнений остается дискуссионным [185, 186, 187]. По данным РКИ не установлен эффект донепезила (назначался случайным образом в течение 24 часов после операции на тазобедренном суставе, до или после нее) - улучшения состояния или снижения тяжести Д, но пациенты чаще испытывали побочные эффекты [83]. Сходные данные эффективности применения перорального ривастигмина получены ВРКИ для пожилых пациентов, перенесших плановую операцию на сердце с применением искусственного кровообращения: делирий развился у 17 из 57 (30%) и 18 из 56 (32%)

пациентов в группах плацебо и ривастигмина соответственно ($p = 0,8$) [189]. Добавление ривастигмина к галоперидолу по данным голландского когортного исследования не сократило продолжительность Д и повышало риск смертности, из-за чего исследование было досрочно прекращено, не рекомендовано использовать для лечения Д у пациентов в критическом состоянии [190].

Фармакологическое лечение Д у пациентов с терминальными состояниями, особенно в случае рефрактерного Д в терминальной стадии не рекомендуется, но возможно применение дексмедетомидина при гиперактивном терминальном Д для снижения интенсивности Д и возбуждения [191, 192, 193, 194].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: Седация в конце жизни используется для облегчения тревожных симптомов, включая возбуждение и Д. Относительно фармакотерапии в паллиативной помощи получены данные о терапевтических эффектах дексмедетомидина (селективный агонист $\alpha 2$ -адренорецепторов): снижает активность симпатической нервной системы, уменьшая стресс и возбуждение, введение болюса (1 мкг·кг) с последующей непрерывной инфузией от индукции до окончания операции (0,2–0,7 кг/кг/час) способствует профилактике Д. Его применение в ОИТ приводит к сокращению времени экстубации, снижению гиперактивного Д и смертности - частоты Д до 50% и продолжительности на 0,7 дня [107]. В исследованиях подтверждены его седативные свойства, несвязанные угнетением дыхания, и анальгетические свойства [195]. Проспективное исследование (2021 год) и сравнительное исследование DREAMS сообщили о возможности использования дексмедетомидина при гиперактивном терминальном Д для снижения интенсивности Д и возбуждения, предложена «сознательная» или «бодрствующая седация», которая позволяет пациентам легко просыпаться под седацией, сообщать о дистрессе [196]. Препарат применяется внутривенно (в/в), подкожно, а также через нос и щеку. Исследования с примесью («шприцевой драйвер») показали, что дексмедетомидин совместим с морфином, гидроморфоном, гиосцином и галоперидолом. Расширились показания к применению дексмедетомидина: седация при гиперактивном Д, онкологическая боль, дистония, кашель, рвота, диспноэ. Уровни интерлейкина-6 были значительно ниже у пациентов, получавших дексмедетомидин болюсно и инфузионно, отмечено нейропротективные свойства дексмедетомидина и в модели ишемического и токсического воздействия, но возможны побочные эффекты, такие как брадикардия.

Бензодиазепины и нейролептики используются для управления Д при оказании паллиативной помощи, но по данным обзоров и немногочисленных РКИ фармакологическое лечение/управление Д не рекомендуется у пациентов с терминальными состояниями, так как оно не улучшает прогноз, часто приводит к глубокой седации с потерей взаимодействия с близкими, роль нейролептиков при терминальном возбужденном Д является спорной [197]. Антипсихотические препараты не следует добавлять для лечения определенных симптомов легкого или умеренного Д у пациентов, получающих паллиативную помощь, или использовать их крайне осторожно при наличии показаний

[136]. Галоперидол часто используется для купирования Д у пожилых при их лечении в отделении интенсивной терапии, но доказательства преимуществ применения галоперидола для лечения тяжелобольных пациентов с Д низкого качества, идет изучение проблемы с помощью сетевого анализа [198]. В современных обзорах и мета-анализах, РКИ не подтверждают преимущества такого подхода для пациентов, которые находятся в критическом состоянии. На основании шести РКИ, представляющих 2552 пациента в критическом состоянии, и восьми РКИ (одиннадцать сравнений, $n = 951$) установлено, что прием галоперидола по сравнению с плацебо не снижает показатели краткосрочной смертности, частоты Д, длительности пребывания в отделении интенсивной терапии или количество дней без Д или комы [193, 199]. Не подтвердился превентивный эффект галоперидола на снижение смертности у тяжелобольных с высоким риском Д (плацебо-контролируемое РКИ, пациенты получали профилактическое лечение 3 раза в день внутривенно галоперидол в дозе 1 мг ($n = 350$) или 2 мг ($n = 732$) или плацебо ($n = 707$)) [200].

Д распространен среди пациентов с прогрессирующим раком, а гипоактивный Д является доминирующим моторным подтипом в условиях паллиативной помощи. Установлена широкая распространенность использования атипичных и традиционных антипсихотиков для лечения Д у пациентов с онкологической патологией [201], но по данным исследований не рекомендуется фармакотерапии Д у пациентов с запущенным раком, особенно гипоактивного Д и у тех, чья смерть ожидается в течение нескольких дней и/или делирий вызван органной недостаточностью [202]. Лишь в одном предварительном исследовании лечения госпитализированных пациентов с гиперактивным Д на поздних стадиях рака добавление лоразепама к галоперидолу (по сравнению с монотерапией галоперидолом) привело к снижению возбуждения через 8 часов, но необходимы дальнейшие исследования [203].

- Не рекомендовано одновременное назначение любых двух препаратов, относящиеся к одному классу, для ежедневного регулярного применения (в отличие от применения по мере необходимости), например, одновременное назначение двух препаратов из группы нестероидных противовоспалительных препаратов, антипсихотиков [112, 116].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий:

Оптимизацию монотерапии в пределах одного класса лекарственных препаратов следует проводить до принятия решения о назначении нового препарата. Тактика комбинации препаратов одного класса (например, двух антипсихотиков) повышает риск побочных эффектов без улучшения эффективности при лечении делирия в пожилом и старческом возрасте. Критерии STOPP/START версии 3 предназначены для оптимизации фармакотерапии и снижения частоты неблагоприятных лекарственных реакций у пожилых пациентов, особенно в условиях полиморбидности и полипрагмазии. По мнению авторов включённые в версию 3 критерии в значительной

степени отражают наиболее распространенные и значимые взаимодействия лекарственных средств как с другими препаратами, так и с заболеваниями, что позволит практикующим врачам выявлять и предотвращать большее число неблагоприятных лекарственных реакций по сравнению с предшествующими версиями критериев [116].

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

4.1 Реабилитация после делирия

- В реабилитационные мероприятия рекомендовано включать когнитивный тренинг, стимуляцию доступной физической активности пациентов, психообразовательную работу с лицами, ухаживающими за больным, поддержку эмоционального состояния пациента. Данные методы показаны после устранения острых проявлений психотического состояния и не имеют противопоказаний [204]

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: В процессе указанных реабилитационных воздействий важное значение имеет использование комплексного подхода и исключение факторов риска повторного возникновения Д, в первую очередь, систематическая коррекция предрасполагающих к последнему воздействий и исключение провоцирующих влияний. Кроме того, современные исследования показывают необходимость поддержки физического восстановления с помощью структурированных программ упражнений; поддержки когнитивного восстановления с помощью различной когнитивной стимуляции; поддержки эмоционального восстановления с помощью общения с квалифицированными специалистами и помощниками. Среди факторов, способствующих выздоровлению, выделяют: вовлеченность и поддержку лиц, осуществляющих уход; адаптацию вмешательства к индивидуальным потребностям, предпочтениям и способностям пациента; поддержание межличностной связи с родственниками и близкими больного; предоставление возможностей для творческого самовыражения [205].

Когнитивный тренинг может включать проведение регулярных занятий, направленных на улучшение памяти, внимания, мышления, речи. При этом необходима адаптация когнитивной нагрузки с учетом способностей и ограничений пациента, а также исключение провоцирующих факторов риска [206].

Физическая активность может включать разработку индивидуальных программ, учитывающих уровень физической подготовки пациента. Стимуляция физической активности может быть организована в виде простых упражнений, прогулок на свежем воздухе или участия в групповых занятиях, что не только улучшает физическое состояние, но и способствует социальной интеграции и улучшению настроения. Д и физическая функция тесно связаны, поскольку физическая дисфункция описывается как фактор риска

и как симптом Д, а также существуют краткосрочные и долгосрочные функциональные последствия, связанные с Д. Кроме того, стратегии физиотерапии, включенные в многокомпонентные вмешательства для предотвращения Д, показали свою эффективность в лечении Д. Хотя делирий классифицируется как нейрокогнитивное расстройство, научные данные показывают, что двигательный компонент Д следует учитывать при разработке вмешательств или стратегий для лечения и профилактики Д. Эти вмешательства могут иметь особое значение для ослабленных пожилых людей [207].

Некоторые исследования предлагают также применение в рамках реабилитации после Д такие элементы как прослушивание музыки [208], использование настольных игр, головоломок и других активностей, способствующих умственной стимуляции [209]. Эти подходы могут быть потенциально эффективны в профилактике и реабилитации после Д у пожилых людей, кроме того они могут создавать необходимую когнитивную нагрузку и социальную вовлеченность, а также служить доступным инструментом для медицинских сотрудников и родственников пациентов.

4.2 Уход за пациентом с делирием

● Рекомендуется проведение психообразовательной работы с лицами, осуществляющими уход за пациентами, перенесшими делирий, включающая в себя умение оценить:

- динамику нарастания когнитивных нарушений пациента;
- нарушения режима дня пациента, в т.ч. цикла сон-бодрствование;
- уровень физической активности пациента, ее распределение в течение суток и изменение;
- эмоционального состояния пациента, его неустойчивости.

Оценку вышеуказанных изменений рекомендуется проводить путем собеседования с пациентом, допускается использование опросников, а также путем динамического наблюдения за пациентом. После выявления установленных нарушений проведение мероприятий по их коррекции [210, 211, 212].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарий: В исследованиях показана необходимость проведения обучающих семинаров и консультаций для ухаживающих специалистов и родственников, для лучшего понимания состояния пациента и методов поддержки, обсуждение стратегий управления поведением пациента и методов снижения стресса как для пациента, так и для ухаживающих. Кроме того, подчеркивают необходимость интеграции систематической диагностики Д и его документирования в рамках процедур госпитализации, ухода и выписки [213]. Психообразовательная работа с ухаживающими за пациентом играет ключевую роль. Обучение родственников и специалистов основам ухода, распознаванию признаков делирия и методам общения с пациентом может значительно улучшить качество ухода и снизить уровень стресса как для пациентов, так и для их близких. Дополнительно, рекомендуется проводить регулярные оценки состояния пациента и корректировать

реабилитационные мероприятия в зависимости от динамики его состояния. Важно создать поддерживающую и безопасную среду, способствующую восстановлению и улучшению качества жизни пожилых пациентов после эпизода делирия. Одной из задач медицинских специалистов также выделяют оказание помощи родственникам, осуществляющим помощь в лечении пациентов с Д, что может улучшить результаты лечения пациентов [214].

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

- проведение консультаций у врача ЛФК, врача-гериатра с целью подбора упражнений и мероприятий для поддержания оптимального уровня физической активности, в индивидуальном порядке, в т.ч. прогулок на свежем воздухе;
- проведение консультации у врача-диетолога для подбора меню с исключением/снижением пищевых продуктов, напитков, провоцирующих стрессорное воздействие на организм пациента [34];
- избегать чрезмерных когнитивных, а также сенсорных воздействий на организм пациента (избыточно громкие звуки, яркий искусственный свет, обилие ярко и разнообразно окрашенных предметов, окружающих пациента, длительный просмотр увеселительных телепередач, большое скопление людей в помещении);
- необходимо отдавать предпочтение использованию (при необходимости) спокойной и желательно знакомой музыки, нескольких цветовых вариантов из "теплой" гаммы, естественному освещению, ограничению по времени просмотра телепередач с подбором спокойных и тематически интересных пациенту;
- организовать режим посещений пациента родственниками, знакомыми;
- палаты, помещения должны быть с ограниченным числом пациентов, коммуникативный стиль общения с пациентами должен включать в себя простые слова и фразы; ясность речи, обращенной к пациенту, предоставление времени для ответа и внимательное выслушивание его, осуществление "контакта глазами", наблюдение за интонациями или несловесными знаками пациента [215, 216, 217];
- создание когнитивно доступной среды для пациента с использованием табличек-указателей, картинок с крупными, короткими, простыми сообщениями, рисунками, напоминаниями, достаточного освещения, простоты планировки помещения для пребывания пациента;
- организация безопасной и доступной среды для пациента с использованием поручней, противоскользящих ковров, специальных подъемников для маломобильных пациентов, отсутствие порогов между помещениями, при их наличии - установка пандусов. Использование технических средств реабилитации, в т.ч. ходунков, вертикализаторов, инвалидных кресел, подъемников, противопролежневых матрасов, функциональных

кроватей и другого специализированного медицинского оборудования и мебели, предназначенных для лиц с ограниченными возможностями [218];

- создание рекреационных зон для проведения занятий с пациентами с использованием зеленых насаждений, стимульного материала [219].

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

В проблеме оказания помощи пациентам с высоким риском Д. профилактика является одной из важнейших мер [220, 221, 222]. Для профилактики Д. внимание должно быть уделено оценке предрасполагающих и провоцирующих факторов с воздействием на потенциально модифицируемые из них [34, 223]. Профилактика Д. требует комплексного подхода, включающего немедикаментозные методы, регулярный мониторинг состояния пациента и обучение лиц, осуществляющих уход [101, 107, 115]. Программы, такие как HELP и ее гибридная версия HELP-ME, доказали свою эффективность снижении риска Д., ранней диагностике и улучшении исходов для пациентов [224]. Эффективность мер профилактики зависит от множества факторов, поэтому различаются методы профилактики Д в индивидуальном случае и разрабатываются меры для групп высокого риска и по ранней диагностике [225, 226, 227, 229].

Диспансерное наблюдение за пациентами с высоким риском Д должно быть регулярным и включать оценку когнитивного и соматического состояния, а также коррекцию терапии. Снижение экономического бремени проблемы Д связано с внедрением программ профилактики (например, HELP) снижает частоту Д на 30–40%. Экономическая эффективность внедрения программ связана с сокращением продолжительности госпитализации и затрат на лечение, главное, с улучшением качества жизни пациентов и их родственников.

• Рекомендуется соблюдение комплексной программы HELP (Hospital Elder Life Program) при уходе за пожилыми пациентами в стационаре для профилактики Д и предотвращения пагубных последствий госпитализации, поддержания физического и когнитивного функционирования на протяжении всей госпитализации, максимизации независимости при выписке, помощи с переходом из больницы на дом, предотвращения незапланированной регоспитализации. Программа предполагает оценку предрасполагающих и провоцирующих факторов и коррекцию у пациента потенциально модифицируемых шести факторов риска развития Д: когнитивных расстройств, нарушение сна, гиподинамии, расстройств слуха и зрения, недоедание и дегидратации, прием лекарств [103, 135, 229, 230, 231].

Основные компоненты работы по программе HELP:

- Когнитивные расстройства: стимуляция когнитивной активности (например, чтение, игры, общение).
- Нарушения сна: обеспечение комфортных условий для сна, минимизация ночных вмешательств [106].
- Гиподинамия: ранняя мобилизация, физическая активность [118].

- Сенсорный дефицит: коррекция зрения и слуха (очки, слуховые аппараты).
- Недоедание и дегидратация: контроль питания и питьевого режима.
- Лекарственные препараты: минимизация использования препаратов с делириогенным потенциалом (например, антихолинэргических средств и бензодиазепинов) [114].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: Полностью предотвратить возникновение Д 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 [34].

Предполагается многокомпонентный подход к профилактике. Комплекс немедикаментозных методов профилактики делирия включают меры, направленные на:

- Ориентация во времени и пространстве: использование часов, календарей, семейных фотографий (должны находиться в поле зрения пациента часы и календарь с текущей датой).
- Создание комфортной среды: обеспечение доступа дневного света в период бодрствования, соблюдение периодов бодрствования и сна, создание благоприятной обстановки для ночного сна, коррекция сенсорного дефицита (обеспечение при необходимости очками и слуховым аппаратом), снижение шума, доброжелательное отношение персонала.
- Ранняя мобилизация: особенно после хирургических вмешательств, физическая активность в лечебном режиме для восстановления соматических и когнитивных функций [119].
- Поддержка социальных связей: возможность общения с родственниками (предварительное разъяснение им особенностей состояния пациента), вовлечение в социальную активность.
- Коррекция факторов риска, связанных с физическим дистрессом: устранение боли, инфекций, метаболических нарушений, адекватный питьевой и питательный режим [232].

Предполагается коррекция провоцирующих ухудшение состояния пациента факторов окружающей его среды (соблюдение режима дня, сна и отдыха, физической активности, регулярные прогулки на свежем воздухе, наличие занятий с учетом интересов и потребностей пациента с исключением бесцельного времяпровождения, снижение чрезмерной нагрузки на все виды анализаторов, поддержание социальных связей и другой социальной активности пациента, сохранение привычной/знакомой обстановки с прежним кругом родных/знакомых) [233]. Устранение факторов риска - это не только профилактика Д, но и улучшение качества жизни за счет профилактики инсомнии, депрессии и деменции.

Предложен протокол HELP-ME, представляющий гибридную модель программы, который была протестирована во время пандемии COVID-19 в условиях изоляции

пациентов и ограниченных ролей персонала и волонтеров. Подтверждена эффективность программы HELP в отношении снижения риска Д даже в условиях изоляции [234].

Разработана система помощи и ухода по профилактике Д, нацеленная на 10 факторов риска [235].

Разрабатываются также медикаментозные подходы, которые могут быть направлены на коррекцию нарушений сна, депрессии, тревоги как модифицируемых факторов риска, а также деменции как предрасполагающего состояния [231]. Агонисты мелатонина (мелатонин), а также тразодон могут использоваться для лечения инсомнии, но пока данные в отношении пожилых из группы риска Д противоречивые [236, 237]. Поэтому следует с осторожностью использовать МРА для предотвращения Д в клинической практике. Дексметометидин обладает как седативным, так и анальгетическим действием, его применение может снизить потребление других седативных препаратов и опиоидных анальгетиков, что, возможно, изменяет частоту возникновения Д у пациентов, что особенно важно для пациентов с онкологической патологией и хирургического профиля (хотя эти данные пока имеют ограниченное значение) [238, 239].

- Рекомендовано ежедневное мониторингирование состояния сознания и внимания пациента при помощи шкалы оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, САМ и/или 4-АТ) пациентам с предрасполагающими факторами развития Д для выявления ранних признаков Д. Пациенты с предрасполагающими факторами развития Д нуждаются в целенаправленном наблюдении со стороны врача и медицинских сестер [34, 81, 240]. Особенно важно для пациентов с предрасполагающими факторами (деменция, полипрагмазия, сенсорный дефицит).

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

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

- используются опросники для оценки когнитивного статуса (например, Mini-Cog, MMSE, MoCA), сбор анамнестических сведений как у пациента, так и у лиц, осуществляющих уход за пациентом, на предмет динамики нарастания когнитивных нарушений. При выявлении нарушений проведение курсов медикаментозной терапии, либо коррекция текущей терапии при выявлении когнитивных нарушений [34, 231, 242].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: При необходимости требуется консультация психолога, выбор нейрокогнитивной стимуляции/реабилитации или психотерапии (например, когнитивно-поведенческой терапии).

- **Рекомендуется** контроль соматического состояния (мониторинг артериального давления, температуры, частоты дыхания, пульса, уровня глюкозы крови), подбор адекватной терапии соматического/неврологического заболевания, декомпенсация которого может спровоцировать возникновение Д.. Своевременная коррекция терапии при декомпенсации хронических заболеваний [34, 231, 243].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)

● **Рекомендуется** контроль своевременного и регулярного приема подобранного лечения соматической/неврологической патологии. Рекомендуется контроль изменения общего состояния (наличие жалоб, объективные признаки изменения общего состояния: АД, температура, ЧДД, пульс, уровень глюкозы крови и т.д.) с подбором индивидуального режима посещений соответствующего профильного врача-специалиста согласно диагнозу соматического/неврологического заболевания, в т.ч. врача-гериатра. [34, 58, 116].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарий:

Мониторинг фармакотерапии предполагает:

- исключение или замену на препараты из других фармакологических групп лекарственных средства, которые наиболее часто приводят к Д: препараты с антихолинергическим потенциалом, психоактивные препараты, опиаты [112];
- исключение одновременного назначения любых двух препаратов, относящиеся к одному классу, для ежедневного регулярного применения (в отличие от применения по мере необходимости), например, одновременное назначение двух препаратов из группы нестероидных противовоспалительных препаратов, антипсихотиков. Оптимизацию монотерапии в пределах одного класса лекарственных препаратов следует проводить до принятия решения о назначении нового препарата [112, 116];
- для премедикации при оперативных вмешательствах использовать препараты, которые связаны с малым риском развития Д (дексметомидин).
- Рекомендуется проведение регулярных диспансерных осмотров пациентов категорий риска возникновения Д в соответствии с действующим порядком профилактических осмотров и диспансеризации [58].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий:

Требуется регулярное диспансерное наблюдение для пациентов с высоким риском Д (пожилые, с деменцией, полипрагмазией, хроническими заболеваниями). Контроль приема назначенных препаратов и коррекция терапии при необходимости [116].

1. Показания к диспансерному наблюдению с целью профилактики Д:

- Пожилой возраст (старше 65 лет)
- Наличие деменции или когнитивных нарушений
- Полипрагмазия (прием более 5 препаратов)

- Хронические соматические заболевания (сердечная недостаточность, ХОБЛ, диабет)
 - Плановые хирургические вмешательства (особенно ортопедические операции)
 - Сенсорный дефицит (нарушения зрения или слуха)
2. Противопоказания к диспансерному наблюдению с целью профилактики Д.:
- Отсутствие модифицируемых факторов риска.
 - Терминальные состояния, когда профилактика Д. не улучшает прогноз.
 - Нежелание пациента или его родственников участвовать в программах профилактики.

● Рекомендуется просветительская и психообразовательная работа с лицами, осуществляющими уход за пациентами [218].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Предполагается наставничество и просветительская работа для:

1. Обучения лиц, осуществляющих уход:
 - разъяснение особенностей состояния пациента.
 - обучение методам профилактики Д (например, поддержание режима дня, контроль питания, ранняя мобилизация).
 - информирование о признаках Д и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью.
2. Психологической поддержки:
 - помощь в адаптации к уходу за пациентом.
 - предотвращение эмоционального выгорания у родственников.

6. Организация оказания медицинской помощи

Этапы оказания медицинской помощи

1. Догоспитальный этап. Организация проведения скринингов на догоспитальном этапе, которая включает оценку у пациентов старше 65 лет основных факторов риска возникновения Д и краткую оценку когнитивных функций (проводится обученными медицинскими сестрами с оценкой результатов врачами амбулаторного звена при плановых посещениях/диспансеризации). Выявление по результатам пациентов группы высокого риска с внесением данных в амбулаторную карту с последующей организацией медицинской помощи, разработкой индивидуальных программ профилактики возникновения Д с учетом установленных факторов риска. Активная работа в амбулаторных условиях по устранению корригируемых факторов риска возникновения Д с привлечением и обучением лиц, осуществляющих уход за пациентом [34, 211, 244].
2. Госпитальный этап. Преемственность с амбулаторными организациями по учету пациентов с высоким риском возникновения Д. Организация полифункциональных

профессиональных бригад по снижению/устранению рисков возникновения Д в период госпитализации пациента (включает врача-гериатра, лечащего врача, других специалистов с учетом сопутствующей соматической/неврологической патологии, средний медицинский персонал, осуществляющий выполнение составленной индивидуальной программы по профилактике рисков возникновения Д, а также иных, осуществляющих уход за пациентом) [34, 231, 245, 246].

3. Постгоспитальный этап. Проведение реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику повторного возникновения Д, а также риска повторных незапланированных госпитализаций. Обучение лиц, осуществляющих уход за пациентом, в плане ориентированности на профилактику повторного возникновения эпизодов Д с регулярным проведением консультативных сессий для оценки достигнутых результатов, устранение неудач, разработки дальнейших плановых программ [34, 247, 248].

Медицинские показания к госпитализации в медицинскую организацию

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

Показания для экстренной госпитализации

- 1) Развитие делириозного состояния, угрожающего жизни и здоровью пациента или жизни и здоровью окружающих, является показанием к госпитализации в медицинскую организацию [249];
- 2) неясные в диагностике состояния и случаи при отсутствии возможности обеспечения квалифицированной консультации и лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому;
- 3) состояния с отсутствием эффекта от проводимых лечебно-диагностических мероприятий (при обострении хронических заболеваний с декомпенсацией);
- 4) иные состояния, требующие срочного дополнительного обследования, если необходимое обследование в амбулаторных условиях с учетом возраста и состояния больного провести невозможно [250].

Основания для выписки из медицинской организации

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

К дополнительным факторам относятся необходимость организации ухода за пациентом в амбулаторных условиях, а также наличие лиц, осуществляющих уход с достаточным уровнем обучения ухода за пациентом [251].

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

Дополнительная информация отсутствует.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№п/п	Критерии качества	Отметка выполнения
Диагностика		
1.	Установлен диагноз клинико-психопатологическим методом согласно критериям МКБ-10	Да/Нет
2.	Проведена оценка соматического статуса	Да/Нет
3.	Проведена оценка неврологического статуса	Да/Нет
4.	Проведен общий (клинический) анализ крови с подсчетом количества нейтрофилов и лимфоцитов	Да/Нет
5.	Проведено исследование уровня мочевины и креатинина в крови	Да/Нет
6.	Проведено исследование уровня калия, натрия, общего кальция в крови	Да/Нет
7.	Проведено исследование уровня глюкозы в крови	Да/Нет
8.	Выполнено определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови	Да/Нет
9.	Проведено исследование уровня свободного тироксина и тиреотропного гормона сыворотки крови	Да/Нет
10.	Проведено исследование уровня АЛТ, АСТ и общего билирубина в крови	Да/Нет
11.	Выполнена электроэнцефалография (ЭЭГ) у пациентов с эпилептическими приступами в анамнезе, при подозрении на атипичный эпилептический статус или нарушения сознания другой этиологии.	Да/Нет
12.	Выполнена ультразвуковая доплерография транскраниальных артерий методом мониторинга	Да/Нет
13.	Выполнена ультразвуковая доплерография транскраниальных артерий методом мониторинга или дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока у пациентов с подозрением на ишемическую болезнь головного мозга	Да/Нет

14.	Проведена нейровизуализация пациентам с указаниями на предшествующую Д черепно-мозговую травму, впервые выявленной очаговой неврологической симптоматикой, симптомами энцефалита или лихорадкой неясного генеза (МРТ головного мозга или КТ головного мозга)	Да/Нет
15.	Проведен скрининг Д с помощью шкал оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM или 4-АТ)	Да/Нет
16.	Проведена оценка когнитивного дефицита с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) или Мини-Кога (Mini-Cog) или теста рисования часов» (Clock drawing test (CDT) или Монреальской когнитивной шкалы (MoCA)	Да/Нет
Лечение		
17.	Проведена терапия первичного состояния, вызвавшего Д	Да/Нет
18.	Проведено купирование психомоторного возбуждения с помощью галоперидола при наличии показаний	Да/Нет
19.	Проведено купирование психомоторного возбуждения с помощью зипрасидона, оланзапина или рисперидона при наличии показаний	Да/Нет
20.	Проведена терапия производными бензодиазепина при Д, вызванном эпилепсией	Да/Нет
21.	Проведена терапия антихолинэстеразными средствами у пациентов с сопутствующей деменцией	Да/Нет
22.	Организована терапевтическая среда вокруг пациента	Да/Нет

Список литературы

1. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder. Diagnostic criteria for research. Available from url: <https://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
2. McCusker J., Cole M., Abrahamowicz M., Han L., Podoba J.E., Ramman-Haddad L. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people // J Am Geriatr Soc. 2001;49(10):1327-1334. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49260.x>
3. Johansson Y. A. , Bergh I., Ericsson I., Sarenmalm E.K. Delirium in older hospitalized patients- signs and actions: a retrospective patient record review // BMC Geriatr. 2018;18(1):43.<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0731-5>

4. Williams S.T., Dhesi J.K., Partridge J.S.L. Distress in delirium: causes, assessment and management // *European Geriatric Medicine*. 2020;11:63–70 <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00276-z>
5. Fong T., Tulebaev S., Inouye S. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment // *Nat Rev Neurol* 2009;5:210–220. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.24>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
7. Cole M.G., Ciampi A., Belzile E., Zhong L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis // *Age Ageing*. 2009; 38(1):19-26. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn253>
8. Soiza R.L., Myint P.K. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: Guidelines on Risk Reduction and Management of Delirium // *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(8):491. <https://doi.org/10.3390/medicina5508049>
9. Willi J., Bleuler M. Delirium, Dämmerzustand und Verwirrtheit bei körperlich Kranken; In: *Akute psych. Begleitsch. Körperl. Krankheiten*: Stuttgart. 1968:27-128
10. Inouye S.K. Delirium in older persons // *N Engl J Med*. 2006;354(11):1157-1165. <https://doi.org/10.1056/NEJMra052321>
11. Khan S.S., Singer B.D., Vaughan D.E. Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans // *Aging Cell*. 2017;16(4):624-633. <https://doi.org/10.1111/accel.12601>
12. Troncale J.A. The aging process. Physiologic changes and pharmacologic implications // *Postgrad Med*. 1996;99(5):111-122.
13. Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. Delirium in elderly people // *Lancet*. 2014;383(9920):911-922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
14. van Montfort S.J.T., van Dellen E., van den Bosch A.M.R., et al. Resting-state fMRI reveals network disintegration during delirium // *Neuroimage Clin*. 2018;20:35-41. Published 2018 Jun 19. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.06.024>
15. van Montfort S.J.T., van Dellen E., Stam C.J., et al. Brain network disintegration as a final common pathway for delirium: a systematic review and qualitative meta-analysis // *Neuroimage Clin*. 2019;23:101809. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101809>
16. van Montfort S.J., Slooter A.J.C, Kant I.M. et al. fMRI network correlates of predisposing risk factors for delirium: a cross-sectional study // *Neuroimage Clin*. 2020;27:102347. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.10234>
17. Maldonado J.R. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(11):1428-1457. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>
18. Bassi T., Rohrs E., Nicholas M., Reynolds S. Meta-analysis of serological biomarkers at hospital admission for the likelihood of developing delirium during hospitalization // *Front Neurol*. 2023;14:1179243. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1179243>

19. Ahmed S., Leurent B., Sampson E.L. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis // *Age Ageing*. 2014;43:326–33. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu022>
20. Wilson J.E., Mart M.F., Cunningham C., et al. Delirium // *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2020;6(1):90. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>
21. Bellelli G., Moresco, R., Panina-Bordignon P., Arosio B., Gelfi C., Morandi A., et al. Is delirium the cognitive harbinger of frailty in older adults? A review about the existing evidence // *Front. Med*. 2017;4:188. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00188>
22. Dimitrijevic O.B., Stamatovic S.M., Keep R.F., Andjelkovic A.V. Effects of the chemokine CCL2 on blood-brain barrier permeability during ischemia-reperfusion injury // *J Cereb Blood Flow Metab*. 2006;26(6):797-810. <https://doi.org/10.1038/sj.jcbfm.9600229>
23. Fong T.G., Tulebaev S.R., Inouye S.K. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment // *Nat Rev Neurol*. 2009;5(4):210-220. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.24>
24. Saxena S., Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review // *Postgrad Med J*. 2009;85(1006):405-413. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2008.072025>
25. Kuczmarska A., Ngo L.H., Guess J. et al. Detection of Delirium in Hospitalized Older General Medicine Patients: A Comparison of the 3D-CAM and CAM-ICU // *J Gen Intern Med*. 2016;31(3):297-303. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3514-0>
26. Trzepacz P.T., Breitbart W., Franklin J., Levenson J., Richard Martini D., Wang P. Treatment of patients with delirium. In: Practice Guideline for the treatment of patients with delirium. Trzepacz PT, chair. American Psychiatric Association, APA Press; 2010.
27. Ely E.W., Inouye S.K., Bernard G.R. et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) // *JAMA*. 2001;286(21):2703-2710. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>
28. Addesi D., Maio R., Smirne N. et al. Prevalence of Delirium in a Population of Elderly Outpatients with Dementia: A Retrospective Study // *J Alzheimers Dis*. 2018;61(1):251-257. <https://doi.org/10.3233/JAD-170339>
29. Lipowski Z.J. Delirium updated // *Compr Psychiatry*. 1980;21(3):190-196. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(80\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0010-440x(80)90002-4)
30. Lindesay J., Rockwood K., Macdonald A. Delirium in Old Age. Oxford University Press; 2002. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA59817467>
31. Camus V., Burtin B., Simeone I., Schwed P., Gonthier R., Dubos G. Factor analysis supports the evidence of existing hyperactive and hypoactive subtypes of delirium // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(4):313-316. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(200004\)15:4<313::aid-gps115>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(200004)15:4<313::aid-gps115>3.0.co;2-m)
32. de Rooij S.E., Schuurmans M.J., van der Mast R.C., Levi M. Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice: a systematic review // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(7):609-615. <https://doi.org/10.1002/gps.1343>

33. Caraceni A., Grassi L. Delirium. Acute Confusional States in Palliative Medicine, 2nd Edn. Oxford University Press; 2011.
34. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023 Jan 18. PMID: 31971702. Available at: www.nice.org.uk/CG103
35. Meagher D.J., O'Hanlon D., O'Mahony E., Casey P.R., Trzepacz P.T. Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(1):51-56. <https://doi.org/10.1176/jnp.12.1.51>
36. Khurana V., Gambhir I.S., Kishore D. Evaluation of delirium in elderly: a hospital-based study // *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11(4):467-473. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00710.x>
37. Mittal V., Muralee S., Williamson D. et al. Review: delirium in the elderly: a comprehensive review // *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2011;26(2):97-109. <https://doi.org/10.1177/1533317510397331>
38. Yang F.M., Marcantonio E.R., Inouye S.K. et al. Phenomenological subtypes of delirium in older persons: patterns, prevalence, and prognosis // *Psychosomatics*. 2009;50(3):248-254. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.3.248>
39. Liptzin B., Levkoff S.E. An empirical study of delirium subtypes // *Br J Psychiatry*. 1992;161:843-845. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.843>
40. Meagher D.J., Leonard M., Donnelly S., Conroy M., Adamis D., Trzepacz P.T. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis // *J Psychosom Res*. 2011;71(6):395-403. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.06.001>
41. Mittal V., Muralee S., Williamson D. et al. Review: delirium in the elderly: a comprehensive review // *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2011;26(2):97-109. <https://doi.org/10.1177/1533317510397331>
42. Voyer P., Richard S., Doucet L., Carmichael P.H. Detecting delirium and subsyndromal delirium using different diagnostic criteria among demented long-term care residents // *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(3):181-188. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.09.006>
43. Levkoff S.E., Liptzin B., Cleary P.D. et al. Subsyndromal Delirium // *Am J Geriatr Psychiatry*. 1996;4(4):320-329. <https://doi.org/10.1097/00019442-199622440-00006>
44. Cole M., McCusker J., Dendukuri N., Han L. The prognostic significance of subsyndromal delirium in elderly medical inpatients // *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(6):754-760. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2389.2003.51255.x>
45. Cole M.G., You Y., McCusker J., Ciampi A., Belzile E. The 6 and 12 month outcomes of older medical inpatients who recover from delirium // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(3):301-307. <https://doi.org/10.1002/gps.1878>
46. Cole M.G. Persistent delirium in older hospital patients // *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(3):250-254. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833861f6>

47. Martins S., Fernandes L. Delirium in elderly people: a review // *Front Neurol.* 2012;3:101. Published 2012 Jun 19. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00101>
48. Fearing M.A., Inouye S.K. Delirium // *Focus.* 2009;7:53–63.
49. Gracie T.J., Caufield-Noll C., Wang N.Y., Sieber F.E. The Association of Preoperative Frailty and Postoperative Delirium: A Meta-analysis // *Anesth Analg.* 2021 Aug 1;133(2):314-323. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005609>
50. White N., Bazo-Alvarez J.C., Koopmans M., West E., Sampson E.L. Understanding the association between pain and delirium in older hospital inpatients: systematic review and meta-analysis // *Age Ageing.* 2024 Apr 1;53(4):afae073. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae073>
51. Xie S., Wu Q. Geriatric nutritional risk index predicts postoperative delirium in elderly: A meta-analysis // *Saudi Med J.* 2024 Aug;45(9):869-875. <https://doi.org/10.15537/smj.2024.45.9.20240216>
52. Chua S.J., Wrigley S., Hair C., Sahathevan R. Prediction of delirium using data mining: A systematic review // *J Clin Neurosci.* 2021 Sep;91:288-298. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.07.029>. Epub 2021 Jul 26. Erratum in: *J Clin Neurosci.* 2022 Dec;106:243. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2022.07.027>. PMID: 34373042.
53. Lindroth H., Bratzke L., Purvis S. et al. Systematic review of prediction models for delirium in the older adult inpatient // *BMJ Open* 2018;8:e019223. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019223>
54. Watt J, Tricco AC, Talbot-Hamon C, et al. Identifying Older Adults at Risk of Delirium Following Elective Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis // *J Gen Intern Med.* 2018;33(4):500–509. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4204-x>
55. Krewulak K.D., Stelfox H.T., Ely E.W., Fiest K.M. Risk factors and outcomes among delirium subtypes in adult ICUs: A systematic review // *J Crit Care.* 2020;56:257-264. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.017>
56. Slooter A.J.C., van de Leur R.R., Zaal I.J. Delirium in critically ill patients. *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 141 (3rd series) *Critical Care Neurology*, Part II, E.F.M. Wijdicks and A.H. Kramer, Editors <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63599-0.00025-9>
57. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management // *Lancet Neurol.* 2007;6(5):442-455. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70104-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70104-7)
58. Организация проведения профилактического медицинского осмотра диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2019 - 165 с. Утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О.М. Драпкиной и главным внештатным специалистом по медицинской профилактике

Минздрава России Л.Ю. Дроздовой «22» октября 2019 г. Интернет-ресурсы: <https://www.gnicpm.ru/> и <http://org.gnicpm.ru/>

59. Zhao Y., Yue J., Lei P. et al. Neutrophil-lymphocyte ratio as a predictor of delirium in older internal medicine patients: a prospective cohort study // BMC Geriatr. 2021;21(1):334. Published 2021 May 25. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02284-w>
60. Dunne S.S., Coffey J.C., Konje S. et al. Biomarkers in delirium: A systematic review // J Psychosom Res. 2021;147:110530. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110530>
61. Mossie A., Regasa T., Neme D., Awoke Z., Zemedkun A., Hailu S. Evidence-Based Guideline on Management of Postoperative Delirium in Older People for Low Resource Setting: Systematic Review Article // Int J Gen Med. 2022;15:4053-4065. Published 2022 Apr 14. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S349232>
62. Sadeghirad B., Dodsworth B.T., Schmutz Gelsomino N. et al. Perioperative Factors Associated With Postoperative Delirium in Patients Undergoing Noncardiac Surgery: An Individual Patient Data Meta-Analysis // JAMA Netw Open. 2023 Oct 2;6(10):e2337239. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.37239>
63. Sarejloo S, Shojaei N, Lucke-Wold B, Zelmanovich R, Khanzadeh S. Neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio as prognostic predictors for delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Anesthesiol. 2023 Feb 21;23(1):58.<https://doi.org/10.1186/s12871-023-01997-2>
64. Mosharaf M.P., Alam K., Gow J., Mahumud R.A. Accumulating the key proteomic signatures associated with delirium: Evidence from systematic review // PLoS One. 2024 Dec 19;19(12):e0309827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309827>
65. Hsieh T.T., Inouye S.K., Oh E.S. Delirium in the Elderly // Psychiatr Clin North Am. 2018;41(1):1-17. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.001>
66. Boord M.S., Moezzi B., Davis D. et al. Investigating how electroencephalogram measures associate with delirium: A systematic review // Clin Neurophysiol. 2021;132(1):246-257. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.09.009>
67. Wood M.D., Boyd J.G., Wood N. et al. The Use of Near-Infrared Spectroscopy and/or Transcranial Doppler as Non-Invasive Markers of Cerebral Perfusion in Adult Sepsis Patients With Delirium: A Systematic Review // J Intensive Care Med. 2022 Mar;37(3):408-422. <https://doi.org/10.1177/0885066621997090>
68. Oh S.T., Park J.Y. Postoperative delirium // Korean J Anesthesiol. 2019;72(1):4-12. <https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00073.1>
69. Haggstrom L., Welschinger R., Caplan G.A. Functional neuroimaging offers insights into delirium pathophysiology: A systematic review // Australas J Ageing. 2017;36(3):186-192. <https://doi.org/10.1111/ajag.12417>
70. Akhtar H., Chaudhry S.H., Bortolussi-Courval É. et al. Diagnostic yield of CT head in delirium and altered mental status-A systematic review and meta-analysis // J Am Geriatr Soc. 2023;71(3):946-958. <https://doi.org/10.1111/jgs.18134>

71. Liu S.W., Lee S., Hayes J.M. et al. Head computed tomography findings in geriatric emergency department patients with delirium, altered mental status, and confusion: A systematic review // Acad Emerg Med. 2023;30(6):616-625. <https://doi.org/10.1111/acem.14622>
72. Lee S., Cavalier F.R., Hayes J.M. et al. Delirium, confusion, or altered mental status as a risk for abnormal head CT in older adults in the emergency department: A systematic review and meta-analysis // Am J Emerg Med. 2023;71:190-194. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.06.034>. Epub 2023 Jun 25. PMID: 37423026
73. Burton J.K., Craig L., Yong S.Q. et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients // Cochrane Database Syst Rev. 2021;11(11):CD013307. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013307.pub2>
74. Oh E.S., Fong T.G., Hshieh T.T., Inouye S.K. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment // JAMA. 2017;318(12):1161-1174. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
75. Александровский Ю.А., Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 976 с
76. Goldberg T.E., Chen C., Wang Y., Jung E., Swanson A., Ing C., Garcia P.S., Whittington R.A., Moitra V. Association of Delirium With Long-term Cognitive Decline: A Meta-analysis // JAMA Neurol. 2020 Nov 1;77(11):1373-1381. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.3284>
77. Geldmacher D.S. Differential diagnosis of dementia syndromes // Clinics in Geriatric Medicine. 2004; 20(1):27-43. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2003.10.006>
78. Kim S.Y., Kim S.W., Kim J.M. et al. Differential Associations Between Delirium and Mortality According to Delirium Subtype and Age: A Prospective Cohort Study // Psychosom Med. 2015;77(8):903-910. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000239>
79. De J., Wand A.P. Delirium screening: a systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients // Gerontologist. 2015;55(6):1079–99. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>
80. Liu Y., Zhang Q., Zhao Y., et.al. Delirium screening tools: A protocol for a systematic review and meta-analysis // Medicine (Baltimore). 2020;99(35):e21595. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021595>.
81. Lin C.J., Su I. C., Huang S. W., Chen P. Y., Traynor V., Chang H. R., Liu I. H., Lai Y. S., Lee H. C., Rolls K., Chiu H. Y. Delirium assessment tools among hospitalized older adults: A systematic review and metaanalysis of diagnostic accuracy // Ageing research reviews. 2023; 90: 102025. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102025>
82. Tieges Z., MacLulich A.M.J., Anand A., et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis // Age and ageing. 2021;50(3): 733–743. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa224>

83. Marcantonio E.R., Ngo L.H., O'Connor M. et al. 3D-CAM: Derivation and validation of a 3-minute diagnostic assessment for delirium // *Ann Intern Med.* 2014;161:554–561. <https://doi.org/10.7326/M14-0865>.
84. Gaudreau J.D., Gagnon P., Harel F., Tremblay A., Roy M. A. Fast, systematic and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale // *Journal of Pain and Symptom Management.* 2005;29(4):368–375. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009>
85. Schuurmans M.J., Shortridge-Baggett L.M., Duursma S.A. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium // *Res Theory Nurs Pract.* 2003 Spring;17(1):31-50. <https://doi.org/10.1891/rntp.17.1.31.53169>.
86. Kalimisetty S., Askar W., Fay B., Khan A. Models for Predicting Incident Delirium in Hospitalized Older Adults: A Systematic Review // *Journal of patient-centered research and reviews.* 2017. 4(2):69–77. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1414> ,
87. Girard T.D., Jackson J.C., Pandharipande P.P., et al: Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness // *Crit Care Med.* 2010. 38:1513–1520. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47be1>
88. Tran J., Nimojan T., Saripella A., et al. Rapid cognitive assessment tools for screening of mild cognitive impairment in the preoperative setting: A systematic review and meta-analysis // *J Clin Anesth.* 2022;78:110682. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2022.110682>
89. Mitchell A.J., Shukla D, Ajumal H.A., Stubbs B., Tahir T.A. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis // *Gen Hosp Psychiatry.* 2014;36(6):627–633. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.003>,
90. Mitchell A.J., Shukla D., Ajumal H. A., Stubbs B., Tahir T.A. The Mini-Mental State Examination as a diagnostic and screening test for delirium: systematic review and meta-analysis // *General hospital psychiatry.* 2015. 36(6): 627–633. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.003>
91. Abayomi S.N., Sritharan P., Yan E., Saripella A., Alhamdah Y., Englesakis M., Tartaglia M.C., He D., Chung F. The diagnostic accuracy of the Mini-Cog screening tool for the detection of cognitive impairment-A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2024 Mar 14;19(3):e0298686. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298686>
92. Meagher D., Williams O.A., O'Connell H., Leonard M., Cullen W., Dunne C.P., Mulligan O., Adamis D. A systematic review and meta-analysis of the accuracy of the clock drawing test (CDT) in the identification of delirium in older hospitalised patients // *Aging Ment Health.* 2021 May;25(5):879-888. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1727849>.
93. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):695–9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.

- 94.** Danquah M.O., Yan E., Lee J.W. et al. The utility of the Montreal cognitive assessment (MoCA) in detecting cognitive impairment in surgical populations - A systematic review and meta-analysis // J Clin Anesth. 2024 Oct;97:111551. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2024.111551>
- 95.** Varpaei H.A., Robbins L.B., Farhadi K., Bender C.M. Preoperative cognitive function as a risk factor of postoperative delirium in cancer surgeries: A systematic review and meta-analysis // J Surg Oncol. 2024 Aug;130(2):222-240. <https://doi.org/10.1002/jso.27730>
- 96.** Brooke P., Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage // Int J Geriatr Psychiatry. 1999 Nov;14(11):936-40.
- 97.** Переверзев А.П., Остроумова О.Д., Исаев Р.И., Ткачева О.Н., Котовская Ю.В. Лекарственно-индуцированный делирий у пациентов пожилого и старческого возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119(7): 120–127. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119071120>
- 98.** González M., Martínez G., Calderón J. et al. Impact of delirium on short-term mortality in elderly inpatients: a prospective cohort study // Psychosomatics 2009; 50:234–238. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.3.234>
- 99.** Devlin J.W., Skrobik Y., Gélinas C. et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU // Crit Care Med. 2018;46(9):1532-1548. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003259>
- 100.** Thom R.P., Mock C.K., Teslyar P. Delirium in hospitalized patients: Risks and benefits of antipsychotics // Cleve Clin J Med. 2017;84(8):616-622. <https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.16077>
- 101.** Исаев Р.И., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Чердак М.А., Маневич Т.М., Яхно Н.Н. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол. Российский журнал гериатрической медицины. 2022; 1(9): 17–23. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2022-17-23>;
- 102.** Setters B., Solberg L.M. Delirium // Prim Care. 2017 Sep;44(3):541-559. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.010>
- 103.** Hshieh T.T., Inouye S.K., Oh E.S. Delirium in the Elderly // Clin Geriatr Med. 2020 May;36(2):183-199. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.001>
- 104.** Morandi A., Pozzi C., Milisen K. et al. An interdisciplinary statement of scientific societies for the advancement of delirium care across Europe (EDA, EANS, EUGMS, COTEC, IPTOP/WCPT) // BMC Geriatr. 2019;19(1):253. Published 2019 Sep 11. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1264-2>
- 105.** Drewas L., Ghadir H., Neef R., Delank K.S., Wolf U. Individual Pharmacotherapy Management (IPM) - I: a group-matched retrospective controlled clinical study on prevention of

complicating delirium in the elderly trauma patients and identification of associated factors // BMC Geriatr. 2022 Jan 6;22(1):29. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02630-y>.

106. Morin C.M. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. By C. M. Morin. Guilford Press: New York. 1993. <https://doi.org/10.1017/S0033291700035467>

107. Veronese N., Solimando L., Bolzetta F. et al. Interventions to prevent and treat delirium: An umbrella review of randomized controlled trials // Ageing Res Rev. 2024;97:102313. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102313>

108. Sadlonova M., Duque L., Smith D., et al. Pharmacologic treatment of delirium symptoms: A systematic review // Gen Hosp Psychiatry. 2022 Nov-Dec;79:60-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.10.010>. Epub 2022 Oct 21. PMID: 36375344;

109. Eckstein C., Burkhardt H. Multicomponent, nonpharmacological delirium interventions for older inpatients: a scoping review // Z Gerontol Geriatr 2019; 52: 229–242. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01627-y>

110. Skjerve A., Bjorvatn B., Holsten F. Light therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia // Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19(6):516-522. <https://doi.org/10.1002/gps.1087>

111. Zou C., Mei X., Li X., Hu J., Xu T., Zheng C. Effect of light therapy on delirium in older patients with Alzheimer's disease-related dementia // J Psychiatr Res. 2022 May;149:124-127. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.003>

112. Hefner G., Hahn M., Toto S. et al. Potentially inappropriate medication in older psychiatric patients // Eur J Clin Pharmacol. 2021;77(3):331-339. <https://doi.org/10.1007/s00228-020-03012-w>

113. Schulze Westhoff M., Groh A., Schröder S. et al. Potentially inappropriate medications according to PRISCUS list and FORTA (Fit for the Aged) classification in geriatric psychiatry: a cross-sectional study // J Neural Transm (Vienna). 2022 Nov;129(11):1367-1375. <https://doi.org/10.1007/s00702-022-02541-1>.

114. Barra B.J., Barahona M., Varela L.F. et al. A Cross-Sectional, Retrospective, and Comparative Study between Delirium and Non-Delirium Psychiatric Disorders in a Psychogeriatric Inpatient Population Referred to Consultation-Liaison Psychiatry Unit // Medicina (Kaunas). 2023;59(4):693. <https://doi.org/10.3390/medicina59040693>

115. Davis D., Searle S.D., Tsui A. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network: risk reduction and management of delirium // Age Ageing. 2019 Jul 1;48(4):485-488. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz036>

116. Кирилочев О.О., Сычев Д.А. Обновление перечня потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов пациентам пожилого и старческого возраста: критерии STOPP/START версии 3. Пациентоориентированная медицина и фармация. 2023;1(4):53-66. <https://doi.org/10.37489/2949-1924-0033>

117. **Balas M.C.**, Weinhouse G.L., Denehy L. et al. Interpreting and Implementing the 2018 Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption Clinical Practice Guideline // *Crit Care Med*. 2018 Sep;46(9):1464-1470. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003307>
118. **Anada S.**, Iigaya M., Takahashi M., Soda K., Wada N. Impact of early mobilization on the duration of delirium in elderly hospitalized patients: A retrospective cohort pilot study // *Medicine (Baltimore)*. 2022 Nov 4;101(44):e31641. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031641>
119. **Lozano-Vicario L.**, Zambom-Ferraresi F., Zambom-Ferraresi F. et al. Effects of Exercise Intervention for the Management of Delirium in Hospitalized Older Adults: A Randomized Clinical Trial // *J Am Med Dir Assoc*. 2024 Aug;25(8):104980. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.02.018>
120. **Aguirre E.** Delirium and hospitalized older adults: a review of nonpharmacologic treatment. *J Contin Educ Nurs*. 2010 Apr;41(4):151-2. <https://doi.org/10.3928/00220124-20100326-09>.
121. **Barr J.**, Fraser G.L., Puntillo K. et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit // *Crit Care Med*. 2013;41(1):263-306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
122. **Левин О.С.** Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике / М., 2019:93.
123. **Yang Y.**, Zhao X., Gao L., Wang Y., Wang J. Incidence and associated factors of delirium after orthopedic surgery in elderly patients: a systematic review and meta-analysis // *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(6):1493-1506. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01674-1>
124. **Parrish E.** Delirium Superimposed on Dementia: Challenges and Opportunities. *Nurs Clin North Am*. 2019 Dec;54(4):541-550. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.004>
125. Ramírez Echeverría M.D.L, Schoo C., Paul M. Delirium. 2022 Nov 19. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 29261982;
126. van der Zanden V., Beishuizen S.J., Scholtens R.M., de Jonghe A., de Rooij S.E., van Munster B.C. The Effects of Blood Transfusion on Delirium Incidence. *J Am Med Dir Assoc*. 2016Aug 1;17(8):748-53. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.008>
127. Iglseider B., Frühwald T., Jagsch C. Delirium in geriatric patients // Delir bei geriatrischen Patienten. *Wien Med Wochenschr*. 2022;172(5-6):114-121. <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00904-z>
128. Oh E.S., Needham D.M., Nikoos R., et al. Antipsychotics for preventing delirium in hospitalized adults: a systematic review // *Ann Intern Med*. 2019;171:474–84. <https://doi.org/10.7326/M19–1859>
129. Nikoos R., Neufeld K.J., Oh E.S., et al. Antipsychotics for treating delirium in hospitalized adults: a systematic review // *Ann Intern Med*. 2019; 171: 485–95. <https://doi.org/10.7326/M19–1860>

- 130.** Neufeld K.J., Yue J., Robinson T.N., Inouye S.K., Needham D.M. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and MetaAnalysis // J Am Geriatr Soc. 2016 Apr; 64(4):705–14. <https://doi.org/10.1111/jgs.14076>
- 131.** Круглов Л.С., Беленцова Т.М., Беленцова В.С. Применение препарата тиаприд при состояниях острой психической спутанности в позднем возрасте // Рос. психиатр. журн. 2012; 4:53 – 57.
- 132.** Campbell N., Boustani M.A., Ayub A., et al. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults--a systematic evidence review // J Gen Intern Med. 2009;24(7):848-853. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0996-7>
- 133.** Seitz D.P., Gill S.S., van Zyl L.T. Antipsychotics in the treatment of delirium: a systematic review // J Clin Psychiatry. 2007;68(1):11-21. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0102>;
- 134.** American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(1):142-150. <https://doi.org/10.1111/jgs.13281>
- 135.** Siddiqi N., Harrison J.K., Clegg A., et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 11;3(3):CD005563.<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005563.pub3>
- 136.** Agar M.R., Lawlor P.G., Quinn S., et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial // JAMA Intern Med. 2017 Jan 1;177(1):34-42. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7491>. Erratum in: JAMA Intern Med. 2017 Feb 1;177(2):293. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.9336>. PMID: 27918778
- 137.** Wang P.S., Schneeweiss S., Avorn J., et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications // N Engl J Med. 2005 Dec 1;353(22):2335-41. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa052827>
- 138.** Herzig S.J., La Salvia M.T., Naidus E., et al. Antipsychotics and the risk of aspiration pneumonia in individuals hospitalized for nonpsychiatric conditions: a cohort study // J Am Geriatr Soc. 2017; 65:2580–6. <https://doi.org/10.1111/jgs.15066>
- 139.** Citrome L. Comparison of intramuscular ziprasidone, olanzapine, or aripiprazole for agitation: a quantitative review of efficacy and safety // J Clin Psychiatry. 2007;68(12):1876-1885. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n1207>
- 140.** Kirino E. Use of aripiprazole for delirium in the elderly: a short review // Psychogeriatrics. 2015 Mar;15(1):75-84. <https://doi.org/10.1111/psyg.12088>
- 141.** Beach S.R., Celano C.M., Noseworthy P.A., Januzzi J.L., Huffman J.C. QTc prolongation, torsades de pointes, and psychotropic medications. Psychosomatics. 2013;54(1):1-13. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.11.001>

- 142.** Michaud CJ, Bullard HM, Harris SA, Thomas WL. Impact of Quetiapine Treatment on Duration of Hypoactive Delirium in Critically Ill Adults: A Retrospective Analysis. *Pharmacotherapy*. 2015 Aug;35(8):731-9. <https://doi.org/10.1002/phar.1619>
- 143.** Hatta K., Kishi Y., Wada K., et al. Antipsychotics for delirium in the general hospital setting in consecutive 2453 inpatients: a prospective observational study // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(3):253-262. <https://doi.org/10.1002/gps.3999>
- 144.** Marcantonio E.R. Delirium in Hospitalized Older Adults // *N Engl J Med*. 2017 Oct 12;377(15):1456-1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>;
- 145.** Grassi L., Caraceni A., Mitchell A.J., et al. Management of delirium in palliative care: a review // *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Mar;17(3):550. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0550-8>
- 146.** Caplan G. Managing delirium in older patients // *AustPrescr* 2011; 34:16-8. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2011.01>
- 147.** Zangani C., Giordano B., et al. Efficacy of tiapride in the treatment of psychiatric disorders: A systematic review // *Hum Psychopharmacol*. 2022;37(5):e2842. <https://doi.org/10.1002/hup.2842>
- 148.** Быков Ю.В., Беккер Р.А. Клиническая эффективность Тиапридала (тиаприда) в психиатрии, неврологии общесоматическая медицина // *Психиатрия Психофармакотерапия*. 2019; 21 (4): 40–50
- 149.** Grover S, Mahajan S, Chakrabarti S, Avasthi A. Comparative effectiveness of quetiapine and haloperidol in delirium: A single blind randomized controlled study. *World J Psychiatry*. 2016 Sep 22;6(3):365-71. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i3.365>
- 150.** Справочник лекарственных средств Формулярного комитета, 2010 год / Российская акад. мед. наук; [авт.-сост.: Бунятян А. А. и др.]; под ред. П. А. Воробьева. 6-е изд., доп. Москва : Ньюдиамед, 2010:536.
- 151.** Kishi T., Hirota T., Matsunaga S., Iwata N. Antipsychotic medications for the treatment of delirium: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016;87(7):767-774. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-311049>
- 152.** Rivière J., van der Mast R.C., Vandenberghe J., Van Den Eede F. Efficacy and Tolerability of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Delirium: A Systematic Review of the Literature // *Psychosomatics*. 2019;60(1):18-26. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.05.011>
- 153.** Wada K., Morita Y., Iwamoto T., Mifune Y., Nojima S. First- and second-line pharmacological treatment for delirium in general hospital setting-Retrospective analysis // *Asian J Psychiatr*. 2018;32:50-53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.028>
- 154.** Wu Y.C., Tseng P.T., Tu Y.K., et al. Association of Delirium Response and Safety of Pharmacological Interventions for the Management and Prevention of Delirium: A Network Meta-

- analysis // JAMA Psychiatry. 2019;76(5):526-535.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4365>
- 155.** Boettger S., Jenewein J., Breitbart W. Haloperidol, risperidone, olanzapine and aripiprazole in the management of delirium: A comparison of efficacy, safety, and side effects // *Palliat Support Care*. 2015;13(4):1079-1085. <https://doi.org/10.1017/S1478951514001059>
- 156.** Navari R.M., Gray S.E., Kerr A.C.. Olanzapine versus aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized phase III trial // *J Support Oncol* 2011; 9:188–195. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.05.002>
- 157.** Navari R.M. Olanzapine for the prevention and treatment of chronic nausea and chemotherapy-induced nausea and vomiting // *Eur J Pharmacol* 2014; 722:180–186. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.08.048>
- 158.** Schneider L.S., Tariot P.N., Dagerman K.S., Davis S.M., Hsiao J.K., Ismail M.S., et al (2006b). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease // *N Engl J Med* **355**: 1525–1538. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061240>
- 159.** Desmarais P., Massoud F., Filion J., Nguyen Q.D., Bajsarowicz P. Quetiapine for Psychosis in Parkinson Disease and Neurodegenerative Parkinsonian Disorders: A Systematic Review // *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2016;29(4):227-236. <https://doi.org/10.1177/0891988716640378>
- 160.** Davies E.A., O'Mahony M.S.. Adverse drug reactions in special populations - the elderly // *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(4):796-807. <https://doi.org/10.1111/bcp.12596>
- 161.** Currier G.W., Trenton A.J, Walsh P.G., van Wijngaarden E. Apilot, open-label study of quetiapine for treatment of moderate psychotic agitation in the emergency setting // *J Psychiatr Pract* 2006; 12:223–228. <https://doi.org/10.1097/00131746-200607000-00004>
- 162.** Bozat-Emre S, Doupe M, Kozyskyj AL, Grymonpre R, Mahmud SM. Atypical antipsychotic drug use and falls among nursing home residents in Winnipeg, Canada // *Int J Geriatr Psychiatry* 2015; 30:842–850. <https://doi.org/10.1002/gps.4223>
- 163.** Jeste D.V., Blazer D., Casey D., et al. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia // *Neuropsychopharmacology*. 2008;33(5):957-970. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301492>
- 164.** Mangoni A.A., Jackson S.H. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications // *Br J Clin Pharmacol*. 2004;57(1):6-14. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x>
- 165.** Raphael L., Edna E., Irina K., Oded H. The Efficacy of Low-Dose Risperidone Treatment for Post-Surgical Delirium in Elderly Orthopedic Patients // *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(6):1052. <https://doi.org/10.3390/medicina59061052>

166. Mühlbauer V., Möhler R., Dichter M.N. et al. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia // *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 17;12(12):CD013304. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013304.pub2>
167. Girard T.D., Exline M.C., Carson S.S., et al. Haloperidol and Ziprasidone for Treatment of Delirium in Critical Illness // *N Engl J Med*. 2018;379(26):2506-2516. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1808217>
168. Schrijver E.J.M., de Vries O.J., van de Ven P.M., et al. Haloperidol versus placebo for delirium prevention in acutely hospitalised older at risk patients: a multi-centre double-blind randomised controlled clinical trial // *Age Ageing*. 2018;47(1):48-55. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx124>
169. Mattison M.L.P. Delirium // *Ann Intern Med*. 2020 Oct 6; 173(7):ITC49-ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC202010060>
170. Yoon H.J., Park K.M., Choi W.J., et al. Efficacy and safety of haloperidol versus atypical antipsychotic medications in the treatment of delirium // *BMC Psychiatry*. 2013;13:240. Published 2013 Sep 30. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-240>
171. US Food and Drug Administration (FDA). Information for healthcare professionals: haloperidol (marketed as Haldol, Haldol decanoate and Haldol lactate). www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm085203.htm. Accessed July 13, 2017
172. Loh K.P., Ramdass S., Garb J.L., et al. Long-term outcomes of elders discharged on antipsychotics. *J Hosp Med* 2016; 11:550–555. <https://doi.org/10.1002/jhm.2585>
173. Herzig S.J., Rothberg M.B., Guess J.R., et al. Antipsychotic use in hospitalized adults: rates, indications, and predictor // *J Am Geriatr Soc* 2016; 64:299–305. <https://doi.org/10.1111/jgs.13943>
174. Осадший Ю.Ю., Вобленко Р.А., Арчаков Д.С., Тараканова Е.А. Место бензодиазепинов в современной терапии психических расстройств (обзор доказательных исследований) // *Современная терапия психических расстройств*. 2016;1:2-10. URL: <https://ctmd.psypharma.ru/index.php/ctmd/article/view/334>.
175. Burry L., Mehta S., Perreault M.M., et al. Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients // *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;6(6):CD005594. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005594.pub3>
176. Lonergan E., Luxenberg J., Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium // *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;2009(4):CD006379. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006379.pub3>
177. Li Y., Ma J., Jin Y., et al. Benzodiazepines for treatment of patients with delirium excluding those who are cared for in an intensive care unit // *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2(2):CD012670. Published 2020 Feb 28. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012670.pub2>

- 178.** The American Hospital Formulary Service Drug Information (AHFS DI), published by the American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). Available: [https://www.drugs.com/monograph/ Benzodiazepines General Statement 2025](https://www.drugs.com/monograph/Benzodiazepines%20General%20Statement)
- 179.** Агибалова Т.В., Альтшулер Б., Брюн Е.А. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного синдрома. 2014.
- 180.** Pandharipande P., Shintani A., Peterson J., et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology*. 2006;104(1):21-26. <https://doi.org/10.1097/00000542-200601000-00005>
- 181.** Sambin S., Gaspard N., Legros B., Depondt C., De Breucker S., Naeije G. Role of Epileptic Activity in Older Adults With Delirium, a Prospective Continuous EEG Study. *Front Neurol*. 2019;10:263. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00263>
- 182.** Gogia B, Fang X. Differentiating Delirium Versus Dementia in the Elderly. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; February 20, 2023.
- 183.** Overshott R., Karim S., Burns A. Cholinesterase inhibitors for delirium // *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2008(1):CD005317. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005317.pub2>
- 184.** Emmady P.D., Schoo C., Tadi P. Major Neurocognitive Disorder (Dementia). In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; November 19, 2022.
- 185.** Sampson E.L., Raven P.R., Ndhlovu P.N., et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil hydrochloride (Aricept) for reducing the incidence of postoperative delirium after elective total hip replacement // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(4):343-349. <https://doi.org/10.1002/gps.1679>
- 186.** Liptzin B., Laki A., Garb J.L., Fingerroth R., Krushell R. Donepezil in the prevention and treatment of post-surgical delirium // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(12):1100-1106. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.12.1100>
- 187.** Díaz V., Rodríguez J., Barrientos P., et al. Utilización de procolinérgicos en la prevención del delirio post operatorio del adulto mayor sometidos a cirugía de fractura de cadera. Ensayo clínico controlado [Use of procholinergics in the prevention of postoperative delirium in hip fracture surgery in the elderly. A randomized controlled trial]. *Rev Neurol*. 2001;33(8):716-719.
- 188.** Marcantonio E.R., Palihnich K., Appleton P., Davis R.B. Pilot randomized trial of donepezil hydrochloride for delirium after hip fracture // *J Am Geriatr Soc*. 2011;59 Suppl 2(Suppl 2):S282-S288. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03691.x>
- 189.** Gamberini M., Bolliger D., Lurati Buse G.A., et al. Rivastigmine for the prevention of postoperative delirium in elderly patients undergoing elective cardiac surgery--a randomized controlled trial // *Crit Care Med*. 2009;37(5):1762-1768. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819da780>
- 190.** van Eijk M.M., Roes K.C., Honing M.L., et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre,

double-blind, placebo-controlled randomised trial // *Lancet*. 2010;376(9755):1829-1837. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61855-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61855-7)

191. Finucane A.M., Jones L., Leurent B/, et al. Drug Therapy For Delirium In Terminally Ill Adults // *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;1(1):CD004770. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004770.pub3>

192. Andersen-Ranberg N.C., Barbateskovic M., Perner A. et al. Haloperidol for the treatment of delirium in critically ill patients: an updated systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis // *Crit Care* 27, 329 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04621-4>;

193. Zayed Y., Barbarawi M., Kheiri B., et al. Haloperidol for the management of delirium in adult intensive care unit patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Crit Care* 2019; 50: 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.01.009>

193. Gaertner J., Eychmueller S., Leyhe T., Bueche D., Savaskan E., Schlögl M. Benzodiazepines and/or neuroleptics for the treatment of delirium in palliative care?-a critical appraisal of recent randomized controlled trials // *Ann Palliat Med*. 2019 Sep;8(4):504-515. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.03.06>

194. Bush S.H., Leonard M.M., Agar M., et al. End-of-life delirium: issues regarding recognition, optimal management, and the role of sedation in the dying phase // *J Pain Symptom Manage*. 2014 Aug;48(2):215-30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.009>

195. Gaertner J., Fusi-Schmidhauser T. Dexmedetomidine: a magic bullet on its way into palliative care-a narrative review and practice recommendations // *Ann Palliat Med*. 2022;11(4):1491-1504. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1989>

196. Thomas B., Barclay G., Lo W.A., Mullan J., Mansfield K. DexmedetomidineVersusMidazolamforEnd-of-LifeSedationandAgitation: ProtocolforaRandomizedControlledTrial (TheDREAMSTrial) // *JMIR Res Protoc*. 2024 Sep 4;13:e55129. <https://doi.org/10.2196/55129>

197. Hui D., De La Rosa A., Wilson A., et al. Neuroleptic strategies for terminal agitation in patients with cancer and delirium at an acute palliative care unit: a single-centre, double-blind, parallel-group, randomised trial // *Lancet Oncol*. 2020;21(7):989-998. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30307-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30307-7)

198. Burry L.D., Hutton B., Guenette M., et al. Comparison of pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a protocol for a systematic review incorporating network meta-analyses // *SystRev*. 2016 Sep 8;5(1):153. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0327-0>

199. Barbateskovic M., Krauss S.R., Collet M.O., et al. Haloperidol for the treatment of delirium in critically ill patients: a systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis// *Acta Anaesthesiol Scand*. 2020;64(2):254-266. <https://doi.org/10.1111/aas.13501>

200. van den Boogaard M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, et al. Effect of Haloperidol on Survival Among Critically Ill Adults With a High Risk of Delirium: The REDUCE Randomized Clinical

- Trial [published correction appears in JAMA. 2018 Apr 10;319(14):1510. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3471>]. JAMA. 2018;319(7):680-690. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.0160>
- 201.** Breitbart W., Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer // J Clin Oncol. 2012 Apr 10;30(11):1206-14. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.8784>
- 202.** Okuyama T., Yoshiuchi K., Ogawa A, et al. Phase-R Delirium Study Group. Current Pharmacotherapy Does Not Improve Severity of Hypoactive Delirium in Patients with Advanced Cancer: Pharmacological Audit Study of Safety and Efficacy in Real World (Phase-R) // Oncologist. 2019 Jul;24(7):e574-e582. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0242>
- 203.** Hui D., Frisbee-Hume S., Wilson A., et al. Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial // JAMA. 2017;318(11):1047-1056. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11468>
- 204.** Abraha I., Trotta F., Rimland J.M., et al. Efficacy of Non-Pharmacological Interventions to Prevent and Treat Delirium in Older Patients: A Systematic Overview // The SENATOR project ONTOP Series. PLoS One. 2015;10(6):e0123090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123090>
- 205.** O'Rourke G., Parker D., Anderson R., Morgan-Trimmer S., Allan L. Interventions to support recovery following an episode of delirium: A realist synthesis. Aging Ment Health. 2021;25(10):1769-1785. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1793902>
- 206.** Kunicki Z.J., Ngo L.H., Marcantonio E.R., et al. Six-Year Cognitive Trajectory in Older Adults Following Major Surgery and Delirium // JAMA Intern Med. 2023;183(5):442–450. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0144>
- 207.** Gual N., García-Salmones M., Brítez L., et al. The role of physical exercise and rehabilitation in delirium // Eur Geriatr Med. 2020;11(1):83-93. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00290-6>
- 208.** Golubovic J., Neerland B.E., Aune D., Baker F.A. Music Interventions and Delirium in Adults: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis // Brain Sci. 2022;12(5):568. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050568>
- 209.** King E., Gustafson O., Judge T., Vollam S.. Multidisciplinary team perception of games-based therapy in critical care: A service evaluation // Nurs Crit Care. 2023;28(4):566-573. <https://doi.org/10.1111/nicc.12731>
- 210.** Ibrahim K., McCarthy C.P., McCarthy K.J., et al. Delirium in the Cardiac Intensive Care Unit // J Am Heart Assoc. 2018;7(4):e008568. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.008568>
- 211.** Cohen C., Pereira F., Kampel T., Bélanger L. Integration of family caregivers in delirium prevention care for hospitalized older adults: A case study analysis // J Adv Nurs. 2021;77(1):318-330. <https://doi.org/10.1111/jan.14593>

212. Deeken F., Sánchez A., Rapp M.A., et al. Outcomes of a Delirium Prevention Program in Older Persons After Elective Surgery: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial // JAMA Surg. 2022;157(2):e216370. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6370>
213. Titlestad I, Haugarvoll K, Solvang SH, et al. Delirium is frequently underdiagnosed among older hospitalised patients despite available information in hospital medical records // Age Ageing. 2024;53(2):afae006. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae006>
214. McKenzie J., Joy A. Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis // Australas J Ageing. 2020;39(1):21-30. <https://doi.org/10.1111/ajag.12688>
215. Rivosecchi R.M., Smithburger P.L., Svec S., Campbell S., Kane-Gill S.L. Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review // Crit Care Nurse. 2015;35(1):39-51. <https://doi.org/10.4037/ccn2015423>
216. Smith C.D., Grami P. Feasibility and Effectiveness of a Delirium Prevention Bundle in Critically Ill Patients // Am J Crit Care. 2016;26(1):19-27. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017374>
217. Blandfort S., Gregersen M., Rahbek K., Juul S., Damsgaard E.M. Single-bed rooms in a geriatric ward prevent delirium in older patients // Aging Clin Exp Res. 2020;32(1):141-147. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01173-y>
218. Martinez F.T., Tobar C., Beddings C.I., Vallejo G., Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention // Age Ageing. 2012;41(5):629-634. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs060>
219. Ista E, Trogrlic Z, Bakker J, Osse RJ, van Achterberg T, van der Jagt M. Improvement of care for ICU patients with delirium by early screening and treatment: study protocol of iDECePTivE study // Implement Sci. 2014;9:143. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0143-7>
220. Guo R., Zhang S., Yu S., Li X., Liu X., Shen Y., Wei J., Wu Y. Inclusion of frailty improved performance of delirium prediction for elderly patients in the cardiac intensive care unit (D-FRAIL): A prospective derivation and external validation study // Int J Nurs Stud. 2023 Nov;147:104582. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104582>
221. Meehan A.J., Gabra J.N., Distelhorst K.S., Whyde C., Mangira C. Development and validation of a delirium risk prediction model using a modified version of the Delirium Elderly at Risk (mDEAR) screen in hospitalized patients aged 65 and older: A medical record review // Geriatr Nurs. 2023;51:150-155. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.03.003>
222. Fong TG, Inouye SK. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention // Nat Rev Neurol. 2022;18(10):579-596. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00698-7>
223. Ormseth C.H., LaHue S.C., Oldham M.A., Josephson S.A., Whitaker E., Douglas V.C. Predisposing and Precipitating Factors Associated With Delirium: A Systematic Review // JAMA Netw Open. 2023;6(1):e2249950. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49950>

224. Fong T.G., Albaum J.A., Anderson M.L., et al. The Modified and Extended Hospital Elder Life Program: A remote model of care to expand delirium prevention // J Am Geriatr Soc. 2023;71(3):935-945. <https://doi.org/10.1111/jgs.18212>
225. Lee S., Gottlieb M., Mulhausen P., et al. Recognition, prevention, and treatment of delirium in emergency department: An evidence-based narrative review // Am J Emerg Med. 2020;38(2):349-357. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.158454>
226. Rohatgi N., Weng Y., Bentley J., et al. Initiative for Prevention and Early Identification of Delirium in Medical-Surgical Units: Lessons Learned in the Past Five Years // Am J Med. 2019;132(12):1421-1430.e8. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.05.035>
227. Janssen T.L., Alberts A.R., Hooft L., Mattace-Raso F., Mosk C.A., van der Laan L. Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis // Clin Interv Aging. 2019;14:1095-1117. <https://doi.org/10.2147/CIA.S201323>
228. Fong T.G., Davis D., Growdon M.E., Albuquerque A., Inouye S.K. The interface between delirium and dementia in elderly adults [published correction appears in Lancet Neurol. 2015 Aug;14(8):788. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00160-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00160-X)]. Lancet Neurol. 2015;14(8):823-832. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00101-5)
229. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. Am J Geriatr Psychiatry. 2018;26(10):1015-1033. doi:10.1016/j.jagp.2018.06.007
230. Hshieh T.T., Yue J., Oh E., et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis [published correction appears in JAMA Intern Med. 2015 Apr;175(4):659. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0994>]. JAMA Intern Med. 2015;175(4):512-520. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779>
231. León-Salas B., Trujillo-Martín M.M., Martínez Del Castillo L.P., et al. Multicomponent Interventions for the Prevention of Delirium in Hospitalized Older People: A Meta-Analysis // J Am Geriatr Soc. 2020;68(12):2947-2954. <https://doi.org/10.1111/jgs.16768>
232. Thillainadesan J., Jansen J., Close J., Hilmer S., Naganathan V. Geriatrician perspectives on perioperative care: a qualitative study // BMC Geriatr. 2021;21(1):68. Published 2021 Jan 19. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02019-x>
233. Fick D.M., Agostini J.V., Inouye S.K. Delirium superimposed on dementia: a systematic review // J Am Geriatr Soc. 2002;50(10):1723-1732. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50468.x>
234. Schulman-Green D.J., Inouye S.K., Tabloski P., et al. Clinicians' Perceptions of a Modified Hospital Elder Life Program for Delirium Prevention During COVID-19 // J Am Med Dir Assoc. 2023;24(8):1133-1142. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.05.032>

235. Young J., Green J., Godfrey M., et al. The Prevention of Delirium system of care for older patients admitted to hospital for emergency care: the POD research programme including feasibility RCT. Southampton (UK): NIHR Journals Library; March 2021.
236. Maneeton B., Kongsangdao S., Maneeton N., et al. Melatonin Receptor Agonists for the Prevention of Delirium: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials // *Curr Neuropharmacol.* 2022;20(10):1956-1968. <https://doi.org/10.2174/1570159X20666220507024219>
237. Asleson D.R., Chiu A.W. Melatonin for delirium prevention in acute medically ill, and perioperative geriatric patients // *Aging Med (Milton).* 2020;3(2):132-137. <https://doi.org/10.1002/agm2.12112>
238. Liu Y., Li X.J., Liang Y., Kang Y. Pharmacological Prevention of Postoperative Delirium: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials // *Evid Based Complement Alternat Med.* 2019;2019:9607129. <https://doi.org/10.1155/2019/9607129>
239. Su X., Meng Z.T., Wu X.H., et al. Dexmedetomidine for prevention of delirium in elderly patients after non-cardiac surgery: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial // *Lancet.* 2016;388(10054):1893-1902. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30580-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30580-3)
240. Trogrlić Z., van der Jagt M., Bakker J., et al. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes // *Crit Care.* 2015;19(1):157. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0886-9>
241. Veronese N., Custodero C., Demurtas J. et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes // *Age Ageing.* 2022;51(5):afac104. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac104>
242. Woodhouse R., Burton J. K., Rana N., et.al. (2019). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. The Cochrane database of systematic reviews.2019;4(4):CD009537. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009537.pub3>
243. Hempenius L., Van Leeuwen B.L., Van Asselt D.Z., et.al. Structured analyses of interventions to prevent delirium // *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2011;26:441–450. <https://doi.org/10.1002/gps.2560>
244. Eastwood G.M., Peck L., Bellomo R., Baldwin I., Reade M.C. A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU // *Aust Crit Care.* 2012;25(3):162-169. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.01.005>
245. Colombo R., Corona A., Praga F., et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study // *Minerva Anestesiol.* 2012;78(9):1026-1033.
246. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Проект. Клинический протокол. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский

медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр».

247. Boot R. Delirium: a review of the nurses role in the intensive care unit // Intensive Crit Care Nurs. 2012;28(3):185-189. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.004>

248. Deemer K., Zjadewicz K., Fiest K., et al. Effect of early cognitive interventions on delirium in critically ill patients: a systematic review. Effet des interventions cognitives précoces sur le delirium chez les patients en état critique : une revue systématique // Can J Anaesth. 2020;67(8):1016-1034. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01670-z>

249. Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1 ст. 29 пп. А, Б, В.

250. Serafim R.B., Soares M., Bozza F.A., et al. Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis // Crit Care. 2017;21(1):179. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1765-3>

251. Rose L., Agar M., Burry L.D., et al. Development of core outcome sets for effectiveness trials of interventions to prevent and/or treat delirium (Del-COrS): study protocol // BMJ Open. 2017;7(9):e016371. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016371>

252. Hodkinson H.M. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly // Age Ageing. 1972;1(4):233-238. <https://doi.org/10.1093/ageing/1.4.233>

253. Кутлубаев М.А. Выявление когнитивного дефицита в практике терапевта: обзор скрининговых шкал. Терапевтический архив. 2014;86(11):135-138.

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

1. Незнанов Николай Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, исполняющий обязанности директора федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

президент общественной организации «Российское общество психиатров», главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсами медицинской психологии и психосоматической медицины федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заслуженный деятель науки РФ,

2. Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», заведующий кафедрой психического здоровья и клинической психиатрии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, член Российского Общества Психиатров

3. Залуцкая Наталья Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, член Российского Общества Психиатров

4. Андрющенко Алиса Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедрой психического здоровья и клинической психиатрии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, руководитель отдела психических расстройств при нейродегенеративных заболеваниях головного мозга научно-клинического исследовательского центра ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», член Российского Общества Психиатров

5. Круглов Лев Саввич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, член Российского Общества Психиатров

6. Беленцова Валентина Сергеевна, заведующая геронтопсихиатрическим отделением Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П.Кашенко, член Российского Общества Психиатров

7. Бельцева Юлия Андреевна, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, член Российского Общества Психиатров

8. Гомзякова Наталья Александровна, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, член Российского Общества Психиатров

9. Пальчикова Екатерина Игоревна, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, член Российского Общества Психиатров

10. Занин Кирилл Валерьевич, младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, член Российского Общества Психиатров

11. Ткачева Ольга Николаевна, член-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, зав. Кафедрой болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Президент Российской Ассоциации геронтологов и гериатров;

12. Котовская Юлия Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, зам. директора по научной работе ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров;

13. Мхитарян Элен Араиковна, кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией нейрогериатрии ОСП РГНКЦ, доцент кафедры болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров;

14. Исаев Руслан Ибрагимович, младший научный сотрудник лаборатории нейрогериатрии РГНКЦ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров;

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач-психиатр;
2. Врач-психиатр участковый;
3. Врач судебно-психиатрический эксперт;
4. Врач-гериатр;
5. Врач-невролог;ы
6. Врач общей медицинской практики;
7. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

Метод, использованный для сбора и анализа доказательств: поиск в современных руководствах, международных клинических рекомендациях и электронных базах данных. Оценка этих материалов по степени систематизированности подбора литературы, представленности мета-анализа, современности обзореваемых источников, рандомизации включенных в исследования наблюдений, объемности этих исследований и уровня проведенной математико-статистической обработки. Использованы также результаты собственных опубликованных работ, обобщающих многолетний научно-клинический опыт рабочей группы по данному вопросу.

Таблица П1. Категории доказательности

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

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

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

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

П3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Представленные лекарственные рекомендации полностью соответствуют показаниям, способам применения и дозам, указанным в инструкциях к соответствующим препаратам. Эти материалы содержатся также в Регистре лекарственных средств России за 2019 г. (27-е издание).

Приложение Б. Алгоритм действий врача

При выявлении признаков Д у пожилого пациента:

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

В качестве первой линии подобных вмешательств следует рассматривать немедикаментозные воздействия;

Прежде всего, должен быть проведен анализ причин возникновения состояния, по возможности их влияние следует устранить, а в случае затяжного (хронического) характера этих факторов необходима их максимальная компенсация и систематическое мониторингирование;

Важнейшим немедикаментозным воздействием при Д является правильно организованный уход с обеспечением оптимальной аэрации, правильного питания, коррекции и предотвращения повторного возникновения признаков дегидратации, контроля за приемом пищи и лекарств внутрь, исключая аспирацию, создание условий для достаточного сна;

В средовую терапию следует вовлекать родственников больных и лиц, осуществлявших постоянный уход за ними. Они могут помогать в переориентации пациентов, их успокоении и создании условий, вызывающих чувство защищенности и поддержки. При этом и обстановка помещения, в котором находится пациент, должна способствовать коррекции

его неправильной ориентировки в окружающем (наличие часов и календаря, повторное напоминание текущих времени и даты, избегание сенсорной депривации (например, отсутствия в палате окон), или, наоборот, сенсорной перегрузки в виде излишнего шума вокруг; использование очков и слуховых аппаратов в случае наличия у больного соответствующих нарушений;

Психотропные лекарственные препараты могут применяться только при наличии поведенческих нарушений, которые сопровождаются опасностью для самого больного или окружающих и при этом очевидно, что немедикаментозные вмешательства неэффективны.

Приложение В. Информация для пациентов

Восприятие пациентом информации о его состоянии и соответствующих рекомендациях возможно только вне периода самого Д. По достижению регресса его проявлений необходимо обратить внимание больного на необходимость систематического врачебного наблюдения (при стойкой ремиссии – гериатра или врача общей практики, а при тенденции к рецидивированию – психоневрологического диспансера по месту жительства). Наряду с этим первостепенное значение имеют врачебные советы по исключению провоцирующих Д факторов, а также необходимости соблюдения рекомендаций по лечению заболеваний, создающих условия предрасположенности пожилого человека к развитию рассматриваемого состояния. Очевидно, что подобная информация может корректно восприниматься лишь теми пациентами, у которых Д развился не на фоне деменции. В случае присутствия симптомов последней, особенно в тяжелой и умеренной степени выраженности, подобная информация может быть конструктивно воспринята лишь родственниками больного и ухаживающими лицами.

Психообразовательная информация для родственников (ухаживающих лиц) должна включать:

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

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

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

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

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

Приложение Г1. ШКАЛА ОЦЕНКИ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ (ДЕЛИРИЯ)

Оригинальное название: Confusion Assessment Method, CAM

Источник: Inouye S., van Dyck C., Alessi C. et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method. Annals of Internal Medicine 1990; 113(12): с. 941 - 948.

Тип: шкала оценки

Назначение: Диагностика состояния спутанности сознания (делирия) у пациента

Шаблон и интерпретация результатов:

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

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

+4	АГРЕССИВЕН: пациент агрессивен, настроен воинственно, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)
+3	КРАЙНЕ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)
+2	ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам
+1	НЕСПОКОЕН: взволнован, но движения неагрессивные
0	СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН
-1	СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но всегда реагирует на голос (при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд)
-2	ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос (при вербальном контакте закрывает глаза менее, чем через 10 секунд)
-3	УМЕРЕННАЯ СЕДАЦИЯ: движения или открывание глаз на голос, но нет зрительного контакта
-4	ТЯЖЕЛАЯ СЕДАЦИЯ: отсутствует реакция на голос, сохранена реакция на физическую стимуляцию
-5	ОТСУТСТВИЕ ПРОБУЖДЕНИЯ: отсутствие реакции в ответ как на вербальные, так и на физические стимулы

Приложение Г2. ЧЕТЫРЕХФАКТОРНЫЙ ОЦЕНОЧНЫЙ ТЕСТ НА КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ДЕЛИРИЙ (4-A ТЕСТ, 4-АТ)

Оригинальное название: 4 'A's Test (4AT)

Источник: The 4AT test group. 4AT test materials and scoring: [Электронный ресурс] // URL: <http://www.the4at.com/the-4at>. Accessed February 2025/. (Дата обращения: 13.02.2025).

Тип: шкала оценки

Назначение: оценочный инструмент для быстрой начальной оценки (скрининга) на предмет делирия и когнитивных нарушений

Шаблон:

4 и более: вероятный делирий +/- когнитивные нарушения 1-3: возможные когнитивные нарушения 0: делирий или выраженные когнитивные нарушения мало вероятны (но делирий все же возможен, если по [4] информация не полная).	Балл по 4-АТ:
Инструкции: Версия 1.1. Информация и материал для скачивания: www.the4AT.com 4-АТ – оценочный инструмент, созданный для быстрой начальной оценки на предмет делирия и когнитивных нарушений. 4 балла или более указывают на вероятный делирий, но для установки диагноза необходимо провести более детальную оценку психического статуса и сбор анамнеза у близких. Результат 1-3 балла указывают на когнитивные нарушения, необходимо провести более детальное исследование когнитивных функций и сбор анамнеза у близких. Результат 0 баллов достоверно не исключает делирий или когнитивные нарушения, может потребоваться более детальное исследование в зависимости от клинической ситуации. Оценка по пп. 1-3 проводится исключительно на основании наблюдения за пациентом во время осмотра. Оценка по пункту 4 требует информации из одного или нескольких источников, таких как Ваши собственные знания о пациенте, другие сотрудники, знающие пациента (т.е. медицинские сестры), направление врача общей практики, история болезни, ухаживающие. При проведении теста и интерпретации его результатов исследователь должен принимать во внимание возможные трудности при общении с пациентом (снижение слуха, дисфазия, незнание языка). Ясность сознания: В общесоматическом стационаре измененный уровень сознания наиболее вероятно является проявлением делирия. Если во время клинического осмотра у пациента наблюдается значительно измененный уровень сознания – ставится 4 балла по этому пункту. Ориентировка (Краткий тест психических функций - 4(АМТ-4)). Этот балл может быть взят из теста АМТ-10, если он был проведен непосредственно перед этим. Острое начало или волнообразное течение. Волнообразное течение может наблюдаться у пациентов без делирия в некоторых случаях деменции, но выраженная флюктуация обычно указывает на делирий. Для облегчения выявления галлюцинаций/параноидальных мыслей можно спросить у пациента: «Вас как-нибудь беспокоит происходящее здесь?»; «Вас пугает кто-то или что-то здесь?», «Приходилось ли Вам слышать или видеть что-то необычное последнее время?»	

Комментарий:

Тест умственных способностей — 10 (АМТ-10) Ходкинсона [252, 253] оценивает три когнитивных домена. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл. Пограничной оценкой считается 6 баллов и менее. Вопросы 2–6 задаются для оценки способности ориентироваться во времени, месте и собственной личности, вопросы 1, 7–9 — для оценки памяти и общего уровня знаний, 10 (и отчасти 1) — для оценки внимания.

1. Возраст больного - 1 балл
2. Год и дата рождения - 1 балл
3. Время суток (приблизительно) - 1 балл
4. Текущая дата (число, месяц, год) - 1 балл
5. Место пребывания (больница, отделение) - 1 балл
6. Текущее время года - 1 балл
7. Имя жены (мужа, детей) - 1 балл
8. Имя президента - 1 балл
9. Повторить имя врача (сначала надо представиться) - 1 балл
10. Обратный счет от 10 до 1 (поправки принимаются, если они делаются самостоятельно) - 1 балл

Сумма 10 (1 балл за каждый пункт) - норма.

Приложение Г3. КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Оригинальное название: Mini-Mental State Examination (MMSE)

Источник: Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975;12 (3): с. 189 - 198

Тип: шкала оценки

Назначение: выявление (скрининг) и оценка тяжести когнитивного расстройства

Шаблон:

КОГНИТИВНАЯ СФЕРА	ОЦЕНКА (баллы)
1. Ориентировка во времени: Назовите (год), (время года), (месяц), (число), (день недели)	0 - 5
2. Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3. Восприятие: Повторите три слова: яблоко, стол, монета	0 - 3
4. Концентрация внимания: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз Либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5. Память: Припомните 3 слова (см п. 3)	0 - 3
6. Речевые функции:	
Называние предметов (ручка и часы)	0 - 2
Повторите предложение: "Одно нынче лучше двух завтра"	0 - 1
3-этапная команда: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3 (по 1 баллу за каждое верное действие)
Прочтите и выполните: "Закройте глаза"	0 - 1
Напишите предложение	0 - 1
Срисуйте рисунок	0 - 1
Общий балл	0 - 30

Инструкция к Краткой шкале оценки психического статуса

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

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

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

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

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

6. Речевые функции.

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

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

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

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

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

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

Общий балл по шкале составляет максимум 30 баллов.

25 - 30 баллов - недементные когнитивные расстройства или норма

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

Пояснения:

Данная шкала широко используется в качестве скринингового метода диагностики выраженных когнитивных нарушений, однако она имеет свои недостатки. Недопустима высокая частота применения шкалы у одного и того же больного в связи с возможной обучаемостью вопросам. Шкала является мало чувствительной для диагностики когнитивного дефицита у лиц с низким и очень высоким уровнем образования. Также шкала обладает недостаточной чувствительностью при диагностике додементных когнитивных нарушений. Стоит учитывать, что шкала позволяет оценить тяжесть когнитивных расстройств только ориентировочно, в частности это касается диагностики деменции, при верификации которой ключевым моментом является подтверждение нарушений функционального статуса и повседневной активности.

Приложение Г4. МИНИ-КОГ

Название на русском языке: Мини-Ког

Оригинальное название: Mini-Cog

Источник: Borson S., Scanlan J.M., Chen P.J. et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1451–1454.

Тип: шкала оценки

Назначение: скрининг когнитивных нарушений в первичном поликлиническом звене и в центрах профилактики.

Шаблон:

1. Проинструктируйте пациента: «Повторите три слова: лимон, ключ, шар». Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все три слова, нужно попросить его: «А теперь запомните эти слова. Повторите их еще один раз». Добиваемся того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все три слова. При необходимости предъявляем слова повторно до 5 раз.
2. Проинструктируйте пациента: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 13:45». Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры, изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Больной также не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. Вместо 13:45 можно попросить поставить стрелки на любое другое время.
3. Проинструктируйте пациента: «Теперь давайте вспомним три слова, которые мы учили в начале». Если больной самостоятельно не может вспомнить слова, можно предложить подсказку. Например: «Вы запоминали еще какой-то фрукт... инструмент... геометрическую фигуру».

Оценка:

Запоминание слов. Пациент получает по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки (всего 0 - 3 балла).

Рисование часов: результат теста может составлять от 0 до 2 баллов: 1 балл - все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате, 1 балл - стрелки указывают правильное время; длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается. Неспособность или отказ нарисовать часы - 0 баллов).

Ключ (интерпретация):

Общий результат представляет собой сумму результатов двух заданий "Запоминания слов" и "Рисования часов" и составляет от 0 до 5 баллов.

Если набрано менее 3 баллов, это основание предположить деменцию. Результат менее 4 баллов свидетельствует о необходимости более глубокого обследования когнитивных функций.

Пояснения: выполнение данной методики позволяет бегло оценить наличие несомненных когнитивных нарушений. Может быть недостаточно чувствительна к недементным когнитивным расстройствам.

Приложение Г5. ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ

Название на русском языке: Тест Рисования часов

Оригинальное название: The Clock Drawing Test (CDT)

Источник: Nishiwaki Y., Breeze E., Smeeth L. et al. Validity of the Clock-Drawing Test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. Am J Epidemiol. 2004; 160(8): с. 797 - 807.

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка зрительно-пространственных и управляющих функций

Содержание:

Тест проводится следующим образом. Больному дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Врач говорит: "Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате, чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два". Больной самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции.

Интерпретация результатов:

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

5 баллов за рисование циферблата:

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

5 баллов за расположение стрелок:

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

Результат менее 10 баллов свидетельствует о когнитивных нарушениях.

**Приложение Г6. МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ
КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ (МоСА-тест)**

Название на русском языке: Монреальская шкала оценки когнитивных функций

Оригинальное название: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-test)

Источник: www.mocatest.org

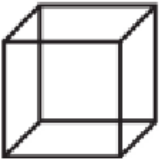
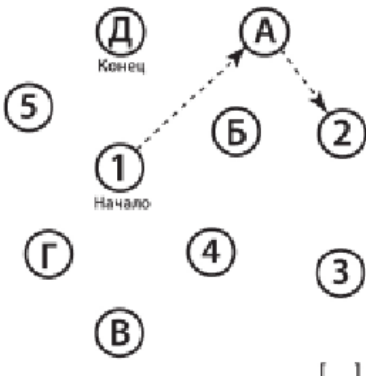
Тип: шкала оценки

Назначение: выявление (скрининг) и оценка тяжести когнитивного расстройства

Шаблон (Версия №7.1.):

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ: _____
Образование: _____
Пол: _____
Дата рождения: _____
ДАТА: _____

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки		 Скопируйте куб []		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла) []		Баллы ____/5									
 []		[]		[]		[]									
НАЗЫВАНИЕ		   [] [] []						____/3							
ПАМЯТЬ		Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут. []		ЛИЦО Попытка 1 [] Попытка 2 []		БАРХАТ Попытка 1 [] Попытка 2 []		ЦЕРКОВЬ Попытка 1 [] Попытка 2 []		ФИАЛКА Попытка 1 [] Попытка 2 []		КРАСНЫЙ Попытка 1 [] Попытка 2 []		Нет баллов	
ВНИМАНИЕ		Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [] 2 1 8 5 4		Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [] 7 4 2		____/2		____/1		____/3		____/6			
РЕЧЬ		Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. []		Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. []		____/2		____/1		____/2		____/5			
АБСТРАКЦИЯ		Что общего между словами, например, банан-яблоко – фрукты [] поезд – велосипед [] часы – линейка		____/2		____/1		____/2		____/5		____/6			
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ		Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ []		ЛИЦО [] БАРХАТ [] ЦЕРКОВЬ [] ФИАЛКА [] КРАСНЫЙ []		Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		____/5		____/6		____/30			
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ		Подсказка категории Множественный выбор		[]		[]		[]		[]		[]			
ОРИЕНТАЦИЯ		[] Дата [] Месяц [] Год [] День недели [] Место [] Город		____/6		____/30		____/30		____/30		____/30			

© Z.Nasreddine MD Version 7.1

www.mocatest.org

Норма 26 / 30

перевод: Пасокина О. В.
Смирнова А. Ю.

Проведено: _____

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ

Добавить 1 балл, если образование ≤ 12

Интерпретация результатов:

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-тест) была разработана как средство быстрой оценки при УКР. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, управляющие функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения МоСА-теста составляет примерно 10 минут. Максимально возможное количество баллов - 30; 26 баллов и более считается нормальным. 25 и менее свидетельствуют о наличии когнитивных нарушений.

1. Создание альтернирующего пути:

Исследователь инструктирует испытуемого: *«Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь [указать на (1)] и нарисуйте линию от 1, затем к А, затем к 2 и так далее. Закончите здесь [точка (Д)]».*

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

2. Зрительно-конструктивные навыки (Куб):

Применение: Исследователь дает следующие инструкции, указывая на **куб**: *«Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком».*

Оценка: Один балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- Рисунок должен быть трехмерным;
- Все линии нарисованы;
- Нет лишних линий;
- Линии относительно параллельны, и их длина одинакова (прямоугольная призма допускается).

Балл не дается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

3. Зрительно-конструктивные навыки (Часы):

Применение: Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: *«Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время 10 минут 12-го».*

Оценка: Один балл присваивается для каждого из трех следующих пунктов:

- Контур (1 балл): Циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т.е. легкое несовершенство при замыкании круга);

- Цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;

- Стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с их соединением близко к центру.

Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

4. Называние:

Применение: Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: *«Назовите это животное»*.

Оценка: один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) верблюд или одногорбый верблюд, (2) лев, (3) носорог.

5. Память:

Применение: Исследователь читает список из 5 слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: *«Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые Вы запомнили. Не важно, в каком порядке вы их назовете»*. Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова), или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: *«Я прочту те же самые слова во второй раз. Попытайтесь запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз»*. Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке. конце второй попытки проинформируйте испытуемого, что его(ее) попросят повторить данные слова: *«Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста»*.

Оценка: баллов не дается ни для первой, ни для второй попыток.

6. Внимание:

Прямой цифровой ряд:

Применение: Дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал»*. Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.

Обратный цифровой ряд:

Применение: Дайте следующие инструкции: *«Я назову несколько чисел, но когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке»*. Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.

Оценка: Присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (N.B.: точный ответ для обратного счета 2-4-7).

Бдительность:

Применение: Исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду, после следующих инструкций: *«Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно»*.

Оценка: Один балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

Серийное вычитание по 7:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Теперь я попрошу вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп»*. При необходимости, повторите инструкцию.

Оценка: Данный пункт оценивается в 3 балла. Присваивается 0 баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл за один правильный ответ, 2 балла за два-три правильных ответа и 3 балла, если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «92-85-78-71-64», где «92» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.

7. Повторение фразы:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Я прочту вам предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Я знаю то, что Иван единственный, кто может сегодня помочь»*. Вслед за ответом скажите: *«Теперь я прочту Вам другое*

*предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): **Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате***».

Оценка: Присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропусков слов (например, пропуск «лишь», «всегда») и замены/добавления (например, «Иван один, кто помог сегодня»; замещение «прячется» вместо «пряталась», употребление множественного числа и т.д.).

8. Беглость речи:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через одну минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву С. (Время 60 сек). Стоп»*.

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

9. Абстракция:

Применение: Исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: *«Скажите, что общего имеется между апельсином и яблоком»*. Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: *«Назовите, чем еще они похожи»*. Если испытуемый не дает правильный ответ (фрукт), скажите, *«Да, а еще они оба – фрукты»*. Не давайте никаких других инструкций или пояснений.

После пробной попытки, скажите: *«А теперь скажите, что общего между поездом и велосипедом»*. После ответа, дайте второе задание, спросив: *«Теперь скажите, что общего между линейкой и часами»*. Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: Учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ.

Правильными считаются следующие ответы:

- Поезд-велосипед = средства передвижения, средства для путешествия, на обоих можно ездить;
- Линейка-часы = измерительные инструменты, используются для измерения.

Следующие ответы **не** считаются правильными:

- Поезд-велосипед = у них есть колеса;
- Линейка-часы = на них есть числа.

10. Отсроченное воспроизведение:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Я Вам ранее читал ряд слов и просил Вас их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить»*. Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: Присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.

По желанию: После отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку, в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора. Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: *«Какое из слов, по вашему мнению, было названо НОС, ЛИЦО или РУКА?»* Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова:

ЛИЦО категориальная подсказка: часть тела; множественный выбор: нос, лицо, рука

БАРХАТ категориальная подсказка: тип ткани; множественный выбор: джинс, хлопок, бархат

ЦЕРКОВЬ категориальная подсказка: тип здания; множественный выбор: церковь, школа, больница

ФИАЛКА категориальная подсказка: тип цветка; множественный выбор: роза, тюльпан, фиалка

КРАСНЫЙ категориальная подсказка: цвет; множественный выбор: красный, синий, зеленый

Оценка: За воспроизведение слов с подсказкой баллы не даются. Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения, выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования, выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация:

Применение: Исследователь дает следующие инструкции: *«Назовите мне сегодняшнюю дату»*. Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: *«Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)»*. Затем скажите: *«А теперь, назовите мне данное место, и город, в котором оно находится»*.

Оценка: присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате.

Общий балл: Суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов.

Альтернативные варианты МоСА-теста (используются при обследовании пациента в динамике)

Версия №7.2.

образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

2. Зрительно-конструктивные навыки (параллелепипед):

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции, указывая на параллелепипед: *«Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком».*

Оценка: Один балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- рисунок должен быть трехмерным;
- все линии нарисованы;
- нет лишних линий;
- горизонтальные линии относительно параллельны;
- фигура должна быть прямоугольной (это значит, что более короткие вертикальные линии не должны составлять по длине более чем $\frac{3}{4}$ длины горизонтальных линий).

Балл не засчитывается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

3. Зрительно-конструктивные навыки (часы):

Проведение: Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: *«Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время 5 минут 5-го».*

Оценка: Один балл присваивается по каждому из трех пунктов:

- контур (1 балл): циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т.е. легкое несовершенство при замыкании круга);
- цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;
- стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с соединением близко к центру.

Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

4. Называние:

Проведение: Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: *«Назовите это животное».*

Оценка: один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) жираф, (2) медведь (также допускаются конкретные виды медведей), (3) бегемот или гиппопотам.

5. Память:

Проведение: Исследователь читает список из 5 слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: *«Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые Вы запомнили. Не важно, в каком порядке вы их назовете».* Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова), или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: *«Я прочту те же самые слова во второй раз. Попробуйте запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз».* Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке.

В конце второй попытки проинформируйте испытуемого, что его(ее) попросят повторить данные слова: *«Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста».*

Оценка: баллов не дается ни для первой, ни для второй попыток.

6. Внимание:

Прямой цифровой ряд:

Проведение: Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал». Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.

Обратный цифровой ряд:

Проведение: Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, а когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке». Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.

Оценка: Присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (N.B.: точный ответ для обратного счета 2-5-8).

Бдительность:

Проведение: Исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду, дав следующие инструкции: «Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно».

Оценка: Один балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

Серийное вычитание по 7:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Теперь я попрошу вас из 90 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп». При необходимости повторите инструкцию.

Оценка: Данный пункт оценивается в 3 балла. 0 присваивается баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл - за один правильный ответ, 2 балла - за два-три правильных ответа, 3 балла - если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная с 90. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «82-75-68-61-54», где «82» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.

7. Повторение предложения:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Я прочту вам предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Птица может удариться в закрытое окно, когда на улице темно и ветрено». Вслед за ответом скажите: «Теперь я прочту Вам другое предложение. Повторите его, в точности как я скажу (пауза): Заботливая бабушка прислала гостинцы больше недели назад».

Оценка: Присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропусков слов и замены/добавления (например, «Птицы могут удариться в закрытое окно...»; замещение «ветрено» на «дует ветер», употребление множественного числа и т.д.).

8. Беглость речи:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через одну минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву С. (Время 60 сек). Стоп».

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

9. Абстракция:

Проведение: Исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: «Скажите, что общего имеется между морковью и картофелем». Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: «Назовите, чем еще они похожи». Если испытуемый не дает правильный ответ (овощ), скажите, «Да, а еще они оба – овощи». Не давайте никаких других инструкций или пояснений.

После пробной попытки, скажите: «А теперь скажите, что общего между бриллиантом и рубином». После ответа, дайте второе задание, спросив: «Теперь скажите, что общего между пушкой и ружьём». Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: Учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ. Правильными считаются следующие ответы:

- бриллиант – рубин = драгоценные камни, драгоценности;
- пушка – ружьё = оружие, используется для убийства людей/нанесения повреждений, используются на войне.

Следующие ответы **не** считаются правильными:

- бриллиант – рубин = из земли;
- пушка – ружьё = стреляют, боеприпасы.

10. Отсроченное воспроизведение:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Ранее я читал вам ряд слов и просил вас их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить». Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: Присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.

По желанию:

После отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку, в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора. Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: «Какое из слов, по вашему мнению, было названо МАШИНА, ГРУЗОВИК или САМОЛЁТ?»

Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова:

МАШИНА

категориальная подсказка: способ передвижения

множественный выбор: машина, грузовик, самолёт

БАНАН

категориальная подсказка: фрукт

множественный выбор: груша, яблоко, банан

ГИТАРА

категориальная подсказка: музыкальный инструмент

множественный выбор: скрипка, арфа, гитара

СТОЛ

категориальная подсказка: мебель

множественный выбор: стул, стол, кровать

ЗЕЛЁНЫЙ

категориальная подсказка: цвет

множественный выбор: зелёный, жёлтый, чёрный

Оценка: За воспроизведение слов с подсказкой баллы не даются. Подсказки используются

лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования информации выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация:

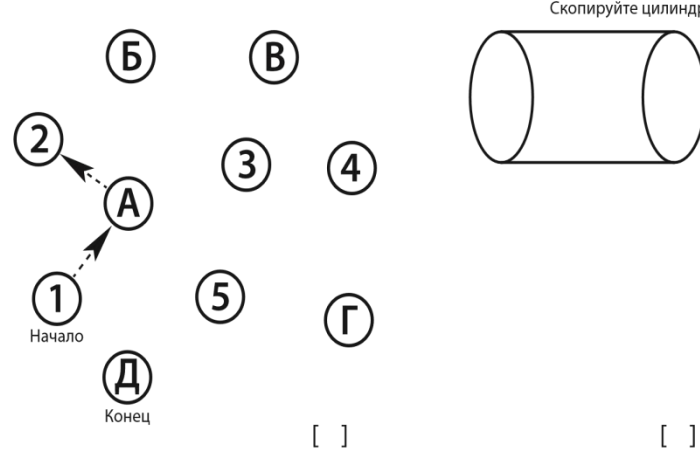
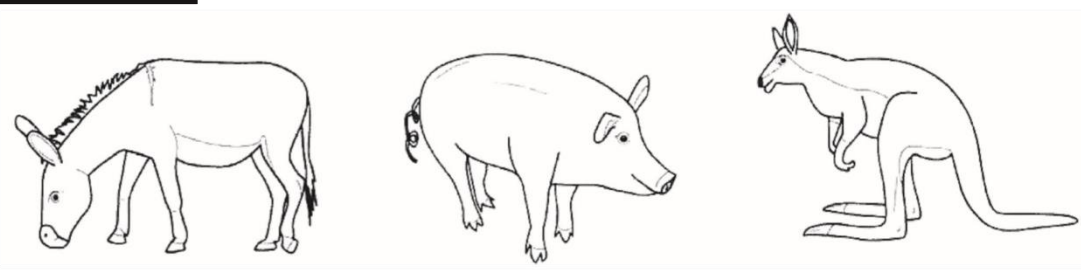
Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне сегодняшнюю дату». Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: *«Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)»*. Затем скажите: *«А теперь, назовите мне данное место, и город, в котором оно находится»*.

Оценка: присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате.

Общий балл: Суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов.

Окончательный общий балл 26 и более считается нормальным.

Версия №7.3.

ЗРИТЕЛЬНО-КОНСТРУКТИВНЫЕ / ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ НАВЫКИ						Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут десятого) (3 балла)	БАЛЛЫ																		
Скопируйте цилиндр  [] []						[] [] [] Контур Цифры Стрелки		___/5																	
НАЗЫВАНИЕ																									
							___/3																		
ПАМЯТЬ	Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>ПОЕЗД</td> <td>ЯЙЦО</td> <td>ШЛЯПА</td> <td>СТУЛ</td> <td>СИНИЙ</td> </tr> <tr> <td>Попытка 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Попытка 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ПОЕЗД	ЯЙЦО	ШЛЯПА	СТУЛ	СИНИЙ	Попытка 1						Попытка 2						Нет баллов
	ПОЕЗД	ЯЙЦО	ШЛЯПА	СТУЛ	СИНИЙ																				
Попытка 1																									
Попытка 2																									
ВНИМАНИЕ	Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [] 5 4 1 8 7 Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [] 1 7 4					___/2																			
Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при ≥ 2 ошибок. [] ФБАВМНААЖКЛБАКДЕАААЖАМОФААБ							___/1																		
Серийное вычитание по 7 из 80. [] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45 4–5 правильных отв.: 3 балла, 2–3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.							___/3																		
РЕЧЬ	Повторите: Ей сказали, что его юрист подал заявление в суд после аварии. [] У маленьких девочек, которым дали слишком много конфет, заболели животы. []					___/2																			
Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Б [] ____ (N ≥ 11 слов)							___/1																		
АБСТРАКЦИЯ	Что общего между словами, например, банан – апельсин = фрукты [] глаз – ухо [] труба – пианино					___/2																			
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ	Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ПОЕЗД []	ЯЙЦО []	ШЛЯПА []	СТУЛ []	СИНИЙ []	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	___/5																	
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ	Подсказка категории																								
	Множественный выбор																								
ОРИЕНТАЦИЯ	[] Дата [] Месяц [] Год [] День недели [] Место [] Город						___/6																		
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Норма ≥ 26 / 30																									
Проведено: _____						КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ___/30 (Добавить 1 балл, если образование ≤ 12)																			

1. Создание альтернирующего маршрута:

Проведение: Исследователь инструктирует испытуемого: «Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь [указать на (1)] и

нарисуйте линию от 1, затем к А, затем к 2 и так далее. Закончите здесь [точка (Д)]».

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересечения линий. Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

2. Зрительно-конструктивные навыки (цилиндр):

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции, указывая на цилиндр: *«Скопируйте этот рисунок так точно, как можете, на свободном месте под рисунком».*

Оценка: Один балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- рисунок должен быть трехмерным;
- все линии нарисованы;
- нет лишних линий;
- горизонтальные линии относительно параллельны;
- боковые фигуры должны быть скорее похожи на овалы, чем на круги;
- горизонтальные линии должны касаться верха и низа овалов.

Балл не засчитывается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

3. Зрительно-конструктивные навыки (часы):

Проведение: Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: *«Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время 10 минут 10-го».*

Оценка: Один балл присваивается по каждому из трех пунктов:

- контур (1 балл): циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т.е. легкое несовершенство при замыкании круга);
 - цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, без дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и быть размещены в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;
 - стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная стрелка; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с соединением близко к центру.
- Балл не присваивается для данного пункта, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

4. Называние:

Проведение: Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: *«Назовите это животное».*

Оценка: один балл присваивается для каждого из следующих ответов: (1) осёл (мул), (2) свинья (кабан), (3) кенгуру.

5. Память:

Проведение: Исследователь читает список из 5 слов с частотой одно слово в секунду, следует дать следующие инструкции: *«Это тест на память. Я буду вам читать список слов, которые вы должны будете запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые Вы запомнили. Не важно, в каком порядке вы их назовете».* Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова), или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: *«Я прочту те же самые слова во второй раз. Попробуйте запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз».* Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит при второй попытке.

В конце второй попытки проинформируйте испытуемого, что его(ее) попросят повторить данные слова: *«Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста».*

Оценка: баллов не дается ни для первой, ни для второй попыток.

6. Внимание:

Прямой цифровой ряд:

Проведение: Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, и когда я закончу, повторите их в точности, как я их назвал». Прочтите пять чисел последовательно с частотой одно число в секунду.

Обратный цифровой ряд:

Проведение: Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, а когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке». Прочтите последовательность из трех чисел с частотой одно число в секунду.

Оценка: Присвоить один балл за каждую точно повторенную последовательность (N.B.: точный ответ для обратного счета 4-7-1).

Бдительность:

Проведение: Исследователь читает список букв с частотой одна буква в секунду, дав следующие инструкции: «Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните рукой один раз. Если я называю другую букву, рукой хлопать не нужно».

Оценка: Один балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь одна ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает рукой при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

Серийное вычитание по 7:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Теперь я попрошу вас из 80 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу стоп». При необходимости повторите инструкцию.

Оценка: Данный пункт оценивается в 3 балла. 0 присваивается баллов при отсутствии правильного счета, 1 балл - за один правильный ответ, 2 балла - за два-три правильных ответа, 3 балла - если испытуемый дает четыре или пять правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная с 80. Каждое вычитание оценивается независимо; так, если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать по 7 из него, дайте балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «72-65-58-51-44», где «72» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это одна ошибка, и в данном пункте присваивается 3 балла.

7. Повторение предложения:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Я прочту вам предложение. Повторите его в точности как я скажу (пауза): Ей сказали, что его юрист подал заявление в суд после аварии». Вслед за ответом скажите: «Теперь я прочту Вам другое предложение. Повторите его в точности как я скажу (пауза): У маленьких девочек, которым дали слишком много конфет, заболели животы».

Оценка: Присвойте 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте в поиске ошибок вследствие пропусков слов, замены/добавления, употребления множественного числа и т.д.

8. Беглость речи:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через одну минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву Б. (Время 60 сек). Стоп».

Оценка: Присваивается один балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 сек. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

9. Абстракция:

Проведение: Исследователь просит испытуемого объяснить, что общего имеется у каждой пары слов, начиная с примера: «Скажите, что общего имеется между бананом и апельсином». Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще лишь один раз: «Назовите, чем еще они похожи». Если испытуемый не дает правильный ответ (фрукт), скажите, «Да, а еще они оба – фрукты». Не давайте никаких других инструкций или пояснений.

После пробной попытки, скажите: «А теперь скажите, что общего между глазом и ухом». После ответа, дайте второе задание, спросив: «Теперь скажите, что общего между трубой и пианино». Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: Учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ. Правильными считаются следующие ответы:

- глаз - ухо = органы чувств, части головы, части тела;
- труба - пианино = музыкальные инструменты, на них можно играть.

Следующие ответы не считаются правильными:

- глаз - ухо = части лица.

10. Отсроченное воспроизведение:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Ранее я читал вам ряд слов и просил вас их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить». Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: Присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.

По желанию:

После отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку, в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора. Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему/ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: «Какое из слов, по вашему мнению, было названо ВЕЛОСИПЕД, ПОЕЗД или ЛОДКА?»

Используйте следующие категориальные подсказки и/или подсказки множественного выбора для каждого слова:

ПОЕЗД

категориальная подсказка: способ передвижения

множественный выбор: велосипед, поезд, лодка

ЯЙЦО

категориальная подсказка: еда

множественный выбор: бутерброд, морковь, яйцо

ШЛЯПА

категориальная подсказка: предмет одежды

множественный выбор: шляпа, перчатки, шарф

СТУЛ

категориальная подсказка: мебель

множественный выбор: стол, стул, лампа

СИНИЙ

категориальная подсказка: цвет

множественный выбор: синий, коричневый, оранжевый

Оценка: За воспроизведение слов с подсказкой баллы не даются. Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста

дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования информации выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация:

Проведение: Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне сегодняшнюю дату». Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку:

«Назовите (год, месяц, точную дату и день недели)». Затем скажите: «А теперь, назовите мне данное место, и город, в котором оно находится».

Оценка: присваивается один балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точную дату и точное место (название больницы, клиники, поликлиники).

Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или дате.

Общий балл: Суммируются все баллы в правой колонке. Добавить один балл, если у пациента 12 лет образования или менее, до возможного максимума 30 баллов.

Окончательный общий балл 26 и более считается нормальным.