

Американская Психиатрическая Ассоциация (АРА)

Рекомендации по лечению делирия

Представляем Вашему вниманию обзорный перевод клинических рекомендаций по лечению делирия любой этиологии Американской психиатрической ассоциации, подготовленный совместными усилиями научного интернет-портала «Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии и наркологии Доктор САН.

Перевод: Филиппов Д.С. (fluentstyle@gmail.com)

Редакция перевода: Касьянов Е.Д. (ohkasyan@yandex.ru)

Материал подготовлен при поддержке Клиники психиатрии и наркологии
Доктор САН: <http://doctorsan.ru/>



ЛЕЧЕНИЕ ДЕЛИРИЯ



А. Диагностика

1. Диагностика делирия

- Провести тщательную оценку симптомов пациента, используя все критерии DSM-IV для делирия и сопутствующих явлений (например, нарушения сна, психомоторной активности и эмоций).
- Определить возможности дифференциальной диагностики; для пациентов с проявлениями делирия важно выяснить, есть ли у пациента деменция, делирий или и то, и другое.
- Собрать информацию из истории болезни, от медперсонала, родственников и из других источников.

2. Оценка клинической картины

Провести оценку клинической картины:

- возможность нанесения вреда пациентом самому себе или другим людям
- доступность средств для нанесения вреда самому себе или другим людям, летальность этих средств
- наличие галлюцинаций и бреда

Оценить коморбидные состояния и историю заболеваний

- Необходима всесторонняя оценка текущего и прошлого состояния здоровья, включая методы лечения, с акцентом на те состояния и лекарства, которые могут иметь отношение к делирию.
- Оценка психиатром часто координируется и проводится вместе с терапевтом, неврологом, другими врачами первичного звена и врачами-специалистами.

2. Оценка клинической картины (продолжение)

→ **Выяснить характер употребления алкоголя и других психоактивных веществ**

→ **Выяснить наличие других психиатрических состояний и симптомов**

→ **Выяснить историю психических заболеваний пациента:**

- эпизоды делирия
- опасность для себя и других
- ответ на лечение
- история употребления алкоголя и других психоактивных веществ

→ **Выяснить психосоциальное положение пациента:**

- семейные и межличностные отношения
- психосоциальная, трудовая, бытовая, культурная среда
- возможность получить помощь от родственников и близких в принятии решений, если пациент не способен принимать решения самостоятельно

Знание о психологических и социальных особенностях пациента и семьи помогает реагировать на беспокойства пациентов и их родственников.

В. Психиатрическое лечение

При определении плана лечения и в ходе лечения нужно следовать следующим принципам:

1. Координация с другими врачами

Лечение делирия часто требует совместной работы психиатров и врачей других специальностей.

2. Определение этиологических факторов и их коррекция

Сбор информации из истории болезни, от родственников и близких пациента.

Проведение соответствующих лабораторных и радиологических исследований для определения причин делирия. При выборе тестов следует руководствоваться результатами клинического наблюдения. Тесты, которые могут использоваться, указаны в Таблице 1.

3. Безотлагательное начало лечения

- Состояние здоровья пациентов с делирием может требовать незамедлительного вмешательства до того, как будет установлена этиология делирия.
- Часто требуется наблюдение за общим состоянием пациента, включая мониторинг жизненных показателей, баланса жидкости, насыщения крови кислородом.

ТАБЛИЦА 1. Оценка состояния пациента с делирием

Физический статус

- Анамнез
- Общий и неврологический осмотр
- Жизненные показатели и сведения об анестезии, если пациент после операции
- Обзор истории болезни
- Данные о принимавшихся лекарствах и об их влиянии на поведение

Психический статус

- Беседа
- Когнитивные тесты (e.g. рисование циферблата, арифметический тест, тест с построением маршрута)

Основные лабораторные исследования

- Биохимические анализы крови: электролиты, глюкоза, кальций, альбумин, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин, щелочная фосфатаза, магний, фосфор
- Общий анализ крови
- Электрокардиограмма
- Рентгенография грудной клетки
- Газы крови и насыщение кислородом
- Анализ мочи

Дополнительные лабораторные исследования

- Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам
- Анализ мочи для выявления наркотиков
- Анализы крови (e.g. VDRL-тест, тяжелые металлы, В12 и фолиевая кислота, антинуклеарные антитела, порфирины, аммиак, ВИЧ, СОЭ)
- Посев крови
- Концентрация препаратов в крови (e.g. дигоксин, теофиллин, фенобарбитал, циклоспорин)
- Люмбальная пункция
- Компьютерная томография или магниторезонансная томография мозга
- Электроэнцефалограмма

Trzepacz PT, Wise MG "Neuropsychiatric Aspects of Delirium," in The American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry, Third Edition. Edited by Yudofsky SC, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pp. 447-470.

4. Лечение, направленное на причины болезни

→ Следует незамедлительно заняться обратимыми причинами болезни, которые можно выявить (см. Табл. 2)

5. Обеспечение безопасности

-
- Нужно следить за тем, чтобы пациенты не навредили себе или другим. Опасное поведение часто непреднамеренно или является реакцией на бред или галлюцинации.
 - Следует принять соответствующие меры для предотвращения опасного поведения. Если есть возможность, нужно использовать наименее жесткие, но эффективные средства.

6. Мониторинг психического статуса

-
- Требуется регулярный мониторинг симптомов и поведения, т. к. они могут очень быстро изменяться.
 - Стратегию лечения нужно корректировать в зависимости от состояния пациента.

7. Сотрудничество с пациентом и семьей

-
- Необходимо установить благоприятствующие лечению отношения с пациентом.
 - Необходимо сотрудничество с родственниками пациента, другими врачами и ухаживающими лицами.

8. Обучение пациента

-
- В зависимости от состояния пациента ему следует объяснить этиологию и течение делирия.
 - Также чрезвычайно полезно рассказать о делирии членам семьи пациента, другим врачам и медперсоналу.

ТАБЛИЦА 2. Примеры обратимых причин делирия и способы лечения

Состояние	Лечение
Гипогликемия или делирий неизвестной этиологии с подозрением на гипогликемию	<ul style="list-style-type: none"> • Анализы крови (обычно капиллярной) для диагностики • Тиамин гидрохлорид 100 мг IV (до глюкозы) • Раствор глюкозы 50 % 50 мл IV
Гипоксия или аноксия (e.g. из-за пневмонии, обструктивной или рестриктивной болезни легких, болезни сердца, гипотензии, тяжелой анемии, отравления угарным газом)	<ul style="list-style-type: none"> • Кислород немедленно
Гипертермия (e.g. температура выше 40,5 градусов)	<ul style="list-style-type: none"> • Быстрое охлаждение
Тяжелая гипертония (e.g. 260/150 мм Hg с отеком диска зрительного нерва)	<ul style="list-style-type: none"> • Безотлагательное антигипертензивное лечение
Синдром отмены алкоголя или успокоительных	<ul style="list-style-type: none"> • Соответствующее фармакологическое лечение • Тиамин, глюкоза внутривенно, магний, фосфаты, витамины B, фолиевая кислота
Энцефалопатия Вернике	<ul style="list-style-type: none"> • Тиамин гидрохлорид 100 мг IV, затем тиамин ежедневно внутривенно или перорально
Антихолинергический делирий	<ul style="list-style-type: none"> • Отмена препарата, вызвавшего антихолинергический синдром • Физостигмин в тяжелых случаях, если нет противопоказаний

9. Ведение пациента после делирия

- После выздоровления повторно объяснить пациенту и членам семьи этиологию делирия с целью профилактики рецидивов.
- Разъяснить пациенту причины и факторы риска делирия.
- Обеспечить поддерживающие мероприятия для пациентов, испытывающих неприятные симптомы после делирия.

С. Факторы среды и поддерживающие мероприятия

1. Изменение факторов среды

Для ослабления факторов, обостряющих делирий, нужно внести изменения в бытовые условия.

К таким изменениям относится

- изменение освещения в зависимости от времени суток
- избавление от монотонности, избыточной и недостаточной стимуляции
- коррекция недостатков зрения и слуха (е.g. снабжение пациента очками или слуховым аппаратом)
- создание более дружелюбной обстановки с помощью знакомых предметов (е.g. семейных фотографий)

2. Поддержка пациентов

Восстановление ориентации пациента во времени, пространстве и обстоятельствах.

Любой, кто вступает в контакт с пациентом, должен помогать ему восстановить ориентацию.

Пациентов нужно убедить в том, что испытываемые ими затруднения типичны и обычно носят временный и обратимый характер.

3. Поддержка и обучение членов семьи

→ Рассказать родственникам и друзьям пациента о делирии и заверить, что проблемы пациента обычно временны и обратимы.

→ Призвать родственников и друзей пациента успокоить его и помочь ему восстановить ориентацию; сделать обстановку более узнаваемой, увеличив время общения пациента с персоналом и демонстрируя ему знакомые предметы.

D. Специфические мероприятия

1. Антипсихотики

→ Галоперидол

Мощные антипсихотики, такие как галоперидол, являются препаратами выбора для делирия.

- Галоперидол может применяться перорально, внутримышечно или внутривенно.
- Начальная доза: 1-2 мг каждый 2-4 часа с меньшими дозами для пожилых пациентов (e.g. 0,25-0,5 мг каждые 4 часа).
- Тяжелобольным с рефракторными симптомами, требующим множество болюсных доз, можно проводить постоянное внутривенное введение галоперидола. Контролируя ЭКГ, внутривенное введение галоперидола можно начинать с болюсной дозы до 10 мг, а затем вводить до 5-10 мг в час.
- Во время лечения делирия галоперидолом нужно следить за ЭКГ. Если интервалы QT превышают 450 мс или на 25 % больше исходного уровня, нужно получить консультацию кардиолога или прекратить лечение антипсихотиками.

Дроперидол

- Дроперидол подходит при острой ажитации, из-за того, что он быстрее действует, обладает более сильными седативными свойствами и более коротким периодом полувыведения.
- Дроперидол можно применять отдельно или назначая после него галоперидол.
- Как и при использовании галоперидола, нужно следить за ЭКГ. Дроперидол может приводить к удлинению интервалов QT, пируэтной тахикардии и внезапной смерти.

Новые антипсихотики

- Для лечения делирия все чаще используются рисперидон, оланзапин, кветиапин, отчасти из-за того, что у них более слабые побочные эффекты.
- Рандомизированные контролируемые двойные слепые исследования действия этих препаратов при делирии пока не проводились.

2. Другие мероприятия при делирии определенной этиологии

Бензодиазепины

- Монотерапия бензодиазепинами применяется при делирии, вызванном судорогами или синдромом отмены алкоголя/седативов-гипнотиков.
- Предпочтительны бензодиазепины с относительно коротким периодом действия и без активных метаболитов, такие как лоразепам.
- Если пациент переносит только низкие дозы антипсихотиков или присутствует сильная тревога или ажитация, можно использовать комбинацию антипсихотика с бензодиазепином.
- Комбинированное лечение нужно начинать с 3 мг галоперидола IV, после чего сразу же ввести 0,5-1 мг лоразепама IV.

2. Другие мероприятия при делирии определенной этиологии (продолжение)

Холинергики

При делирии, вызванном антихолинергическими веществами, помогают такие холинергики как физостигмин и донепизил.

Парализация и искусственная вентиляция

Парализация и искусственная вентиляция могут потребоваться пациентам с делирием, вызванном тяжелыми гиперкатаболическими состояниями, такими как гипердинамическая сердечная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром, тиреотоксический криз.

Опиоиды

Если состояние пациента отягчается болью, следует рассмотреть возможность паллиативного лечения опиатами.

Витамины

Пациентам с риском дефицита витаминов группы В - алкоголикам или неудовлетворительно питающимся - следует дать мультивитамины.

Электросудорожная терапия (ЭСТ)

В некоторых случаях, когда делирий вызван злокачественным нейролептическим синдромом, можно использовать ЭСТ. Потенциальная польза ЭСТ должна быть сопоставлена с рисками этой процедуры у пациентов, чье медицинское состояние часто нестабильно.