Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00473&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00473. Делірій у осіб похилого віку

Автор: Jouko Laurila
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-08-02

Основні положення

- Делірій або гострий стан сплутаності свідомості - розповсюджене порушення функцій головного мозку зі стрімким початком, пов’язане з органічними причинами.
- Делірій важко розпізнати (більше половини випадків залишаються не діагностованими) і прогноз несприятливий.

Поширеність і прогноз

- Делірій спостерігається у 10-40% осіб похилого віку під час перебування на стаціонарному лікуванні. Лікарями розпізнається тільки третина випадків.
- Пацієнт може відновитись навіть після делірію, що тривав протягом декількох тижнів.
- Смертність становить до 25%, а серед найстаріших людей похилого віку до 40% опиняються у закладах догляду.
- Рішення стосовно довготривалого догляду не слід приймати до встановлення і лікування причини делірію та повної стабілізації ситуації.

Симптоми

- Першим проявом делірію є порушення уваги та апперцепції (дефіцит уваги) і дезорганізоване логічне мислення. Свідомість стає затьмареною, раптово порушуються когнітивні функції. Стан часто асоціюється з галюцинаціями та аберантним мисленням, розладами режиму сну-бадьорості, порушенням психомоторної активності, дезорієнтацією, погіршенням пам'яті та мінливістю настрою.
- Клінічна картина розвивається впродовж короткого відрізку часу, має тенденцію до мінливості впродовж дня.

Сприятливі фактори

- Похилий вік, порушення функціонального стану
- Порушення пам'яті
- Важкі соматичні захворювання (наприклад, рак)
- Поліпрагмазія (особливо, антихолінергічних лікарських засобів та опіоїдів)
- Порушення зору та слуху, безсоння, незнайомі обставини, фізичні обмеження
- Хірургічні втручання

Провокуючі фактори

- Спричинити делірій можуть численні супутні стани.
- Лікарські засоби
    - Лікарські засоби з антихолінергічними властивостями (трициклічні антидепресанти, похідні фенотіазину, гідроксизин, біперіден), леводопа, седативні лікарські засоби, лікарські засоби літію, бромокриптин, опіоїди, стероїди, численні антибіотики (такі як хінолони та кліндаміцин)
    - Різке припинення регулярного прийому анксіолітиків або споживання алкоголю (алкогольний делірій)
- Інфекційні захворювання
    - Інфекції сечовивідних шляхів на різному рівні, пневмонія (у осіб похилого віку часто без лихоманки), септицемія, еризипелоїд, менінгіт, енцефаліт
- Серцево-судинні захворювання

    - Інфаркт міокарда, аритмії, тромбоемболія легеневої артерії, гіпотензія тощо.
- Цереброваскулярні захворювання
    - Інфаркт мозку, ТІА, мозковий крововилив, субарахноїдальний крововилив
- Метаболічні та ендокринні розлади
    - Порушення кислотно-лужної рівноваги, рідинного та електролітного балансів, гіпоальбумінемія, гіпофосфатемія, печінкова, ниркова або легенева недостатність, гіпо- або гіперглікемія, гіпо- або гіпертиреоз, порушення кальцієвого балансу, дефіцит вітамінів групи В, анемія, інші ендокринні розлади тощо.
- Інші
    - Травми (травма голови, субдуральна гематома, опіки, перелом стегна тощо)
    - Епілепсія, постіктальний стан
    - Пухлини (інтрацеребральні, пухлини легень), мієлома
    - Отруєння (наприклад, дигіталісна інтоксикація)
    - Значний життєвий стрес (особливо у пацієнтів із деменцією)

Діагностика

- Анамнез: Коли востаннє пацієнт почувався добре? Перебіг симптомів? Когнітивна функція до захворювання? Застосування лікарських засобів? Вживання алкоголю?
- Ретельне фізикальне обстеження
- СРБ, (ШОЕ), загальний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів, визначення у плазмі рівня натрію, калію, креатиніну, глюкози крові, тропоніну Т, біохімічний аналіз сечі, ЕКГ
- За необхідності: глутамілтрансфераза, лужна фосфатаза, ТТГ, вільний T_4, іонізований кальцій, вітамін B_{12}, фолати еритроцитів та аналіз газового складу крові
- Рентгенографія органів грудної клітки
- Аналіз цереброспінальної рідини, КТ головного мозку, ЕЕГ за потреби

- Подальші дослідження за потреби. За умови ретельного обстеження фоновий етіологічний фактор зазвичай виявляється майже у всіх випадках. Делірій у людей похилого віку часто має багато причин.

Диференційний діагноз

- Порушення пам’яті
  - Поступовий початок і повільний перебіг, зазвичай без щоденної мінливості інтенсивності симптомів
  - Рівень свідомості нормальний, порушення уваги не спостерігається до пізніх стадій
- Психотичні розлади
  - Рівень свідомості нормальний, когнітивні функції глобально не порушені. Тотальної дезорганізації мови не спостерігається. Також інший психіатричний анамнез пацієнта.
  - Слухові галюцинації часто зустрічаються при психозі, в той час як зорові галюцинації більш притаманні делірію.
- Деменція та делірій часто спостерігаються у одного й того ж пацієнта.
- Метод оцінки свідомості (MOC) є хорошим інструментом диференціальної діагностики. Він простий у використанні і був відповідно підтверджений для численних різноманітних груп пацієнтів.

Лікування [доказ 06275|C] [доказ 07543|A]

- Лікування фонових факторів, що провокують делірій
- Лікування загального стану: баланс рідини та кисню, профілактика обструкції сечовивідних шляхів, закрепів, припинення прийому непотрібних лікарських засобів, профілактика пролежнів та травм, реабілітація, адекватне освітлення, знайомі обставини.
- Контроль тривоги [доказ 06503|D] [доказ 05574|C]
  - Тіамін у дозі 250 мг один раз на добу внутрішньовенно 3-5 днів. За підозрі на синдром Верніке тіамін застосовується по 250 мг тричі на добу внутрішньовенно, навіть протягом кількох тижнів.

- За необхідності для контролю тривоги та галюцинацій можуть використовуватися антипсихотичні засоби другого покоління; наприклад, рисперидон у дозі 0,25-0,5 мг 1-2 рази на добу або (в основному за наявності екстрапірамідних симптомів у пацієнта) кветіапін у дозі 12,5-25 мг. На додаток, тимчасово, для усунення тривожності пацієнта можуть використовуватись лоразепам у дозі 1-2 мг перорально (або 1 мг внутрішньом'язово) або як альтернатива - оксазепам у дозі 7,5-15 мг 1-2 рази на добу.

  Коментар експерта. Лікарський засіб оксазепам станом на 17.05.2019 в Україні не зареєстровані.
- Галоперидол при тяжкій ажитації у дозі 0,5-2,5 мг внутрішньом'язово. Ці заходи можна повторювати до досягнення достатнього контролю над симптомами. Галоперидол у пацієнтів з деменцією слід застосовувати з обережністю через його здатність провокувати екстрапірамідні побічні ефекти [доказ 01060|C].
- Фенотіазинові антипсихотичні засоби (наприклад, левомепромазин) не призначають [доказ 06499|D].
- Іноді постає необхідність у тимчасовому призначенні снодійних (наприклад, зопіклон 3,75 мг ввечері).
- При алкогольному делірії першочерговим лікуванням є призначення анксіолітиків: діазепам 10-20 мг перорально з 30-хвилинними інтервалами, поки пацієнт не засне.
- Тиха, добре освітлена кімната, неквапливий підхід до пацієнта та інформативна бесіда стають у нагоді.
- Після виходу з делірію пацієнт часто відчуває занепокоєння через нерозуміння того, що сталося. Впоратися з епізодом корисно для одужання.

Профілактика

- Ефективне відновлення рідинного балансу, лікування болю, оксигенація, харчування, оптимізація медикаментозної терапії, нормалізація ритму сну та підтримка орієнтації знижують частоту делірію до 40% у пацієнтів лікарень загального профілю та у пацієнтів, яким проводиться хірургічне лікування перелому стегна.
- В одному дослідженні показаний ефект передопераційного призначення галоперидолу (1,5 мг/добу) для зниження тяжкості і скорочення тривалості делірію у пацієнтів, яким проводилось

хірургічне лікування перелому стегна. Профілактичне застосування антипсихотичних засобів в рутинній клінічній практиці потребує подальших досліджень.

- Ефективним може бути створення мультидисциплінарної команди з догляду за особами похилого віку для зменшення частоти виникнення делірію. [доказ 02463|D] [доказ 05596|C]

Пов’язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00402|Delirium in the elderly …]
- Інші доказові огляди даних [пов'язані 00402|Delirium in the elderly …]
- Література [пов'язані 00402|Delirium in the elderly …]

Джерела інформації

R1. Rea RS, Battistone S, Fong JJ et al. Atypical antipsychotics versus haloperidol for treatment of delirium in acutely ill patients. Pharmacotherapy 2007;27(4):588-94. [PubmedID|17381385]

R2. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM Jr. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999 Mar 4;340(9):669-76. [PubmedID|10053175]

R3. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Am Geriatr Soc 2001 May;49(5):516-22. [PubmedID|11380742]

R4. Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, Vreeswijk R, Egberts TC, Burger BJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. J Am Geriatr Soc 2005 Oct;53(10):1658-66. [PubmedID|16181163]

R5. Stahlmann R, Lode H. Safety considerations of fluoroquinolones in the elderly: an update. Drugs Aging 2010 Mar 1;27(3):193-209. [PubmedID|20210367]

R7. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age Ageing 2006;35(4):350-64. [PubmedID|16648149]

R8. Griffiths RD, Jones C. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder. Curr Opin Anaesthesiol 2007;20(2):124-9. [PubmedID|17413395]

R9. Shi Q, Warren L, Saposnik G et al. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9():1359-1370. [PubmedID|24092976]

R10. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN et al. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc 2016;64(4):705-14. [PubmedID|27004732]

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 06275. Antipsychotics for hospital-associated delirium .
  Дата оновлення: 2008-12-27
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Antipsychotics may have some effect in hospital-associated delirium.
- Доказовий огляд 07543. Droperidol for psychosis-induced aggression or agitation.
  Дата оновлення: 2017-03-09
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Droperidol is more effective at tranquillising agitated patients as compared with placebo.
- Доказовий огляд 06503. Valproate for agitation in dementia.
  Дата оновлення: 2011-01-19
  Рівень доказовості: D
  Резюме: Valproate might possibly have no effect in treating agitation among demented patients but might possibly increase adverse effects. However, the evidence is insufficient.
- Доказовий огляд 05574. Antipsychotics for delirium.
  Дата оновлення: 2007-08-15
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Haloperidol in low dosage may have similar efficacy as the atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the management of delirium. It may have slightly greater frequency of adverse drug effects than these drugs.
- Доказовий огляд 01060. Haloperidol for agitation in dementia.
  Дата оновлення: 2009-03-10
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Haloperidol may have some efficacy in controlling aggression, but it does probably not improve other manifestations of agitated dementia. Haloperidol appears to have more extrapyramidal adverse effects than risperidone.
- Доказовий огляд 06499. Thioridazine for dementia.
  Дата оновлення: 2009-11-25
  Рівень доказовості: D
  Резюме: There is no evidence to support the use of thioridazine in dementia, and its use might possibly expose patients to excess side effects.
- Доказовий огляд 02463. Prevention and treatment of delirium.
  Дата оновлення: 2004-04-02
  Рівень доказовості: D
  Резюме: A broad spectrum of interventions might possibly have the potential to prevent delirium in surgical patients, but not elderly medical patients. Pharmacological interventions (haloperidol) may also be useful for symptoms of delirium.
- Доказовий огляд 05596. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients.
  Дата оновлення: 2017-03-17
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Multi-component interventions appear to prevent delirium in hospitalised patients compared to usual care. Using the Bispectral Index to monitor and control depth of anaesthesia appear to reduce the incidence of postoperative delirium.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00473 Ключ сортування: 022.002 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-08-02

Автор(и): Jouko Laurila Автор(и) попередніх версій статті: Kaisu Pitkälä Редактор(и): Sari Atula
Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Geriatrics Neurology Internal medicine Psychiatry

Ключові слова індексу
mesh: Diazepam mesh: Risperidone mesh: Haloperidol mesh: Psychomotor Agitation mesh: Lorazepam
mesh: Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features mesh: Dementia mesh: Delirium mesh: Confusion
mesh: Temazepam mesh: Aged mesh: Conscious Sedation mesh: confused aged mesh: hypnotic medication
speciality: Geriatrics speciality: Internal medicine speciality: Neurology icpc-2: P70 icpc-2: P71 icpc-2: P75
speciality: Psychiatry