

Протьюко Н.Н., Ситник Г.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

ДЕЛИРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Введение. Делирий – это расстройство психических функций с нарушениями сознания, внимания, восприятия, мышления, памяти, поведения, эмоций и ритма сон-бодрствование. Предметом рассмотрения в докладе является делирий, который возник вне зависимости от приема психо-активных веществ (рубрика F05 по МКБ10).

Актуальность проблемы определяется широкой распространенностью делирия у пожилых людей, инвалидизирующим характером заболевания, повышенным риском смертности, зависимостью пациентов от постороннего ухода.

Распространенность делирия составляет 0,7% в обществе в целом; 1,8% - в группе лиц 65–69 лет; 10,1% - у лиц старше 85 лет. Часто встречается делирий у пожилых лиц при госпитализациях, т.н. «больничный психоз»: до 56% пожилых пациентов стационаров в целом, 87% - отделений интенсивной терапии, от 11 до 42% пациентов общесоматических отделений.

Модель развития делирия предполагает наличие предрасполагающих и провоцирующих, т.н. триггерных факторов. К предрасполагающим развитию делирия факторам относятся: наличие деменции или когнитивного снижения, существенное снижение зрения/слуха, возраст старше 75 лет, делирий в анамнезе, тяжелая или коморбидная соматическая патология. Триггерными факторами делирия являются: хирургическое вмешательство, физическая травма, одновременный прием более трех лекарственных препаратов, психические травмы, резкое изменение жизненной ситуации, инфекции, интоксикации, острые заболевания.

Клиническая картина делирия включает изменение уровня сознания и внимания; искажение восприятия, зрительные иллюзии и галлюцинации; расстройства мышления - бред, неадекватность, алогичность; амнезию на недавние события; дезориентировку во времени, в месте и собственной личности; гипер- или гипоактивность; нарушения цикла «сон-бодрствование»- ночная бессонница и дневная сонливость; эмоциональные расстройства – депрессия, страх, тревога, гнев, возбуждение, апатия, эйфория; начало обычно быстрое; продолжительность – до 6 мес.

Пациент чувствует себя хуже во второй половине дня, ночью. Периоды ажитации, тревоги и гиперактивности могут сменяются апатией, безразличием и сонливостью. Иногда возникают светлые промежутки (от нескольких минут до часа).

Диагноз делирия является синдромальным, а не нозологическим и устанавливается на основании анамнеза, наблюдения за пациентом и оценки психического, неврологического и соматического статуса.

Лечение делирия включает: устранение/коррекцию факторов риска делирия; создание благоприятной окружающей обстановки; правильный уход за пациентом; медикаментозное лечение; профилактику и медицинскую реабилитацию.

Рекомендовано: терапия первичного заболевания; при отсутствии агрессии, суицидальности - в начале лечения - нефармакологические методы; применение психотропных средств - только при гиперактивном делирии; для снятия возбуждения - 2-4мл диазепама 0,5% внутримышечно; длительная терапия делирия предполагает сначала использование атипичных антипсихотиков (кветиапина, хлорпротиксена, оланзапина, рисперидона); только при неэффективности атипичных препаратов – галоперидол; после регресса проявлений делирия - снизить дозу препарата вплоть до полной отмены; при появлении симптомов - возобновить терапию.

Не рекомендовано: назначение стимулирующих препаратов (пирацетам) при

гиперактивном делирии; назначение препаратов, тормозящих ЦНС, при гипоактивном делирии частое применение бензодиазепинов (риск гиперседации, миорелаксации); фармакотерапия делирия у лиц в терминальном состоянии.

Заключение. Таким образом, проблема делирия является актуальной для лиц пожилого возраста. Профилактика делирия, которая заключается в выявлении и коррекции факторов, провоцирующих делирий, а также своевременное выявление и адекватное лечение делирия поможет пожилым пациентам дольше сохранить здоровье и хорошее качество жизни.