

SIGN

Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Зниження ризику і лікування делірію

Національна клінічна настанова

Березень 2019

ПОЯСНЕННЯ ДО ВИКЛАДУ ДОКАЗІВ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ

РІВЕНЬ ДОКАЗІВ	
1++	Висока якість мета-аналізів, систематичних оглядів РҚД*, або РҚД з дуже низьким ризиком похибок
1+	Якісно виконані мета-аналізи, систематичні огляди, або РҚД з низьким ризиком похибок
1-	Мета-аналізи, систематичні огляди або РҚД з високим ризиком похибок
2++	Високоякісні систематичні огляди досліджень «випадок-контроль» або когортних досліджень Високоякісні дослідження «випадок-контроль» або когортні дослідження з дуже низьким ризиком помилок або упередженості і великою ймовірністю того, що зв'язки є причинними
2+	Якісно виконані дослідження «випадок-контроль» або когортні дослідження з низьким ризиком помилок або упередженості і помірною ймовірністю того, що зв'язки є причинними
2-	Дослідження «випадок-контроль» або когортні дослідження з високим ризиком помилок або упередженості та значним ризиком того, що зв'язок не є причинним
3	Неаналітичні дослідження, наприклад, звіти про випадки, серії випадків
4	Експертна думка
*РҚД – рандомізоване контрольоване дослідження	

Рекомендації

Деякі рекомендації можна зробити з більшою впевненістю, ніж інші. Формулювання, що використовується в рекомендаціях в даній настанові позначає достовірність, з якою робиться рекомендація («міцність» рекомендації).

«Міцність» рекомендації враховує якість (рівень) доказів. Хоча якісніші докази, швидше за все, пов'язані з більш чіткими рекомендаціями, ніж докази нижчої якості, проте рівень якості не призводить автоматично до певної міцності рекомендації.

Інші фактори, які враховуються при формуванні рекомендацій, включають: відповідність нормативам Національної служби охорони здоров'я Шотландії (NHS Scotland); можливість застосування опублікованих доказів до цільової групи населення; узгодженість сукупності доказів та баланс між користю та шкодою варіантів.

R	Що стосується «сильних» рекомендацій щодо втручань, які «слід» використовувати, робоча група впевнена, що для переважної більшості людей втручання (або декілька втручань) принесе більше користі, ніж шкоди. Стосовно «сильних» рекомендацій щодо втручань, які «не слід» використовувати, робоча
----------	--

	група впевнена, що для переважної більшості людей втручання (або декілька втручань) спричинить більше шкоди, ніж користі.
R	Для «умовних» рекомендацій щодо втручання, які слід «врахувати» , робоча група впевнена, що втручання принесе більше користі, ніж шкоди для більшості пацієнтів. Отже, вибір втручання може бути різним залежно від цінностей та вподобань людини, і тому медичний працівник повинен витратити більше часу на обговорення варіантів з пацієнтом.

Департамент покращення якості Національної служби охорони здоров'я Шотландії (NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS)) прагне до рівності та різноманітності і оцінює всі свої публікації за ймовірним впливом на шість рівних груп, визначених за віком, інвалідністю, статтю, расою, релігією/переконаннями та сексуальною орієнтацією.

Протоколи SIGN (примітка перекладача: Scottish Intercollegiate Guidelines Network – Шотландська міжвузівська мережа зі створення клінічних настанов) створюються з використанням стандартної методології, оціненої за впливом на рівність, щоб забезпечити досягнення цілей рівності в кожній настанові. Ця методологія викладена в поточній версії SIGN 50, нашому посібнику настанов, який можна знайти на www.sign.ac.uk/sign-50.html. EQIA (*equality impact assessment* – оцінка за впливом на рівність) оцінку посібника можна знайти на www.sign.ac.uk/assets/sign50eqia.pdf. Повний звіт у паперовій формі та/або альтернативному форматі доступний за запитом працівника відділу рівності та різноманітності Департаменту покращення якості Національної служби охорони здоров'я Шотландії (NHS QIS).

Вжиті всі заходи для впевненості в тому, що дана публікація є вірною в кожній деталі під час друку. Однак у випадку помилок або упущень, виправлення будуть опубліковані у веб-версії даного документу, яка є остаточною у будь-який час. Цю версію можна знайти на нашому веб-сайті www.sign.ac.uk.

Зміст

1 Вступ	7
1.1 Необхідність настанови.....	7
1.2 Сфера охоплення настанови.....	8
1.3 Заява про наміри.....	11
2 Ключові рекомендації	14
2.1 Виявлення делірію.....	14
2.2 Зниження ризику.....	14
2.3 Немедикаментозне лікування.....	15
3 Виявлення делірію	16
3.1 Інструменти для виявлення та оцінки.....	16
3.2 Інструменти для визначення тяжкості делірію.....	17
3.3 Інструменти для визначення випадку делірію у лікарні.....	17
3.4 Клінічні дослідження.....	17
4 Нефармакологічне зниження ризику	19
4.1 Вступ.....	19
4.2 Стаціонарна допомога.....	20
4.3 Інтенсивна терапія.....	21
5 Фармакологічне зниження ризику	22
5.1 Оптимізація лікарських засобів.....	22
5.2 Антипсихотики.....	24
5.3 Дексмететомідин.....	25
5.4 Інші фармакологічні види терапії.....	27
6 Немедикаментозне лікування	27
7 Медикаментозне лікування	28
7.1 Антипсихотики.....	28
7.2 Дексмететомідин.....	29
7.3 Інгібітори ацетилхолінестерази.....	29
7.4 Бензодіазепіни.....	30
7.5 Невідкладне медикаментозне втручання.....	30
8 Подальше спостереження	30
9 Надання інформації	31
9.1 Контрольний список для надання інформації.....	31
9.2 Публікації від SIGN.....	33
9.3 Джерела подальшої інформації.....	34
10 Імплементация настанови	35
10.1 Стратегія імплементации.....	35
10.2 Ресурсне підґрунтя основних рекомендацій.....	35

10.3 Аудит поточної практики.....	36
10.4 Поради з оцінки медичних технологій для NHSScotland.....	36
11 Доказова база.....	36
11.1 Систематичний огляд літератури.....	36
11.2 Рекомендації для проведення досліджень.....	37
11.3 Перегляд та оновлення.....	38
12 Розробка настанови.....	38
12.1 Вступ.....	38
12.2 Група з розробки настанови.....	38
12.3 Подяка.....	39
12.4 Консультування та експертна оцінка.....	40
Список скорочень.....	41
Додатки.....	42
Список літератури (див. оригінал)	

1 ВСТУП

1.1 Необхідність настанови

Делірій – це гостре погіршення розумового функціонування, що виникає протягом годин або днів, викликане в основному гострими медичними захворюваннями, хірургічними втручаннями, травмами чи наркотиками.¹ Раніше відомий як «гострий психоз» або «гострий стан сплутаності». Делірій незалежно пов'язаний з несприятливими наслідками, включаючи медичні ускладнення, падіння, збільшення тривалості перебування в лікарні, нове соціальне забезпечення та смертність.¹ Він може спричинити значні страждання у пацієнта та піклувальника.²

Основними ознаками делірію є гострий когнітивний дефіцит та змінений рівень збудження, у половини пацієнтів також спостерігаються галюцинації чи марення.³ Делірій варіюється за тривалістю, в основному проходить протягом днів, але у деяких людей може тривати тижні або місяці.⁴

Делірій належить до числа найпоширеніших станів невідкладної медицини. Дослідження у Великобританії виявило 20% поширеності серед дорослих пацієнтів із загальними гострими медичними станами.⁵ Поширеність вища в окремих клінічних групах, наприклад, серед пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії. Делірій вражає до 50% пацієнтів, які мають перелом стегна, і до 75% пацієнтів ВРІТ. Кілька факторів підвищують ризик виникнення делірію, включаючи старший вік, деменцію, слабкість, наявність множинних супутніх захворювань, чоловічу стать, порушення чутливості, депресію в анамнезі, делірій в анамнезі та зловживання алкоголем.^{1,6}

Незважаючи на його важливість, в Шотландії є недоліки в догляді за людьми, що страждають на делірій. Він рідко діагностується,⁷ і лікування пацієнтів із встановленим делірієм є мінливим. Профілактичні заходи можуть зменшити частоту делірію, але все ж невелика кількість клінічних установ мають офіційні програми зниження ризику делірію.

Досвід, набутий програмами покращення якості в Шотландії, показує, що прогресу можна досягти.⁸ Існує потенціал для покращення клінічної практики шляхом зменшення відмінностей у стандартах оцінки та лікування людей з делірієм. Ця нова національна настанова забезпечує основний фокус для покращення догляду за пацієнтами з делірієм у Шотландії. Оскільки делірій є досить поширеним, всі медичні працівники, які контактують з пацієнтами з гострими захворюваннями, повинні взяти на себе відповідальність за виявлення та лікування делірію, а також прагнути зменшити ризик виникнення цього стану.

Ті, хто працює в умовах тривалого догляду, повинні вміти розпізнавати делірій, знижувати ризик його виникнення та слідкувати за станом своїх підопічних для лікування делірію.

1.1.1 Перспектива для пацієнта та піклувальника

Загальні занепокоєння, висловлені групами пацієнтів та виявлені шляхом дослідження проблем пацієнта та піклувальника, визначили, що гарне спілкування з членами сім'ї чи піклувальниками є найважливішим. Члени сім'ї можуть надати довідкову інформацію про історію хворого, зміни в поведінці та ранні попереджувальні ознаки. Після встановлення діагнозу піклувальники потребують інформації та підтримки, щоб вони могли доглядати за пацієнтом (див. Розділ 9).⁹⁻¹¹

1.2 Сфера охоплення настанови

1.2.1 Загальні цілі

Дана настанова надає рекомендації, що базуються на сучасних доказах найкращої практики щодо виявлення, оцінки, лікування та спостереження за дорослими людьми з делірієм, а також зменшення ризику виникнення делірії. Посібник поширюється на всі умови: вдома, тривалий догляд, лікарню та хоспіс. Важливо зауважити, що на сьогоднішній день значна частина існуючих доказів та фокус інших настанов спрямований на допомогу при гострих станах. Однак це не виключає застосування рекомендацій в інших умовах, відповідно до судження клініциста. Персонально-орієнтована допомога має бути центром у реалізації цієї настанови.

Посібник не включає делірій виключно від вживання алкоголю та заборонених речовин. Він також не включає делірій у дітей.

1.2.2 Поширені супутні захворювання

Поширеними супутніми захворюваннями, які були враховані при перегляді доказів цього керівництва, є:

- пограничний стан
- деменція
- депресія
- стареча астенія
- травма голови
- порушення здатності до навчання
- хвороба Паркінсона
- церебро-васкулярні захворювання.

1.2.3 Визначення

Міжнародна класифікація хвороб, версія 10 (МКХ-10) визначає делірій як «Етіологічно неспецифічний органічний церебральний синдром, який характеризується одночасним порушенням свідомості та уваги, сприйняття, мислення, пам'яті, психомоторної

поведінки, емоцій та графіку «сон-неспанья». Тривалість є мінливою, а ступінь важкості коливається від легкої до дуже важкої». ¹²

Відповідно до Посібника з діагностики та статистики психічних розладів, п'яте видання (DSM-5), делірій – це порушення уваги та свідомості з додатковим порушенням пізнання, що не пояснюється іншим раніше існуючим, встановленим або таким, що розвивається, нейрокогнітивним розладом або комою. Порушення розвивається за короткий проміжок часу і має тенденцію коливатися в інтенсивності протягом доби, що свідчить про прямі фізіологічні наслідки іншого медичного стану, інтоксикацію або виведення речовини, або потрапляння токсину, або обумовленість множинною етіологією. Стан визначається як «гострий», коли триває кілька годин або днів, і «стійкий», якщо триває тижні або місяці. ¹³ Делірій проявляється неоднаково, але його основними характеристиками є швидке настання (години, доби) гострого погіршення психічного стану. У пацієнтів можуть виникнути порушення когнітивного характеру, але сонливість до такої міри, що пацієнт не говорить, сильне збудження чи психотичні особливості, такі як галюцинації чи марення, можуть бути найбільш помітними рисами. Делірій іноді описується за допомогою гіперактивних, гіпоактивних або змішаних міток залежно від рівня збудження. Найчастіше делірій триває протягом невеликої кількості днів, але приблизно в 20% випадків стан може зберігатися тижнями або місяцями. ¹⁴

Делірій відомий декількома термінами, деякі з них все ще використовуються в клінічній практиці. Ці терміни включають «гострий сплутаний стан», «гострий психоз», «загострення хронічного психозу» та «гостру енцефалопатію». Група з розробки настанов SIGN виступає за використання терміну делірій, а не альтернативи, для сприяння відповідному спілкуванню серед професіоналів, більш точному наданню інформації пацієнтам і піклувальникам, і більш послідовному використанню засобів діагностики та стратегій лікування.

1.2.4 Цільові користувачі настанови

Ця настанова буде цікавою як для працівників первинної, так і вторинної ланки медичної допомоги, працівникам громадських організацій та закладів по допомозі на дому, які беруть участь у догляді за пацієнтами, які перебувають у групі ризику або з делірієм, а також пацієнтам та опікунам.

1.3 Заява про наміри

Ця настанова не розрахована, щоб розглядатись або використовуватись як стандарт догляду. Стандарти догляду визначаються на основі всіх клінічних даних, доступних для окремого випадку, і підлягають зміні в міру розвитку наукових знань та технологій, а також моделей догляду. Дотримання рекомендацій з настанови не забезпечить успішного результату в кожному випадку, і їх не слід розглядати як такі, що включають усі належні методи догляду або виключають інші прийнятні методи догляду, спрямовані на ті самі результати.

Кінцевий висновок повинен бути прийнятий відповідним медичним працівником, відповідальним за клінічні рішення стосовно певної клінічної процедури або плану лікування. До цього висновку слід дійти лише шляхом спільного прийняття рішень з пацієнтом (або сім'єю чи опікунами, де це доречно), що охоплює наявний вибір діагностики та лікування. Однак, радимо, щоб значні відступи від національної настанови або будь-яких місцевих інструкцій, що впливають з неї, були зафіксовані в медичній документації пацієнта під час прийняття відповідного рішення.

1.3.1 Вплив фінансових та інших інтересів

Було встановлено, що спільні фінансові інтереси або тісні робочі стосунки з фармацевтичними компаніями можуть впливати на тлумачення доказів клінічних досліджень.

Неможливо повністю усунути будь-які можливі відхилення від цього джерела, а також навіть кількісно оцінити ступінь упередженості з будь-якою визначеністю. SIGN вимагає, щоб усі, хто бере участь у роботі з розроблення настанови, декларували всі фінансові інтереси, прямі чи непрямі, щорічно, поки вони активно працюють з організацією. Чітко пояснюючи вплив, якому піддаються учасники, SIGN визнає ризик упередженості та дає можливість користувачам настанови чи рецензентам самостійно оцінити, наскільки вірогідно, що висновки та рекомендації настанови ґрунтуються на упередженому тлумаченні доказів.

Під час розробки цього посібника було оголошено про один академічний конфлікт інтересів. Як головний автор тесту 4AT, співголова групи, професор Alasdair MacLulich не брав участі в процесі формування рекомендації щодо вирішення ключового питання 1: інструменти для виявлення делірію (див. додаток 1).

Підписані копії бланків декларацій про інтереси зберігаються Виконавчим органом SIGN, а реєстр інтересів розміщено в розділі супровідних матеріалів цього керівництва на веб-сайті www.sign.ac.uk.

1.3.2 Призначення ліцензованих лікарських засобів поза їх дозволом на продаж

Рекомендації в рамках цієї настанови базуються на найкращих клінічних даних. Деякі рекомендації можуть бути щодо лікарських засобів, призначених поза дозволом на

продаж, без ліцензії на продукт. Це також відомо як «використання поза зареєстрованих показань» (off-label use).

Ліки можуть бути призначені «поза зареєстрованих показань» за таких обставин:

- для призначення, не вказаного в дозволі на продаж;
- для введення іншим шляхом;
- для введення іншої дози;
- для іншої групи пацієнтів.

Неліцензовані ліки – це ліки, які не мають дозволу на продаж для медичного застосування у людей.

Як правило, призначення ліків «поза зареєстрованих показань» стає необхідним, якщо клінічна потреба не може бути задоволена ліцензованими ліками в межах дозволу на продаж. Таке використання має підтримуватися відповідними доказами та досвідом.¹⁵

«Призначення лікарських препаратів поза умовами їх дозволу на продаж змінює (і, ймовірно, збільшує) професійну відповідальність та потенційну відповідальність тих, хто їх призначає».¹⁵

Загальна медична рада (GMC) рекомендує, що при призначенні ліків «поза зареєстрованих показань», лікарі повинні:¹⁶

- бути впевненими, що не існує відповідних ліцензованих ліків, які б задовольняли потреби пацієнта;
- бути впевненими, що є достатньо доказів або досвіду використання ліків, що демонструє їх безпеку та ефективність;
- брати на себе відповідальність за призначення лікарських засобів, слідкувати за доглядом за пацієнтом, виконувати моніторинг стану і будь-яке подальше лікування, або забезпечити заходи для того, щоб інший відповідний лікар виконував дані настанови;
- скласти чіткий, точний і розбірливий облік усіх призначених медикаментів, а якщо вони не відповідають загальній практиці, вказати причини призначення неліцензованих ліків. Працівники без медичної освіти, які прописують препарат, повинні запевнити, що ознайомлені із законодавчою базою, та довести власні професійні стандарти призначення.

Перед будь-яким призначенням препарату статус ліцензування ліків слід перевірити у звіті характеристик препарату (www.medicines.org.uk). Лікар повинен бути компетентним, діяти в рамках професійного етичного кодексу своїх статутних органів та прописаної практики своїх роботодавців.¹⁷

1.3.3 Поради з оцінки медичних технологій для NHSScotland

Команди спеціалістів Шотландії з покращення системи охорони здоров'я надають низку порад, присвячених безпечному та ефективному використанню медикаментів та технологій у NHSScotland.

Шотландський консорціум з лікарських препаратів (SMC) надає консультації підрозділам NHS та їх Комітетам з питань наркотиків та терапевтичних препаратів щодо стану всіх нових ліцензованих лікарських засобів, усіх нових формул наявних лікарських засобів та нових показань до певних препаратів. NHSScotland повинен враховувати цю раду та

забезпечити доступність лікарських засобів, прийнятих до застосування, для задоволення клінічних потреб, де це доречно.

Поради SMC, що стосуються цієї настанови, узагальнені в розділі 10.4.

2 КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Наступні рекомендації були виділені групою з розробки настанови як ключові клінічні рекомендації, які повинні бути пріоритетними для впровадження.

2.1 Виявлення делірію

R	Тест 4AT слід використовувати для ідентифікації пацієнтів з ймовірним делірієм у відділенні невідкладної допомоги та у пацієнтів з гострими захворюваннями в стаціонарах.
✓	Якщо делірій встановлений, діагноз повинен бути чітко задокументований та кодований для сприяння передачі інформації щодо медичної допомоги (наприклад, звіт про передачу, направлення та виписки).

2.2 Зниження ризику

R	Наступні компоненти слід розглядати як частину комплексу догляду за пацієнтами, які мають ризик розвитку делірію: <ul style="list-style-type: none">• координування та забезпечення пацієнтів окулярами та слуховими апаратами• сприяння гігієні сну• рання мобілізація• контроль болю• профілактика, раннє виявлення та лікування післяопераційних ускладнень• підтримання оптимальної гідратації та харчування• регуляція функції сечового міхура та кишечника• забезпечення додаткового кисню, якщо це потрібно.
R	Усім пацієнтам з ризиком виникнення делірію має бути зроблений перегляд медикаментів, виконаний досвідченим медичним працівником.

2.3 Немедикаментозне лікування

R	<p>Медичні працівники повинні дотримуватися встановлених шляхів гарного догляду для лікування пацієнтів з делірієм.</p> <ul style="list-style-type: none">• Спочатку розглянути гострі, небезпечні для життя причини делірію, включаючи низький рівень кисню, низький кров'яний тиск, низький рівень глюкози та наркотичну інтоксикацію чи синдром відміни.• Систематично визначати та лікувати потенційні причини (ліки, гострі захворювання тощо), зазначаючи, що множинні причини є розповсюдженими.• Оптимізувати фізіологічні потреби, моніторити супутні захворювання, умови навколишнього середовища (зменшити шум), прийом препаратів та природній сон, щоб сприяти відновленню мозкових функцій.• Спеціально виявляти, оцінювати причини та лікувати збудження та / або дистрес, використовуючи нефармакологічні засоби, коли це можливо (див. Розділ 7 щодо фармакологічного лікування).• Обговорювати діагноз з пацієнтами та опікунами, заохочувати участь доглядачів та надавати постійну підтримку.• Намагатися запобігати ускладненням делірію, таким як знерухомлення, падіння, пролежні, зневоднення, недоїдання, ізоляція.• Контролювати відновлення і розглянути можливість направлення фахівця, якщо пацієнт не відновлюється.• Обміркувати подальші дії (див. Розділ 8).
----------	--

3 ВИЯВЛЕННЯ ДЕЛІРІЮ

3.1 Інструменти для виявлення та оцінки

Делірій часто пропускають у звичайній клінічній практиці, а недостатність виявлення призводить до несприятливих наслідків.^{18,19} Виявлення делірію в ідеалі слід проводити якомога раніше. Були розроблені численні інструменти оцінювання, які допомагають виявити ймовірний делірій у пацієнтів у різних умовах, що може у подальшому призвести до більш точного діагнозу та розгляду основних причин. З практичних міркувань, для впровадження та прийнятності для пацієнтів інструменти оцінювання повинні бути короткими, вимагати малої підготовки або не вимагати підготовки взагалі, та відповідати клінічним умовам.²⁰ Також суттєвою є чутливість методу, оскільки важливо не пропустити делірій.

Інструмент, що часто використовується, Метод оцінки сплутаності(CAM) та його варіації, як повідомляється, є корисною методикою для виявлення делірію.^{18,21,22} Однак чутливість і специфічність широко варіювались, можливо, через необхідність

навчання користувачів й отримання знань з приводу делірію та його диференціальної діагностики. CAM-ICU має особливо широке застосування у ВПІТ, проте існують ті ж самі обмеження.^{19,23} Тест 4 As (збудження, увага, скорочений розумовий тест 4, гостра зміна) (4AT) був розроблений, затверджений та широко впроваджений у Шотландії в умовах звичайних медичних відділень. Він не вимагає специфічної підготовки, короткий і простий у використанні, має широку застосованість у різних клінічних умовах.^{24,25} Тест показав гарні результати стосовно чутливості та швидкості заповнення пацієнтом порівняно з іншими аналогічними методиками в межах тієї ж групи пацієнтів.^{20,26} 4AT також застосовується як інструмент оцінки у похилих пацієнтів відділення екстреної допомоги.²⁷

2+

2++

2+

Інші методики мали суттєві недоліки порівняно з CAM та 4AT, такі як більш тривалий час оцінювання, нижчу чутливість та/або специфічність та / або відносну недостатність валідації в опублікованих дослідженнях (див. Таблицю 1). Скринінгова 13-компонентна шкала спостереження за делірієм (DOS) мала хорошу специфічність та чутливість, але вона вимагає оцінки протягом трьох змінних періодів, і її автори припустили, що вона більше спрямована на виявлення гіперактивного делірію, тоді як на практиці більш поширеним є гіпоактивний делірій.²⁸⁻³⁰

2+

2++

Скринінговий чек-ліст інтенсивної терапії делірію (ICDSC) та CAM-ICU були розроблені і затверджені в умовах ВПІТ, і можливо, підходять краще, ніж інші тести, для застосування в інтенсивній терапії.

2+

У всіх випадках позитивна оцінка має супроводжуватись додатковим оцінюванням і діагностикою за критеріями МКХ-10 або DSM-5 відповідно підготованим клініцистом.^{12,13} Важливо пам'ятати, що делірій все ж може виникати при відсутності позитивного результату тесту, оскільки стан є мінливим. Медичний персонал не повинен покладатися на результат єдиної оцінки під час прийому в лікарню.

Оцінка здатності пацієнта до прийняття рішень щодо основ здоров'я та особистої гігієни також повинна враховуватись. Якщо особа вважається недієздатною, відповідна документація (наприклад, у Шотландії, Закон про дорослу особу з недієздатністю, частина 5 розділу 47 із супровідним планом лікування) повинна бути заповнена.

У таблиці 1 узагальнено поширені та затверджені короткі методики оцінювання делірію. Існує широкий спектр чутливості та специфіки різних інструментів, а також часу, необхідного для завершення оцінки. Одні призначені для оцінки при першому

виникненні, а інші для моніторингу випадку делірію. У клінічній практиці важливим буде інструмент з високою чутливістю, який не потребує тренувань або вимагає дуже мало часу для виконання, та з додатковими перевагами (наприклад, підходить для пацієнтів з деменцією) для забезпечення виявлення всіх випадків делірію. У разі невпевненості в тому, чи наявний у пацієнта делірій або деменція, або обидва стани наявні у пацієнта, найкраще припустити, що це делірій, якщо тільки з карти пацієнта або пояснень членів родини не з'ясовано, що психічний стан чітко відповідає їхньому звичному психічному стану.

Не було виявлено доказових даних для визначення того які групи пацієнтів мають оцінюватись рутинно з використанням інструментів оцінки, але дослідження проводились у людей старшого віку (65 років та більше) в умовах стаціонару та інтенсивної терапії. Це не виключає їх використання за інших умов, наприклад в амбулаторній допомозі.

Таблиця 1

Засіб	Час (хв)	Необхідність тренінгу	Штат	Умови	Визначена чутливість (%)	Визначена специфічність (%)	Оцінка важкості делірію	Чи підходить для моніторингу	Чи підходить для визначення DSD
4AT (20,24,26,27,30,32)	<2	Ні	Будь-який	Будь-які	86-100	65-82	Ні	Ні	Так
AMT (20,26)	2	Ні	Будь-який	Будь-які	75-87	61-64	Ні	Ні	Ні
CAM and variants (18, 20,22,24,30,33)	3-10	Так	Будь-який	Будь-які	46-94	63-100	Ні	Ні †	Так
CAM-ICU (19,22,30,31)	<5	Так	Будь-який	ВРІТ	28-100	53-99	Ні	Так	Ні
DOS (13-item)* (28-30)	5	Мінімальний	Будь-який	Будь-які	89-100	87-97	Так	Так	Ні
DRS- R-98 (30,34,35)	20	Так	Психіатр	Будь-які	57-93	82-98	Так	Ні	Так
ICDSC (19,31)	7-10	Мінімальний	Будь-який	ВРІТ	73-97	69-97	Так	Так	Ні
MMSE (36)	5	Мінімальний	Будь-який	Будь-які	76-91	51-84	Так	Ні	Ні
Nu-DESC (30)	<5	Ні	Будь-який	Будь-які	32-96	69-92	Ні	Ні	Ні
RADAR (37)	<1	Ні	Будь-який	Будь-які	32-96	64-78	Ні	Так	Ні
mRASS (33, 38)	1	Ні	Будь-який	Будь-які	43-84	82-90	Так	Так	Так
SQID (20)	<1	Ні	Будь-який	Будь-які	77-91	56-71	Ні	Так	Ні

Придатність для моніторингу означає використання інструменту щодня або частіше для обстеження на випадок делірію.

† за винятком CAM-S

* DOS вимагає оцінювання в три зміни, тому час на оцінку становить три дні. Вона спрямована на оцінку гіперактивного делірію.

Скорочення: AMT - – Abbreviated Mental Test (скорочений розумовий тест) ; CAM – Confusion Assessment Method (метод оцінки сплутаності свідомості); DSD – delirium superimposed on dementia (делірій на фоні деменції); DRS-98-R – Delirium Rating Scale (шкала оцінки делірію); DOS – Delirium Observation Screening Scale (Шкала скринінгу спостереження за делірієм); ICDSC – Intensive Care Delirium Screening Checklist (контрольний список скринінгу делірію інтенсивної терапії); Nu-DESC – Nursing Delirium Screening Scale (Шкала скринінгу для надання допомоги); MMSE - Mini Mental State Examination (Міні-екзамен психічного стану); РАДАРА - Recognising Acute Delirium As part of your Routine (розпізнавання гострого делірію як частина вашої роботи); mRASS - Modified Richmond Agitation-Sedation Scale (модифікована шкала збудження-седації Річмонда); SQID - Single Question to Identify Delirium (одне запитання для виявлення делірію)

R Інструмент 4АТ слід використовувати для ідентифікації пацієнтів з ймовірним делірієм у відділенні невідкладної допомоги.

R Використання інструмента 4АТ може розглядатися для використання у спільноті чи іншому оточенні для ідентифікації пацієнтів з ймовірним делірієм.

R Для налаштувань інтенсивної терапії слід розглянути CAM-ICU або ICDSC, які допоможуть визначити пацієнтів з ймовірним делірієм.

99 Офіційну оцінку та діагностику повинен робити кваліфікований лікар кожного разу, коли з'являються пацієнти з ймовірним делірієм.

99 У випадках виявлення делірію, пацієнтів та членів їх сімей /опікунів слід повідомити про цей діагноз (див. розділ 9).

99 Якщо виявлений делірій, діагноз делірію повинен бути чітко задокументований для полегшення передачі допомоги (наприклад, записи про здачу, направлення та документи для виписки хворого з лікарні).

3.2 Інструменти для визначення тяжкості делірію

Моніторинг пацієнтів з діагнозом делірій на предмет зміни ступеня важкості або відповіді на лікування може допомогти передбачити повний клінічний вплив. (39,40) Виявлено недостатньо доказів, щоб рекомендувати конкретний інструмент для моніторингу.

3

У таблиці 1 наведено засоби, що оцінюють ступінь тяжкості. Вибір засобу повинен враховувати час, що необхідний для оцінки та зручність у використанні. 13-елементний DOS, mRASS, MMSE, DRS-R-98 та ICDSC можна розглядати як засоби для моніторингу тяжкості делірію у відповідних клінічних областях (див. таблицю 1).

3.3 Інструменти для визначення випадку делірію у лікарні

Не було виявлено достатніх доказових даних для внесення до рекомендації конкретного інструменту для цілей регулярного моніторингу з метою виявлення випадку делірію після первинної оцінки у лікарні. Вибір інструменту має враховувати час необхідний для його проведення та легкість у використанні.

Хоча теоретично може бути використаний будь який інструмент, наведений у Таблиці 1, найбільш придатними для використання у відповідних клінічних умовах є інструменти RADAR, 13 item

DOS, mRASS, CAM-ICU та SQiD (див. Табл 1).

3.4 Клінічні дослідження

Велика кількість станів може спровокувати появу делірію. Часто існує більше одного сприяючого фактора для кожної окремої особи. (41) Основна частина лікування пацієнтів з делірієм - це лікування першопричини. Слід структурувати підхід, щоб визначити, де це можливо, стани, що сприяють появі делірію у даного пацієнта (див. додаток 2). До них належить отримання якісного анамнезу від пацієнта, родичів або особи, що може надати необхідну інформацію, клінічне обстеження (включаючи неврологічний огляд), базові, а потім цільові дослідження.

Існує мало доказів, що підтверджують використання основних досліджень, оскільки це визначається як фундаментальний стандарт у випробуваннях, і дослідження не проводилися, для визначення, наприклад, чи потрібно виконувати розгорнутий аналіз крові у людини із делірієм.

У цьому розділі розглядаються наявні докази проведення розширених досліджень, які є більш інвазивними або дорогими, або коли може бути визначений стан, який суттєво змінює лікування (наприклад, виявлення інсульту, субдурального крововиливу або неконвульсивного епілептичного статусу). Якщо наявна підозра на важке захворювання

(наприклад, менінгіт, енцефаліт або сепсис), що призводить до появи делірію, воно повинно бути проліковане відповідно.

Стратегії такого підходу та систем догляду окреслені в настанові "Інструментарій гострої допомоги 3: гостра медична допомога для слабких людей похилого віку" Королівського медичного коледжу та Шотландському зібранні вдосконалення охорони здоров'я за TIME (див. Додаток 3). (42)

3.4.1 Візуалізація мозкових структур

Метою візуалізації мозку є виявлення інсульту, крововиливу, травми або порушення структури, таких як пухлина, як причини делірію. Діагностична здатність комп'ютерної томографії (КТ) при визначенні причини делірію низька, але дане дослідження може бути призначене у деяких пацієнтів з високим ризиком. (43) Для пацієнтів із наявними порушеннями когнітивної функції, які мають інші виявлені стани, які можуть спричинити делірій, наприклад зневоднення або інфекція, візуалізація мозкових структур навряд чи змінить тактику лікування. (44)

3

Спостережні, здебільшого ретроспективні, дослідження виявляли аномальну картину КТ у людей віком понад 70 років, які страждають на гострий делірій та:

- нові вогнищеві неврологічні ознаки (44-48) (визначаються як гострий початок дисфазії, дефект поля зору, пірамідальні або мозочкові ознаки). (46) Слід усвідомлювати, що дисфазія (вогнищева ознака) може бути помилково визначена як делірій (глобальна дисфункція мозку) (49)
- поява після падіння (46,48)
- знижений рівень свідомості (46,47)
- травма голови (у пацієнтів будь-якого віку) (50)
- прийом антикоагулянтної терапії. (48)

Церебральна атрофія є більш ймовірною у пацієнтів, які страждають на делірій, ніж без нього. (51). Однак сама по собі, вона не є корисним висновком при постановці діагнозу делірію або зміні тактики лікування.

КТ-сканування мозку не слід застосовувати рутинно, але його слід розглядати у пацієнтів, які перебувають у стаціонарі з делірієм при наявності:

- нових вогнищевих неврологічних ознак
- зниженого рівня свідомості (недостатньо поясненого іншою причиною)
- історія нещодавнього падіння
- травма голови (пацієнти будь-якого віку)
- антикоагуляційна терапія.

3

4

Слід розглянути питання візуалізації мозкових структур у пацієнтів з делірієм, що не минає, коли не встановлено чіткої причини або є особливості стану, що дозволяють припустити первинну патологію центральної нервової системи.

3

3.4.2 Електроенцефалограма

В даний час електроенцефалограма (ЕЕГ) не проводиться рутинно пацієнтам з делірієм, однак, три ретроспективні дослідження від дослідницької групи з епілепсії дозволяють припустити, що частота епілептичної активності та епілептичного неконвульсивного статусу (NCSE) вище, ніж визнана у пацієнтів з делірієм. В одному дослідженні було

встановлено, що у 80% пацієнтів із NCSE появу делірію спочатку було віднесено до іншої причини.

3

В одному з проспективних досліджень EEG було проведено у 44 пацієнтів віком від 60 років із «сплутаністю свідомості невідомого походження» (визначається як незрозуміла сплутаність свідомості після скринінгових досліджень, включаючи КТ та обстеження зразків крові, проведених у відділенні невідкладної допомоги). Пацієнти з відомою епілепсією в анамнезі або у яких сильно підозрювали делірій, пов'язаний з судомами, були виключені. У сімох (15,9%) пацієнтів спостерігалися зміни EEG, що відповідали Неконвульсивний епілептичний статус (NCSE). Клінічні ознаки NCSE, що мають статистичну значимість, мали швидкий початок (<24 години), відсутність відповіді на прості команди та більшу схильність жіночої статі. (53)

3

Постійний моніторинг EEG є більш чутливим, ніж одноразова оцінка EEG при виявленні епілептичної активності та неконвульсійного епілептичного статусу (28% v 6%). (52) Необхідні додаткові докази, щоб визначити ефективність рутинного використання EEG у пацієнтів, які мають делірій.

3

R Електроенцефалограму слід розглядати як діагностичний метод, коли є підозра на епілептичну активність або неконвульсивний епілептичний стан як причину делірію пацієнта.

3.4.3 Люмбальна пункція

Лише одне невелике дослідження з 1980-х років було виявлено на тему використання люмбальної пункції при оцінці хворих на делірій. У ньому було зроблено висновок, що більшість пацієнтів із лихоманкою та делірієм мають іншу причину, ніж інфекцію центральної нервової системи (80 із 81 зразка були негативними щодо росту бактерій). Враховуючи давність випробування, тестування методом вірусної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) навряд чи було проведено. (54)

3

Люмбальна пункція не є простою процедурою, і таке інвазивне дослідження може спричинити подальший дистрес для когось, хто може бути розгублений або збуджений. Також існує ризик виникнення несприятливих подій, таких як інфекція, яка спричиняє гематоми хребта, спонтанний витік спинномозкової рідини або головний біль через низький тиск спинномозкової рідини. (55)

□ Люмбальну пункцію не слід проводити регулярно пацієнтам, які страждають делірієм.

4. Нефармакологічне зниження ризику

4.1 Вступ

Делірій часто є багатofакторним захворюванням. Профілактика може поєднуватись з лікуванням, коли застосовуються не фармакологічні засоби. Тому зменшення ризику слід враховувати протягом усього часу догляду за пацієнтом. Багато гострих факторів, що викликають делірій або зниження порогу ризику, можуть бути модифіковані.

Орієнтація на ці фактори, що модифікуються, є основою зниження ризику делірію. До 50% випадків делірію у госпіталізованих пацієнтів виникає після госпіталізації до лікарні. (1,56) Категорії зниження ризику включають запобігання фізіологічних порушень, таких як зневоднення та гіпоксія, підтримання якості сну, зменшення психологічного напруження за допомогою спілкування та управління навколишнім середовищем, а також корекція порушень чутливості, коли це можливо. Такі немедикаментозні стратегії мають часто були використані у комплексі, і випробування таких готових програм

складають більшу кількість доказів. Через обмежені ресурси, орієнтовані на пацієнтів з більш високим рівнем ризику (наприклад, людей похилого віку або тих, хто має когнітивні порушення) для зменшення ризику делірію зазвичай застосовуються специфічні стратегії. (57,58) На сьогоднішній день ці стратегії вважаються такими, що відрізняються від використання медикаментів для зниження ризику делірій (див. розділ 5), і вони пропагуються у настановах, заснованих на експертній думці. (58-60)

Перед розглядом застосування фармакологічних методів слід спробувати немедикаментозні практики.

4.2 Стаціонарна допомога

Дослідження у різних пацієнтів та станів (гострі та периопераційні) виявили, що багатокомпонентні втручання є ефективними для зменшення захворюваності на делірій. (61-64) Метааналіз сімох досліджень встановив, що порівняно зі звичайним доглядом спостерігається значне зниження захворюваності на делірій у пацієнтів, що отримують багатокомпонентні втручання з відносним ризиком (RR) 0,73, довірчий інтервал 95% (CI) 0,63, до 0,85. (62) Об'єднаний аналіз в Кокранівському огляді також повідомив про зниження захворюваності на делірій, (RR) 0,69, 95% ДІ 0,59 до 0,81 порівняно зі звичайним доглядом. (63) Втручання, що входять до складу багатокомпонентного догляду є різноманітними, але складаються з наступного; фізіотерапія, переорієнтація, рання мобілізація, виявлення та лікування основних причин або післяопераційних ускладнень, контроль болю, регуляція роботи кишечника та сечового міхура, гідратація, а також харчування та подача кисню. (61-63) Такі втручання вважаються якісним основним доглядом. (63) Комплексна геріатрична допомога, визначена як спеціалізована команда з геріатричної ортопедії, яка надає максимально повну медичну оцінку, тактику та початок реабілітації, також було пов'язано із нижчою частотою делірію під час перебування в лікарні та протягом одного місяця. (65) Більшість досліджень, виявлених у систематичних оглядах були середньої або низької якості.

2++

1++

1+

Використання контрольного списку може допомогти досягти надання якісного основного догляду та зменшити випадки делірію у пацієнтів після операції. (62,63,66) Навчання родичів або опікунів для здійснення немедикаментозного догляду у вигляді багатокомпонентних втручань, таких як переорієнтація, також можуть зменшити частоту делірію. (9) Систематичний огляд визначив одне рандомізоване контрольоване дослідження (RCT), яке повідомило про зниження на 8% захворювання на делірій у тих пацієнтів, яких опікували родичі, які пройшли навчання щодо виконання переорієнтації у порівнянні зі звичайним доглядом, RR 0,42, 95% ДІ 0,19 до 0,92. (61) Поради щодо надання інформації родичам та опікунам, а також пропозиції щодо допомоги можна знайти у розділі 9.

1+

1++

2++

4

Консенсус експертів рекомендує використовувати багатокомпонентні втручання як основну якісну практику. (58,67,68) Шляхи належної практики щодо зменшення та управління ризиками наведені у додатках 3 та 4.

4

R Наступні компоненти слід розглядати як частину багатокomпонентного догляду за пацієнтами з ризиком розвитку делірію:

- орієнтація та забезпечення пацієнтів окулярами та слуховими апаратами
- сприяння гігієні сну
- рання мобілізація
- контроль болю
- профілактика, раннє виявлення та лікування післяопераційних ускладнень
- підтримання оптимальної гідратації та харчування
- регуляція функції сечового міхура та кишечника
- забезпечення додаткового кисню, якщо це доречно.
 - a. Необхідно уникати надлишкового руху в палаті, де це можливо для пацієнтів, що мають ризик розвитку делірію.
 - b. До операції пацієнтів та опікунів слід попередити про ризик розвитку делірію, щоб полегшити дистрес та допомогти в лікуванні, якщо він виникне.
 - c. Там, де це можливо, слід звернутися за допомогою до родичів та опікунів пацієнта щодо догляду за пацієнтом, для зменшення ризику розвитку делірію.

4.2.1 Тактика анестезії

Використовуючи моніторинг, щоб уникнути епізодів глибокої анестезії у пацієнтів старше 60 років наркоз при операції тривалістю більше однієї години може значно знизити ризик розвитку післяопераційного делірію. Дві РКТ показали зменшення захворюваності на 16,7% під час моніторингу групи, проти 21,4% у контрольній групі та 15,6%, втручання, проти 24,1%, у контрольній групі. (69,70)

Підгрупа з великого РКТ показала зниження ризику, яке не досягло статистичної значущості (18,8% в групі втручання та 28% у контрольній групі), проте, метааналіз трьох досліджень та ще одне подальше дослідження седації за допомогою моніторингу біспектрального індексу показало коефіцієнт шансів (АБО) 0,56, 95% СІ 0,42 - 0,73. (71) Жодне з досліджень не включало пацієнтів з деменцією, екстреною анестезією або операцією з приводу перелому стегна у пацієнтів літнього віку.

1++

1+

R Глибину анестезії слід контролювати у всіх пацієнтів віком понад 60 років у випадку застосування наркозу для хірургічного втручання, який, як очікується, триватиме більше однієї години, з метою уникнення надмірно глибокої анестезії.

4.3 Інтенсивна терапія

Було виявлено ряд досліджень немедикаментозних втручань в умовах інтенсивної терапії. (72-77) Втручання включали акупунктуру, дзеркальну терапію та ряд рухових вправ. Більшість досліджень були недостатніми. Найбільше випробування стосувалося використання динамічної світлотерапії для зниження частоти та тривалості делірію у пацієнтів, які перебувають у стаціонарі. Воно не визначило дану терапію, як терапію, що була ефективніша, ніж плацебо. Через неоднорідність засобів та популяцій досліджуваних немає жодного втручання, що може бути рекомендовано для пацієнтів у відділенні інтенсивного терапії.

1+

1-

Систематичний огляд восьми досліджень щодо підходу до багатокomпонентної терапії повідомив про визначену користь у п'ятьох дослідженнях. Інші три дослідження не показали різниці між групою, що отримувала лікування та контрольною. Однак багатокomпонентний підхід до догляду розглядається як стандартна якісна практика (див розділ 4.2), і ефект від мультимодальної терапії може бути не таким очевидним, як у інших груп пацієнтів, враховуючи, що у важкохворих пацієнтів спостерігаються постійні фактори ризику для більшої частини їх критичних станів.

1+

Використання вушних тампонів (беруші) самостійно або разом із маскою для очей та іншими шумозахисними стратегіями сприяння сну у ВРІТ, пов'язане зі зниженням захворюваності на делірій, 0,59 RR, 95% ДІ 0,44 до 0,78. У систематичному огляді п'яти досліджень низької якості (832 пацієнта) . (79) Придатність для вушних тампонів слід розглядати індивідуально, оскільки може виникнути загроза загострення делірію у деяких пацієнтів.

2++

R Використання вушних тампонів слід розглядати як частину стратегії щодо сприяння сну під час проведення інтенсивної терапії.

5. Фармакологічне зниження ризику

5.1 Оптимізація лікарських засобів

Делірій має численні причини, які взаємодіють у будь-якої однієї людини, щоб викликати делірій. Кілька класів медикаментозного лікування можуть збільшити ймовірність виникнення делірію, і ймовірність того, що препарат може посилити прояви делірію, слід враховувати, особливо у осіб з підвищеним ризиком делірію. (61,80,81) Дані спостережних досліджень свідчать, що вплив певних лікарських засобів збільшує шанси на розвиток делірію, а також, що перегляд медикаментозних препаратів може знизити частоту делірію. (80-83)

1++

2+

Далі викладено підхід до огляду та призначення ліків пацієнтам, які вже мають делірій, або мають підвищений ризик виникнення делірію, та охоплює три широкі області.

- Будь-які зміни лікарських засобів, включаючи безрецептурні та рослинні препарати. Початок застосування нових лікарських препаратів, зміни дозування ліків або різка відміна ліків можуть спровокувати делірій. 84,85

- Зміни в тому, як організм поводить себе під впливом на нього медикаментозних засобів. Природна фізіологія старіння може призвести до того, що ліки, які роками були корисними та не мали побічних ефектів, тепер викликають або сприяють делірію. Те саме можна сказати і для гострих порушень у фізіології, що змінюється під впливом хвороби. (84)

- Ризик делірію слід враховувати при оцінці ризиків та переваг, щодо призначення нових медикаментозних засобів. (81,84)

3

4

2+

Неможливо охопити всі ліки, які можуть спричинити або сприяти делірію, але деякі ліки особливо пов'язане з делірієм потребують дискусії.

Бензодіазепіни помітно збільшують шанси появи делірію, що розвивається в різних умовах (OR 3,0 95% IC 1,3 до 6,8) і їх не слід застосовувати, якщо тільки в конкретних обставинах, таких як менеджмент відмови від алкоголю або гострого судомного нападу. (8)

1++

Опіати також можуть викликати делірій, але вони залишаються життєвоважливим класом препаратів для лікування болю. Фактором, який важливо пам'ятати, є те, що біль сам по собі може спричинити делірій. Систематичний огляд цитував OR делірію, пов'язаного з лікуванням опіоїдами 2,5 (95% ДІ 1,2 до 5,2) .81 Однак головний опіоїд в огляді, який несе найвищий ризик, - це петидин (OR 2,7, 95% ДІ 1,3 до 5,5), який є антихолінергічним і рідко використовується у Великобританії. Найчастіше використовують опіоїди, такі як морфін (OR делірію 1,2, 95% ДІ 0,6 - 2,4) та фентаніл (OR делірію 1,5, 95% ДІ 0,6 - 4,2), ризик застосування яких не суттєво пов'язаний з делірієм. (81) Опіоїд з найменшими шансами викликати делірій був оксикодон, але все ще мав інтервал довіри, який перетинав 1 (OR 0,7, 95% ДІ 0,3 до 1,6) .(81)

1++

Напевно, найважливішим фактором при застосуванні опіатної аналгезії є титрування до мінімально ефективного дозування для досягнення контролю над болем і мінімізації побічних ефектів. Якщо використовуються опіати, також важливо мати цілісний підхід і призначати проносні засоби для запобігання закрепів, які можуть сприяти делірію.

Застосовується оптимізація дози знеболюючих та седативних препаратів в умовах інтенсивної терапії. (86) Щоденне переривання седативної терапії або седація, що виконується медичними сестрами, для полегшення спонтанного дослідження дихання та щоденної мобілізації була пов'язана з поліпшенням результатів, хоча і не безпосередньо делірієм. (86)

4

Незважаючи на те, що тема делірію не розкрита спеціально в Настанові про поліфармацію від Національної Служби Здоров'я Норвегії. Посібник містить інформацію про ліки, застосування яких слід уникати або зменшувати у людей похилого віку, деякі з яких спрямовані на зменшення несприятливих наслідків за рахунок зменшення застосування ліків, які можуть викликати делірій. Рекомендовані ліки для уникнення, припинення використання або зменшення дози, по можливості повинні включати трициклічні антидепресанти, антихолінергічні ліки, бензодіазепіни, антигістамінні препарати та трамадол. Настанова також містить практичні дані про безпечне зменшення хронічного прийому ліків з можливістю відміни, наприклад бензодіазепінів. (87)

4

R Для усіх пацієнтів з ризиком виникнення делірію повинен проводитись перегляд ліків, що виконується досвідченим медичним працівником.

□ Відділення з пацієнтами з високим ризиком делірію, такі як травматологічні ортопедичні відділення, повинні мати протоколи для зазвичай необхідних ліків (наприклад, аналгезії і протиблювотного лікування), які містять варіанти лікування першої лінії та зводять до мінімуму ризик виникнення делірію.

5.2 Антипсихотики

Деякі дослідження низької якості припускають, що профілактичні антипсихотичні препарати можуть бути корисними для профілактики післяопераційного делірію у пацієнтів, які перенесли операцію по трансплантації серця, вибіркової заміни суглобів і

переломів стегна. (88-91) Один систематичний огляд не підтримав їх застосування. (92) Результати в цьому огляді, можливо, були спотворені через включення контрольованого випробування, у якому дисбаланс у віці учасників міг бути чинником, що викликає сумніви. Кокранівський огляд прийшов до висновку, що не було доказів користі від використання галоперидолу, але оланзапін в порівнянні з плацебо зменшував частоту виникнення делірію (ОР 0,36, 95% ДІ від 0,24 до 0,52). (63)

1+

1++

Систематичний огляд декількох невеликих досліджень оцінив використання профілактичного застосування галоперидолу у ВРІТ або хірургічних пацієнтів в порівнянні з плацебо, і виявив, що профілактичне використання галоперидолу не знижує частоту делірію в цілому або при аналізі підгруп в групах пацієнтів (ВРІТ або хірургічне втручання). (93)

1++

У систематичному огляді шести РКТ зроблено висновок про те, що антипсихотична профілактика у пацієнтів з більш високим ризиком делірію має велику користь. (88) Якщо делірій дійсно мав місце, профілактика не зменшувала тяжкість або тривалість перебування в стаціонарі або смертність. (88) Два систематичних огляди цитували один РКТ, який показав, що, хоча профілактичний галоперидол не зменшував частоту делірію, він був пов'язаний зі зменшенням тривалості і ступеня тяжкості делірію. (88,94)

1++

Два невеликих РКТ прийшли до висновку, що щоденні дози ≥ 5 мг галоперидолу можуть знижувати частоту виникнення делірію у хірургічних пацієнтів. (93)

1++

В цілому, не було встановлено оптимального режиму для періопераційного застосування антипсихотиків.

Великий РКТ, призначений в першу чергу для вивчення впливу профілактичного застосування галоперидолу на виживання критично хворих пацієнтів, також визначав частоту делірію як вторинний результат. Не було виявлено відмінностей між групами застосування галоперидолу і плацебо: частота делірію (середня різниця 1,5%, 95% ДІ від -3,6% до 6,7%). (95)

1++

Недостатньо даних для визначення ефективності антипсихотичної профілактики у інших стаціонарних хворих. (92,94,96,97) Одне голландське багатоцентрове РКТ ($n = 242$) дослідило ефективність профілактичного перорального застосування галоперидолу у пацієнтів у віці ≥ 70 років з ризиком виникнення делірію, що у гострому стані поступили до лікарні як за медичними, так і за хірургічними показаннями. Дослідники дійшли висновку, що профілактика галоперидолом не знижує частоту делірію протягом перших семи днів прийому в цій групі пацієнтів. (98)

1++

1+

1-

До поширених побічних ефектів антипсихотичних засобів відносяться закрепи, рухові розлади, подовження інтервалу QT, зниження судомного порогу, затримка сечі і нейролептичний злякисний синдром. (15) Одним з вторинних результатів голландського РКТ було вивчення безпеки галоперидолу. Не було виявлено суттєвих відмінностей між пероральним галоперидолом і плацебо для зміни інтервалу QT. (98) Так само, три інших РКТ в систематичному огляді не повідомили про різницю в

продовження QT або появу екстрапірамідних побічних ефектів у випадку профілактики галоперидолом в порівнянні з плацебо. (93) В іншому випадку, побічні ефекти відзначалися рідко, але це могло бути пов'язано з відсутністю звітності в дослідженнях, включених в систематичні огляди.

1+

1++

Жодні антипсихотики не є ліцензованими для профілактики делірію. Недостатньо доказів щодо користі від їх використання, щоб рекомендувати застосування профілактики антипсихотичними засобами у пацієнтів з ризиком розвитку делірію.

5.3 Дексмететомідин

Дексмететомідин застосовували в періопераційній та інтенсивній терапії. Мета-аналіз виявив 14 випробувань середньої та низької якості, включаючи 3029 пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії (загальна та післяопераційна терапія) .(99) Дексмететомідин порівняли з іншими методами терапії (пропофолом, мідазоламом та морфіном) або плацебо для оцінки зменшення частоти делірію, збудження і дезорієнтації. В цілому аналіз був пов'язаний зі значним зниженням частоти делірію з використанням дексмететомідину порівняно з контрольною групою, RR 0,68, 95% ДІ 0,49 до 0,96. (99) Однак не всі дослідження показали статистично значиму користь, і найбільший ефект виявився, коли мідазолам був використаний в якості групи порівняння.

1+

РКД з 90 пацієнтів, які перенесли неінвазивну вентиляцію легень у відділеннях інтенсивної терапії, виявив, що дексмететомідин є кращим для використання, ніж галоперидол або плацебо (3/30 пацієнтів, які отримували дексмететомідин, делімед, порівняно з 10/30 у групі використання галоперидолу та 13/30 у групі плацебо; $p = 0,014$) . (100) Однак пацієнти групи з використанням як галоперидолу, так і групи плацебо отримували значно більшу кількість додаткових седативних та анальгетиків, включаючи мідазолам.

1-

Двоцентровим РКД було виділено 100 важкохворих пацієнтів без діагнозу делірію для отримання нічної інфузії дексмететомідину, або плацебо. Дозування седативної терапії було вдвічі зменшене, а дози отримуваних опіатів не змінилися. Нічні інфузії дексмететомідину асоціювались із більшою кількістю пацієнтів, у яких не виникав делірій під час перебування у ВРІТ (80% v 54%); RR 0,44, 95% ДІ 0,23 до 0,82. (101)

1++

Очікуються результати випробування щодо застосування дексмететомідину у пацієнтів з механічною вентиляцією у ВРІТ (рання цільова седація порівняно зі стандартним доглядом у пацієнтів що отримують інтенсивну терапію та знаходяться на механічній вентиляції (SPICE III)).

Систематичний огляд та мета-аналіз 18 РКД з дослідженням 3 309 пацієнтів оцінили ефективність періопераційного дексмететомідину щодо захворюваності на делірій як у дорослих, так і у некардіологічних хірургічних пацієнтів. (102) Результати показали, що дексмететомідин зменшив частоту появи післяопераційного делірію для всієї хірургічної популяції (OR 0,35; 95% від 0,24 до 0,51). Аналіз підгруп дев'яти досліджень кардіо-хірургії та дев'яти інших хірургічних досліджень показали користь для обох груп пацієнтів (OR 0,41; 95% ДІ 0,26-0,63) та (OR 0,33; ДІ 0,18 - 0,59) відповідно. Дослідження були

неоднорідними за їх розміром, дозами та термінами введення дексмететомідину та, зокрема, даного контрольного препарату. Пропрофол, мідазолам та різні опіати використовувались як порівняльні препарати, крім плацебо. Випробування, що порівнювали дексмететомідин безпосередньо з плацебо, не аналізувались окремо. Найбільше дослідження, включене в огляд, було проведене в Китайській Народній Республіці, в ньому взяли участь 700 пацієнтів, які отримували дексмететомідин або плацебо післяопераційно після прибуття до відділення інтенсивної терапії. Делірій був значно нижчим у групі, яка отримувала дексмететомідин (OR 0,35, 95% ДІ 0,22 до 0,54). Однак для пацієнтів, яким була призначена механічну вентиляцію, застосовували седацію пропрофолом або мідазоламом для досягнення встановленого рівня RASS. Пацієнти групи плацебо отримували більше додаткових седативних засобів та анальгетиків порівняно з групою дексмететомідину, що, можливо, підвищило ризик делірію. (102)

1++

Два рандомізовані плацебо-контрольовані дослідження, по одному у пацієнтів, які перенесли кардіохірургічне та некардіологічне хірургічне втручання, не показали зменшення частоти появи делірію при порівнянні дексмететомідину з нормальним фізіологічним розчином. (103,104)

1++

Брадикардія та гіпотонія відомі побічні ефекти дексмететомідину, що є вторинними його ефектами як агоніста альфа2-рецепторів. Дексмететомідин асоціювався зі збільшенням захворюваності на брадикардію у пацієнтів, які перенесли кардіохірургічну операцію (OR 1,89; 95% ДІ 1,11 до 3,2), але це не виявилось проблемою для інших хірургічних груп. (102) Також не було стійких доказів, що пов'язували гіпотензію з дексмететомідином. Слід бути обережними при розгляді питання про застосування дексмететомідину, особливо у пацієнтів із низьким показником серцевого викиду, і слід враховувати або уникнення, або використання нижчої навантажувальної дози до початку безперервної інфузії. (105)

1++

Існують суперечливі дані щодо того, чи може дексмететомідин знизити частоту делірію як у важкохворих пацієнтів, так і у пацієнтів, які перебувають у періопераційному періоді. У багатьох випробуваннях, які свідчать про користь, використання інших седативних засобів, включаючи бензодіазепіни в контрольній групі.

Залишається незрозумілим, чи може дексмететомідин насправді зменшити делірій або просто зменшити потребу в деліріогенних препаратах. Оскільки існують потенційні фізіологічні проблеми, пов'язані з широким застосуванням дексмететомідину для профілактики, крім наслідків для витрат, дексмететомідин не може бути рекомендований для профілактики делірію. Великі рандомізовані плацебо-контрольовані дослідження та дослідження економічної ефективності є обґрунтованими.

5.4 Інші фармакологічні види терапії

Один систематичний огляд включав чотири РКД, які повідомляли про частоту післяопераційного делірію при порівнянні кетаміну з плацебо. Загалом, частота післяопераційного делірію не відрізнялася між групами контролю та втручання. Якість кожного РКД була низькою, тому в огляді було зроблено висновок, що вплив кетаміну на післяопераційний делірій є нез'ясованим. Найбільше РКД повідомило про збільшення післяопераційних галюцинацій та страшних снів після застосування кетаміну. (106)

1++

Систематичні огляди визначили чотири РҚД щодо використання мелатоніну для запобігання делірію в медичних та хірургічних умовах. (63,107,108) Результати були непереконливими. Один невеликий РҚД у 88 пацієнтів виявив, що агоніст рецепторів мелатоніну зменшив частоту (24,4% v 46,5%) та тривалість (0,78 v 1,4 дня) делірію у важкохворих пацієнтів. (109)

1++

1+

2+

Очікуються результати двох великих РҚД.

6 Немедикаментозне лікування

Інші настанови, описові огляди і думки експертів щодо лікування пацієнтів зі встановленим делірієм фокусуються в основному на лікуванні ймовірних причин виникнення делірію і на інших аспектах, таких як усунення дистресу і ажитації.^{1,58,60,110} У кількох дослідженнях було проведено перевірку таких підходів. Відсутня достатня кількість високоякісних доказів щодо ефективності формального об'єму немедикаментозних втручань у зменшенні тяжкості або тривалості делірію.^{58,61} Мета-аналізи не виявили значущої різниці в ефективності мультикомпонентного підходу до лікування і всебічної геріатричної допомоги в порівнянні зі звичним підходом до лікування щодо зменшення тривалості делірію.^{62,65} В одному РҚД не виявлено переваги від використання когнітивно-стимулювальних втручань для пацієнтів з делірієм, що накладається на деменцію.¹¹¹

Тому настанови по лікуванню людей з делірієм ґрунтуються на консенсусі експертів, які підтримують мультикомпонентний підхід як фундаментальну належну практику.^{58,67,68} У Шотландії всебічний напрямок, що включає в себе Тригери, Розслідування, Ведення, Залучення (TIME), якій охоплює перші дві години надання допомоги, і Шотландська Асоціація з питань Делірію (SDA) надають протоколи якісної допомоги. (див. Додатки 3 і 4). NICE надає рекомендацію щодо лікування причин, ефективної комунікації з пацієнтом, забезпечення відповідного середовища для надання допомоги, особливо стосовно подолання дистресу.⁵⁸

Рекомендації: Медичні працівники повинні дотримуватися встановленого напрямку якісного надання допомоги пацієнтам з делірієм.

- Спочатку розгляньте можливі гострі, життєво небезпечні причини виникнення делірію, такі як низький рівень кисню, низький кров'яний тиск, низький рівень глюкози, медикаментозна інтоксикація або синдром відміни.
- Системно виявляйте і лікуйте потенційні причини (медикаменти, гостре захворювання тощо), беручи до уваги можливість наявності кількох причин.
- Оптимізуйте контроль фізіологічного стану, ведення супутніх станів, навколишню обстановку (мінімізуйте звуки), медикаментозну підтримку і природній сон для сприяння відновленню мозку.
- Прицільно виявляйте, оцінюйте причини виникнення та лікуйте ажитацію та/або дистрес, використовуючи лише немедикаментозні засоби за можливості (див. розділ 7 щодо медикаментозного лікування).

- Повідомте діагноз пацієнтові та піклувальникам, що доглядають за пацієнтом, заохочуйте залучення до процесу медичних працівників і забезпечте постійну підтримку.
- Прагніть запобігти ускладненням делірію, таким як іммобілізація, падіння, пролежні, дегідратація, недостатність харчування, ізоляція.
- Ведіть моніторинг стану на предмет одужання і розгляньте необхідність направлення до спеціаліста у випадку відсутності покращення стану.
- Розгляньте необхідність подальшого спостереження (див. розділ 8). Сприяйте когнітивному залученню, мобілізації та іншим стратегіям реабілітації.

Поради щодо інформації для родини пацієнта та піклувальників та пропозиції способів надання допомоги наявні в розділі 9.

7 Медикаментозне лікування

7.1 Антипсихотики

Дослідження ефективності антипсихотиків є гетерогенними та непереконливими. Більшість з них є невеликими і оцінені як низькоякісні або дуже низькоякісні.^{92,96,112,113} У одному мета-аналізі підсумовується, що антипсихотики не повинні використовуватися поза умовами ВРІТ для лікування пацієнтів з делірієм, у той час як в іншому дослідженні вказано, що антипсихотики переважають над плацебо і звичними методами надання допомоги в ефективності зниження ступеню вираженості делірію.^{92,112} За висновками Кокранівського огляду, антипсихотики не знижують вираженості делірію, не усувають симптоми чи впливають на показники смертності в умовах надання екстреної допомоги.¹¹³ Кокранівський огляд також вказує на велике РҚД онкохворих, що отримували паліативну допомогу, в якому повідомляється, що у пацієнтів, які отримували рисперидон або галоперидол, були більш виражені симптоми делірію, ніж у тих, хто отримував плацебо.¹¹³

Порівняння галоперидолу та інших антипсихотиків не довело більшої ефективності якогось з антипсихотиків порівняно з іншими.^{96,112,114} У двох РҚД, в яких порівнюється ефективність галоперидолу і кветіапіну, повідомляються суперечливі результати.^{112,115}

У дослідженнях галоперидолу не повідомлялося про серйозні побічні ефекти, і загалом повідомлення про негативні наслідки його застосування незначні та нечасті.^{94,96} Застосування галоперидолу пов'язувалось з вищою частотою екстрапірамідних побічних ефектів і розвитку дистонії в порівнянні з антипсихотиками другого покоління, проте це може бути пов'язано з високою дозою галоперидолу, що використовувалась в дослідженнях.^{112,114} Згідно з Кокранівським оглядом, екстрапірамідні прояви траплялися у пацієнтів, які отримували антипсихотики, ніж у пацієнтів, які не отримували антипсихотиків.⁹⁴ Протипоказано приймати галоперидол у комбінації з будь-якими препаратами, пов'язаними з подовженням інтервалу QTс.¹¹⁶ Якщо він застосовується з іншими препаратами, що продовжують QT, лікування виконується неліцензовано. У розділі 1.3.2 є поради щодо назначення неліцензованих препаратів.

Якщо лікування антипсихотиками розпочате, слід щодня переглядати їхню доцільність та відмінити, як тільки клінічна ситуація дозволить, - як правило, протягом 1-2 днів. У ситуаціях, коли вважається безпечнішим продовжувати антипсихотичну терапію делірію після виписки або переведення з лікарні, слід

узгодити чіткий план раннього перегляду медикаментозної терапії та подальшого спостереження.

Згідно з аналізом підгрупи з двох невеликих досліджень пацієнтів у ВРІТ з делірієм, показник відповіді на використання антипсихотиків незначно перевищує такий показник щодо плацебо (коефіцієнт ризику 0,25, 95% ДІ 0,06; 1,02). Антипсихотики другого покоління дали кращі показники щодо зниження вираженості делірію в порівнянні з галоперидолом у пацієнтів, які перебувають у ВРІТ (стандартизований показник середньої різниці (SMD) -0,52, 95% ДІ -0,85; -0,19). Не було різниці в показниках припинення або побічних ефектів.¹¹²

У системному огляді виявлено п'ять досліджень, в одному з яких вказано, що кветіапін зменшує тривалість делірію (1 день проти 4,5 днів) в порівнянні з плацебо у 36 пацієнтів.⁹⁷ Жодне з досліджень не повідомляє про зменшення часу перебування в лікарні або зменшення летальності.

Оскільки виявлені дослідження недостатньо потужні, необхідні подальші більші дослідження для створення рекомендацій щодо використання антипсихотиків у лікуванні пацієнтів з делірієм у ВРІТ.

7.2 Дексмететомідин

У невеликому РКД щодо пацієнтів з ажитованим делірієм, що перебувають на ШВЛ у ВРІТ і отримують дексмететомідин, повідомляється про вторинні результати у вигляді зменшення тривалості делірію (23,3 год проти 40 год з плацебо) і зменшення тривалості перебування у ВРІТ.¹¹⁷

7.3 Інгібітори ацетилхолінестерази

Один системний огляд включає шість невеликих РКД, в яких порівнюється донепезил або ривастигмін з плацебо у пацієнтів, старших 60 років. П'ять з цих досліджень описували хірургічні умови. Чотири з семи досліджень не виявили переваги використання інгібіторів ацетилхолінестерази, і загалом дослідження не були достатньо потужними, щоб виявити різницю між медикаментозним втручанням і плацебо. Чотири з семи досліджень виявили, що інгібітори ацетилхолінестерази мають схожу переносимість з плацебо.¹¹⁸

У системному огляді виявлено одне РКД (104 учасників), в якому повідомляється про більшу тривалість делірію і більшу тривалість перебування у лікарні у пацієнтів з делірієм у ВРІТ, які отримували комбінацію галоперидолу з ривастигміном, у порівнянні з тими, хто отримував галоперидол і плацебо.¹¹⁸ Було втричі більше летальних випадків серед пацієнтів, які отримували комбінацію галоперидолу і ривастигміну.¹¹⁸ Немає достатньої кількості доказів для винесення висновків щодо ефективності і безпечності використання інгібіторів ацетилхолінестерази для лікування пацієнтів з делірієм.

7.4 Бензодіазепіни

У системному огляді було виявлено лише одне невелике дослідження (n=30) щодо використання лоразепаму в лікуванні пацієнтів з делірієм. Дослідження серед пацієнтів з синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) в лікарняних умовах не показало переваги від використання лоразепаму, і лікування було рано припинено через непереносимі побічні ефекти.¹¹⁴

7.5 Невідкладне медикаментозне втручання

Хоча доказів щодо медикаментозного лікування недостатньо для формування рекомендацій, роль медикаментів у окремих випадках, таких як непереборний дистрес або при загрозі безпеці пацієнта та інших людей, підтримується думкою експертів (див. Додаток 4).

8 Подальше спостереження

У старших пацієнтів з делірієм в основі можуть лежати недіагностовані деменція або легкі когнітивні порушення.^{119,120} Делірій також асоційований з підвищеною частотою когнітивних спадів після епізоду делірію.^{119,120} У більшості виявлених досліджень делірій відзначається фактором ризику майбутніх когнітивних спадів.¹²¹⁻¹²⁴ Довша тривалість делірію пов'язана з гіршими загальними когнітивними здібностями, виявленими на оглядах через 3 і 12 місяців.¹²²

У системному огляді непорівняльних проспективних досліджень зроблено висновок про те, що після перенесеного делірію у людини може розвинути депресія.¹²⁵ Тривалість часу до розвитку депресії після перенесеного делірію у ВРІТ відрізняється у різних дослідженнях: у деяких повідомляється відсутність зв'язку між делірієм у депресію через 3-місячний період, але вищі показники депресії і гіршого ментального здоров'я через 12-місячний період, а в інших повідомляється про наявність депресії через 3, 4, 6 і 12-місячний період.^{125,126} У інших дослідженнях не знайдено значущого зв'язку між делірієм, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), тривожним розладом або депресією.¹²⁷⁻¹²⁹ У цих дослідженнях групи пацієнтів були молодшими (середній вік 42, 61 і 62 в порівнянні з середнім віком >80 років у більшості досліджень в системному огляді).^{125,127-129}

Дослідження стосувались різних популяційних груп, в умовах ВРІТ та надання екстреної допомоги, і використовували різні методи вимірювання делірію, ментальних і когнітивних розладів і депресії.

Рекомендація: Медичні працівники повинні пам'ятати, що люди похилого віку можуть мати попередні когнітивні розлади, які були не діагностовані або загострилися в умовах делірію. Слід розглянути необхідність відповідної когнітивної і функціональної оцінки. Терміни проведення цієї оцінки повинні враховувати персистуючий делірій.

Рекомендація: Для пацієнтів, які перенесли делірій у ВРІТ, слід розглянути необхідність подальшого спостереження на предмет виявлення психологічних наслідків, таких як когнітивні розлади.

✓ Документи пацієнта повинні бути кодовані, щоб виділити попередній епізод делірію, аби персонал лікарні знав про підвищений ризик повторного поступлення.

✓ Впевніться в тому, що делірій зафіксований у документі про виписку, для команди первинної ланки надання медичної допомоги.

✓ Усі пацієнти, які мали делірій, повинні бути оглянуті лікарем первинної ланки.

9 Надання інформації

Цей розділ відображає питання, які можуть найбільше хвилювати пацієнтів та їх піклувальників. Ці пункти надаються для використання медичними працівниками при обговоренні делірію з пацієнтами та піклувальниками та при розробці локальних інформаційних матеріалів.

9.1 Контрольний список для надання інформації

У цьому розділі надається приклад інформації, яка може бути корисною пацієнтам/піклувальникам на ключових етапах шляху пацієнта. Контрольний список був розроблений членами групи розробників настанов на основі власного

досвіду і їхнього розуміння доказової бази. Контрольний список не є ні вичерпним, ні ексклюзивним.

Якщо пацієнт має ризик розвитку делірії

Ідентифікуйте членів сім'ї або головного піклувальника пацієнта.

- Переконайтеся, що вказані контактні дані пацієнта. Якщо хворому не вистачає можливостей, з'ясуйте, чи має член сім'ї або піклувальник довіреність/документ про опіку.

Розкажіть пацієнтові та членам сім'ї/піклувальнику про делірій:

- Делірій є поширеним серед госпіталізованих пацієнтів, особливо після операції.

- Гострі тригери делірії включають:

- Інфекція, дегідратація, сильний закреп, затримка сечі і біль

- критично тяжке захворювання

- хірургічні операції, особливо операції на серці та стегні

- побічні ефекти ліків або внаслідок відміни лікування.

- В групі найвищого ризику є:

- люди похилого віку

- люди похилого віку, які приймають кілька препаратів

- люди з деменцією, хворобою Паркінсона, інсультом або попередніми когнітивними порушеннями

- люди з порушеннями слуху або зору.

Попросіть сім'ю/піклувальника повідомити медичний персонал, якщо вони помітять будь-які зміни в звичній поведінці родича.

Попросіть пацієнта та сім'ю/опікунів заповнити форму "Знайомство зі мною" (див. розділ 9.3.2) або подібну, щоб допомогти медичному персоналу піклуватися про специфічні потреби людини.

Попросіть сім'ю/опікунів по можливості допомогти зменшити ризик розвитку делірії, зробивши наступне:

- забезпечте, щоб слухові апарати, окуляри та протези були доступні постійно

- розмовляйте з пацієнтом та тримайте його в курсі інформації короткими простими реченнями

- перевірте, чи пацієнт вас зрозумів, і будьте готові повторити, якщо це необхідно

- тримайте календар і/або годинник в межах зору

- принесіть з будинку до лікарні якісь знайомі предмети, щоб вони стояли поруч з ліжком

- за потреби заохочуйте пацієнта їсти та пити.

Якщо у пацієнта розвинувся делірій

Поясніть пацієнтові та сім'ї/опікунам, що делірій - це зміна психічного стану, яка часто починається раптово, але зазвичай покращується, при покращенні фізичного стану та усунення основної причини.

Обговоріть варіанти лікування та можливі побічні ефекти з пацієнтом та/або піклувальником.

Надайте родині / піклувальнику відповідні інформаційні буклети.

Піклувальникам і родичам важливо брати участь та працювати разом з медичною командою в лікарні чи будинку, щоб усунути делірій та дати пацієнтові найкращі шанси повернутися до хорошого здоров'я.

Поясніть, що у людини з делірієм можуть спостерігатись різні зміни. Пацієнт може:

- бути менш усвідомленим щодо свого оточення
- бути не в змозі чітко говорити або підтримувати розмову
- бачити іноді страшні сни, що можуть продовжуватись по пробудженню
- чути голоси або звуки, яких насправді немає (звуківі галюцинації)
- бачити предмети або людей, яких немає (зорові галюцинації)
- засмутитися, що інші люди намагаються заподіяти їй/йому шкоду
- бути збудженим або неспокійним, не в змозі спокійно сидіти і мати підвищений ризик падіння
- бути сонним і повільно рухатися та відповідати
- неохоче їсти чи пити
- мати тимчасову зміну особистості
 - демонструвати все або дещо з перерахованого вище, і це може швидко змінюватися
- мати погіршення симптомів під вечір або вночі.

Запропонуйте ведення щоденника, щоб якщо пацієнт з делірієм не зможе згадати, що сталося, піклувальник зміг допомогти заповнити пробіли в пам'яті і допоміг зрозуміти ситуацію, коли пацієнту стане краще.

Навчіть сім'ю/піклувальника допомагати людині з делірієм:

Вони можуть допомогти заспокоєнням і орієнтуванням пацієнта, наприклад:

- забезпечити, щоб слухові апарати, окуляри та протези були доступні постійно
- мати ніжний і доброзичливий підхід, усміхаючись і заспокоюючи
- розмовляти з пацієнтом короткими, простими реченнями
 - перевіряти, чи пацієнт вас зрозумів, і бути готовими повторити, якщо це необхідно
- наявність близьких допомагає, тому слід постаратися забезпечити присутність того, кого пацієнт добре знає
- намагатися не погоджуватися з будь-якими неправильними ідеями, а заперечувати ці факти і змінювати тему
- тримати календар і/або годинник в межах зору і нагадувати про навколишню обстановку

- принесіть з дому до лікарні якісь знайомі предмети, щоб вони стояли поруч з ліжком
- нагадуйте пацієнтові пити та їсти, якщо це потрібно.

Ключовим є залишатися спокійним і допомагати пацієнтові почуватися спокійним і впевненим.

По виписці після гострого епізоду делірію

Взаємодійте з сім'єю/піклувальниками щодо питань організації виписки. Обговоріть з сім'єю/піклувальниками, чи потрібна їм додаткова підтримка. Деякі пацієнти можуть ще бути в процесі відновлення, не повністю повернутися до попереднього стану або бути менш спроможними виконувати щоденні справи.

Проінформуйте піклувальників про їхнє право мати новий або оновлений план догляду за дорослим.

Переконайтеся, що підтримка надана до того, як пацієнта випишуть додому.

При наявності занепокоєння щодо виникнення когнітивних порушень протягом наступних місяців, порекомендуйте пацієнтові/піклувальнику звернутись до лікаря загальної практики.

9.2 Публікації від SIGN

Версія настанов для пацієнтів SIGN - це документи, у якому "перекладено" рекомендації настанов та їх обґрунтування, розроблені для медичних працівників, у форму, яка легше зрозуміла та легша для використання пацієнтами та громадськістю. Вони призначені для того, щоб:

- допомогти пацієнтам та піклувальникам зрозуміти останні доказові дані щодо діагностики, лікування і догляду
- дати можливість пацієнтам повноцінно брати участь у дискусії навколо управління їхнім станом під час розмови з медичним персоналом
- виділити для пацієнтів зони невизначеності.

Копія версії цієї настанови для пацієнтів доступна тут:
www.sign.ac.uk/assets/patient-publications

9.3 Джерела наступної інформації

9.3.1 Веб-сайти

Шотландська Асоціація з питань Делірію

www.scottishdeliriumassociation.com

Шотландська Асоціація з питань Делірію включає медичних працівників, які працюють над обміном прикладами найкращої практики при делірії, надаючи освітню інформацію, сприяючи дослідженням та підвищуючи обізнаність про цей стан.

Critical Care Recovery (Відновлення після надання невідкладної допомоги)

www.criticalcarerecovery.com

Цей веб-сайт розроблений NHS і пропонує інформацію, поради і підтримку щодо відновлення після інтенсивної терапії.

Minded for Families

www.mindedforfamilies.org.uk

Цей веб-сайт містить відео та інформацію для підвищення обізнаності про те, що таке делірій, та для допомоги похилим людям та їхньому оточенню впоратися з цим.

9.3.2 Інформаційні листівки

THINK Delirium

[www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/4052742/20141007%20Delirium%20leaflet%20\(web\).pdf](http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/4052742/20141007%20Delirium%20leaflet%20(web).pdf)

Це інформаційна листівка для пацієнтів, розроблена Національною Організацією з Покращення Сфери Охорони Здоров'я Шотландії у співпраці з організацією NHS (Національна служба охорони здоров'я у Великобританії).

Альцгеймер Шотландія

www.alzheimers.org.uk/info/20029/daily_living/370/delirium

Це інформаційна листівка для пацієнтів про вплив делірію, лікування та про те, що відбувається згодом. Містить також досвід пацієнтів.

www.alzscot.org/information_and_resources/information_sheet/3472_getting_to_know_me

Форма "Знайомство зі мною" була розроблена для пацієнтів з деменцією. У ній слід вносити інформацію про те, що пацієнтові подобається і не подобається, його потреби, і зберігається разом з документами пацієнта, аби допомогти персоналу забезпечити найкращий можливий догляд.

Деменція Великобританія

www.dementiauk.org/delirium

У цій веб-листівці описано симптоми делірію та надано рекомендації щодо того, що піклувальники можуть зробити, щоб допомогти людині з делірієм.

Марія Кюрі

www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/delirium

Ця веб-листівка зосереджується на делірію, що виникає наприкінці життя. Тут описано причини і запропоновано поради піклувальникам про те, що вони можуть зробити і коли слід звертатися за допомогою спеціалістів.

Вебсайт NHS

www.nhs.uk/conditions/confusion

Ця листівка надає інформацію про те, коли слід звертатися до лікаря загальної практики або телефонувати за невідкладною допомогою при симптомах делірію.

Королівський Коледж Психіатрії

www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/delirium

Ця листівка надає інформацію про прояви і симптоми, лікування і те, що може статися після того, як людина мала деліріозний стан.

9.3.3 Телефонні лінії довіри

Альцгеймер Шотландія

0808 808 3000

helpline@alzscot.org

За цією телефонною лінією надається інформація та психологічна підтримка людям з деменцією, їхнім сім'ям, друзям і професіоналам.

Деменція Великобританія

0800 888 6678

Ця телефонна лінія надає підтримку піклувальникам або людям з деменцією.

10 Імплементация настанови

У цьому розділі надаються поради щодо імплементации ресурсів, пов'язаних із виконанням ключових клінічних рекомендацій, та поради щодо аудиту як інструменту для надання допомоги.

10.1 Стратегія імплементации

Впровадження національних клінічних рекомендацій є обов'язковим для кожної ради NHS і медичної установи та є важливою частиною клінічного управління. Слід запровадити механізми для навчання персоналу та перегляду наданої допомоги, яка суперечила рекомендація настанови. Причини будь-яких відмінностей слід оцінювати та вирішувати це питання, якщо це доречно. Слід здійснити локальні заходи щодо впровадження національних рекомендацій в окремих лікарнях, відділеннях та лікарських практиках.

Реалізація цієї настанови буде заохочуватись та підтримуватись SIGN.

10.2 Ресурсне підґрунтя основних рекомендацій

Вважається, що впровадження жодної рекомендації за розрахунками не перевищує 5 мільйонів фунтів стерлінгів, що передбачає аналіз впливу ресурсів.

10.3 Аудит поточної практики

Першим кроком у впровадженні клінічних настанов є розуміння поточної клінічної практики. Інструменти аудиту, розроблені на основі рекомендацій настанови, можуть допомогти в цьому процесі. Інструменти аудиту повинні бути всебічними, але не вимагати багато часу для використання. Для успішного впровадження та аудиту рекомендацій настанови потрібна хороша комунікація між персоналом та мультидисциплінарною командою, яка над цим працює.

Для надання допомоги у впровадженні цієї настанови група розробників настанови визначила наступні ключові моменти аудиту:

Відсоток:

- пацієнтів з наявним ризиком, оціненим за допомогою інструменту 4AT
- пацієнтів в умовах інтенсивної терапії, оцінених з використанням CAM-ICU або ICDSC (з урахуванням відповідного ступеню седации)
- пацієнтів з підтвердженим делірієм, яких зареєстрували і закодували за діагнозом делірій, і цей діагноз внесений у документ для виписки для лікаря загальної практики
- пацієнтів, у яких лікування було переглянуто і в результаті припинено
- пацієнтів, які були на подальшому спостереженні у лікаря первинної ланки після перенесеного делірію

• операцій, що відповідають вимогам моніторингу глибини наркозу.
Якість догляду за похилими людьми з делірієм може бути оцінена у відповідності зі стандартами Догляду за Похилими Людьми в Лікарні, розробленими Національною Організацією з Покращення Сфери Охорони Здоров'я Шотландії.¹³⁰

10.4 Поради з оцінки медичних технологій для NHSScotland

У травні 2012 року Шотландський консорціум з лікарських засобів затвердив дексмететомідину гідрохлорид для седації дорослих пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії, що потребують рівня седації не глибше, ніж збудження у відповідь на словесну стимуляцію (відповідник RASS від 0 до -3).

11 Доказова база

11.1 Системний огляд літератури

Доказова база для цієї настанови була синтезована відповідно до методології SIGN. Системний огляд літератури проводився з використанням чіткої стратегії пошуку, розробленої вченим з доказових даних та інформації SIGN. Бази даних, у яких виконувався пошук, включають Medline, Embase, Cinahl, PsycINFO та Кокранівську бібліотеку. Діапазон охоплених років був 2012–2017. Інтернет-пошуки здійснювались на різних веб-сайтах, включаючи інформаційну службу Національного центру настанов США. Основні пошуки були доповнені матеріалами, відібраними окремими членами групи розробників. Кожна з відібраних робіт оцінювалася двома вченими з доказових даних та інформації, використовуючи стандартні методичні контрольні списки SIGN, перш ніж висновки були розглянуті як докази групою з розробки настанов.

Стратегії пошуку доступні на веб-сайті SIGN, www.sign.ac.uk

11.1.1 Пошук літератури стосовно проблем і питань пацієнтів та піклувальників

На початку процесу розробки настанов вчений з доказових даних та інформації SIGN провів пошук літератури для проведення якісних та кількісних досліджень, які стосувалися актуальних питань пацієнтів з делірієм та їхніх піклувальників. Бази даних, у яких здійснювався пошук, включають Medline, Embase, Cinahl та PsycINFO, а результати були підсумовані радником SIGN з питань залучення пацієнтів та громадськості та представлені групі з розробки настанов.

11.1.2 Пошук літератури щодо доказів економічної ефективності

Група з розробки настанов визначила ключові питання з потенційними наслідками економічної ефективності на основі наступних критеріїв, де було визнано особливо важливим розуміння додаткових витрат та переваг різних стратегій лікування:

- методи лікування, які можуть мати значну ресурсозатратність
- можливості для значного виводу інвестицій і ресурсів

- потенційна потреба у значній зміні надання послуг
- докази економічної ефективності можуть впливати на впровадження рекомендацій.

Системний пошук літератури про економічні доказові дані щодо цих питань, що охоплював 2012–2017 роки, провів науковець з доказових даних та інформації SIGN. Бази даних, у яких здійснювався пошук, включали базу даних економічної оцінки Medline, Embase та NHS (NHS EED). Кожна із відібраних робіт оцінювалася економістом з питань охорони здоров'я та розглядався на предмет клінічної значимості членами групи з розробки настанов.

Втручання вважаються економічно вигідними, якщо їхня вартість опускається нижче загальноновизнаного порогу у Великобританії в 20000 фунтів стерлінгів на рік життя, прожитий якісно (QALY).

11.2 Рекомендації для проведення дослідження

Група з розробки настанови не змогла виявити достатню кількість доказових даних для відповіді на всі ключові запитання, задані в цій настанові (*див. Додаток 1*). Визначено наступні напрямки подальших досліджень.

- Дослідження щодо виявлення та ведення людей з делірієм на первинній ланці надання медичної допомоги, в спільноті та в умовах тривалого надання допомоги.
- Валідація інструментів для рутинного моніторингу хворих з делірієм з уточненням частоти використання цих інструментів та їх впливу на результати та економічну ефективність.
- Дослідження практичності та діагностичної цінності проведення ЕЕГ дорослим з делірієм.
- РКД щодо ефективності моніторингу глибини наркозу для зменшення післяопераційного делірію у пацієнтів з деменцією, яким проводять операцію, і пацієнтів, яким проводять невідкладні хірургічні операції або ортопедичні операції в зв'язку з травмою.
- Дослідження багатокомпонентних втручань для лікування пацієнтів з делірієм в лікарняних умовах.
- Великі багатоцентрові дослідження, в яких детально описується обсяг немедикаментозних втручань у ВРІТ з доказами їх впровадження.
- РКД щодо ефективності та безпечності антипсихотичних засобів для зменшення ризику розвитку делірію у пацієнтів, які перебувають у ВРІТ чи інших лікарняних умовах.
- РКТ щодо ефективності та безпечності галоперидолу для зменшення тяжкості та тривалості делірію поза умовами ВРІТ.
- РКД щодо ефективності та безпеки антипсихотичних засобів, бензодіазепінів або дексметомідину для зменшення тяжкості та тривалості делірію у пацієнтів, які перебувають у ВРІТ.
- Дослідження впливу наявності подальших спостережень у клініці та підтримки психічного здоров'я населення для покращення показників летальності протягом першого року.

11.3 Перегляд і оновлення

Ця настанова була видана у 2019 році, та буде розглянута необхідність перегляду через три роки. Історія переглядів та будь-які оновлення настанови у

проміжний період будуть відмічені у звіті про перегляд, доступному у розділі допоміжних матеріалів цієї настанови на веб-сайті SIGN: www.sign.ac.uk

Коментарі щодо нових доказових даних, які б оновили цю настанову, вітаються і повинні бути надіслані керівництву SIGN, Gyle Square, 1 South Gyle Crescent, Edinburgh, EH12 9EB (email: sign@sign.ac.uk).

12. Розробка клінічної настанови

12.1 Вступ

SIGN це партнерська мережа клініцистів, інших спеціалістів з охорони здоров'я та пацієнтських організацій та є частиною Національної організації з покращення сфери охорони здоров'я Шотландії. Клінічні настанови SIGN розробляються мультидисциплінарними групами практикуючих спеціалістів сфери охорони здоров'я, з використанням методології, що спирається на систематичні огляди доказових даних. Більше деталей про SIGN та розробку клінічних настанов ви можете дізнатись з "SIGN 50: Посібник з розробки клінічних настанов", що є у вільному доступі за адресою www.sign.ac.uk. Ця клінічна настанова була розроблена згідно з виданням SIGN 50 2015 року.

12.2 Робоча група з розробки клінічної настанови

- Dr Ajay Macharouthu - консультант у Психіатричній клініці для літніх людей Liaison, Університетська лікарня Crosshouse, Kilmarnock
- Професор Alasdair MacLulich - професор з геріатрії, University of Edinburgh, Почесний консультант з геріатрії, Royal Infirmary of Edinburgh
- Dr Anthony Byrne - консультуючий лікар, Forth Valley Royal Hospital, Larbert
- Dr Sweyn Garrioch - консультуючий анестезіолог, Borders General Hospital, Melrose
- Dr Michael Götz - консультуючий психіатр, Forth Valley Royal Hospital, Larbert
- Ms Maureen Huggins- представник опіки, Dumfries
- Dr Julie Mardon -консультант з медицини невідкладних станів, University Hospital Crosshouse, Kilmarnock
- Dr Sharon Mulhern - консультант, ведучий спеціаліст з нейропсихології Ayrshire Central Hospital, Irvine
- Mr Brian O'Toole - спеціаліст з економіки охорони здоров'я , Healthcare Improvement Scotland
- Dr Gautamananda Ray - консультуючий лікар, Royal Alexandra Hospital, Paisley
- Ms Daisy VE Sandeman - практикуюча клінічна медична сестра, Royal Infirmary of Edinburgh
- Mrs Lynne Smith - спеціаліст з доказових даних та інформації, Healthcare Improvement Scotland
- Dr Roy Soiza - консультуючий лікар, Aberdeen Royal Infirmary
- Ms Christine Steel AHP консультант (деменція), West Glasgow Ambulatory Care Hospital
- Ms Ailsa Stein програмний менеджер, SIGN
- Ms Alyson Warren ведучий фармаколог, Care of the Elderly, Raigmore Hospital, Inverness

- Dr Elizabeth Wilson - консультант з інтенсивної терапії та анестезії, Royal Infirmary of Edinburgh
- Dr Maria Wybrew - лікар загальної практики, Thurso and Halkirk Medical Practice.

Розробка клінічних настанов та експертна оцінка огляду літератури, підтримка та сприяння були надані правлінням SIGN та персоналом Організації з покращення сфери охорони здоров'я Шотландії. Усі члени правління SIGN щорічно декларують свої інтереси. З реєстром інтересів можна ознайомитись на сторінці з контактами на сайті SIGN: www.sign.ac.uk

- Euan Bremner - куратор проекту, член правління SIGN
- Karen Graham - радник з залучення пацієнтів та населення, Організація з покращення сфери охорони здоров'я Шотландії.
- Aimie Little - куратор з адміністративних питань, член правління SIGN
- Domenico Romano - дизайнер публікацій, член правління SIGN
- Gaynor Rattray - координатор клінічної настанови, член правління SIGN
- Dr Carolyn Sleith - спеціаліст з доказових даних та інформації, Організація з покращення сфери охорони здоров'я Шотландії.

12.3 Подяка

SIGN вдячні нижченаведеним колишнім членам групи з розробки клінічних настанов та іншим людям, які внесли свій вклад до процесу створення цієї клінічної настанови.

- Ms Karen Martin - координатор з розвитку сфери охорони психічного здоров'я, Carers Trust, Glasgow
- Mr James McKillop - представник пацієнтської спільноти, Glasgow
- Ms Rachael Wybrew - студент-медик, Birmingham

12.4 Консультування та експертна оцінка

12.4.1 Національна відкрита зустріч

Національна відкрита зустріч це головна консультативна фаза розробки клінічних настанов SIGN, де робоча група зі створення клінічної настанови вперше презентує попередній варіант рекомендацій. Національна відкрита зустріч для цієї клінічної настанови була проведена 21 липня 2018 року, та її відвідало 123 представники усіх ключових спеціальностей, яких стосується клінічна настанова. Попередній варіант настанови також був доступний на сайті SIGN (на даному етапі лише протягом обмеженого проміжку часу), для того щоб ті, хто не був у змозі потрапити на зустріч також могли зробити свій внесок до клінічної настанови.

12.4.2. Експертна оцінка

Огляд попереднього варіанту цієї клінічною настанови проводився нижченаведеними незалежними спеціалістами, завданням яких було прокоментувати в першу чергу універсальність та достовірність інтерпретування доказової бази, що слугувала основою для рекомендацій у цій настанові. Робоча група розглядає кожен коментар, зроблений зовнішнім рецензентом та повинна проводити роз'яснення щодо кожної думки, що розходиться з коментарями рецензентів. Звіт по коментарях рецензентів та відповідях

робочої групи можна знайти у розділі додаткових матеріалів для цієї настанови на сайті SIGN. Усі рецензенти задекларували свої інтереси, детальніше про них можна дізнатись за запитом до Правління SIGN.

SIGN дуже вдячний усім цим спеціалістам за їх вклад до цієї клінічної настанови.

- Dr Nikhil Agrawal лікар загальної практики, Southside Road Surgery, Inverness
- Dr Jonathan Antrobus консультуючий анестезіолог, Borders General Hospital, Melrose
- Dr Janet Bennison консультуючий спеціаліст з геріатрії, Borders General Hospital, Melrose
- Dr Claire Copeland консультуючий терапевт, Forth Valley Royal Hospital, Larbert
- Dr Duncan Gray Associate спеціаліст з геріатрії, Raigmore Hospital, Inverness
- Dr Conrad Harvey лікар загальної практики, Ayrshire Central Hospital, Irvine
- Ms Lynne Irvine консультант з догляду за хворими з деменцією, організація Alzheimer Scotland, NHS Grampian
- Dr Simon McAree консультант з анестезіології та інтенсивної терапії, Borders General Hospital, Melrose
- Mr Scott Murray спеціаліст з консультативної психіатрії та догляду за хворими похилого віку, Borders General Hospital, Melrose
- Dr Terence Quinn головний лектор та почесний консультуючий терапевт, University of Glasgow
- Dr Saif Razvi консультуючий невролог, Queen Elizabeth University Hospital, Glasgow
- Dr Pushkar Shah консультуючий невролог, Queen Elizabeth University Hospital, Glasgow
- Ms Sandra Shields консультант з догляду за хворими з деменцією, організація Alzheimer Scotland, NHS Greater Glasgow and Clyde
- Ms Helen Skinner консультант з догляду за хворими з деменцією, організація Alzheimer Scotland, NHS Fife

12.4.3. Редакторська група SIGN

В якості фінальної оцінки якості, настанову рецензує редакторська група, що складається з представників SIGN Council відповідних спеціальностей, метою якої є переконатись, що на коментарі експертів адекватно відреагувала робоча група та, що мінімізовано будь який ризик виникнення похибки у процесі розвитку клінічної настанови. Склад редакторської групи даної настанови наведений нижче. Усі члени SIGN Council декларують свої інтереси щороку. Реєстр інтересів наявний на сторінці з членами SIGN Council на сайті SIGN www.sign.ac.uk.

- Dr Jenny Bennison Royal College of General Practitioners
- Dr Roberta James керівник програми SIGN; співредактор
- Professor John Kinsella правління SIGN; співредактор
- Dr Jane Morris Royal College of Psychiatrists
- Ms Jacqueline Thompson Royal College of Nursing

Список скорочень

4AT Тест 4x A (Arousal - Пробудження, Attention - Увага, Abbreviated Mental Test 4 - прискорений тест на розумові здібності 4, Acute change Test - тест на гострі зміни стану)

СНІД синдром набутого імунодефіциту

АМТ прискорений тест на розумові здібності

САМ Confusion Assessment Method - метод оцінки дезорієнтації

ДІ (СІ) довірчий інтервал

СРБ С-реактивний білок

CSF спинномозкова рідина (СМР)

КТ комп'ютерна томографія

СХR рентген грудної клітини

DOS Delirium Observation Screening Scale - шкала спостереження та виявлення делірію

DRS-98-R Delirium Rating Scale шкала оцінки тяжкості делірію

DSD delirium superimposed on dementia - делірій, який накладається на деменцію

DSM-5 Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 5 редакція

ЕКГ електрокардіограма

ЕЕГ електроенцефалограма

ЗАК загальний аналіз крові

GMC Генеральна медична рада

GP (ЛЗП) - лікар загальної практики

МКХ-10 Міжнародна класифікація хвороб, 10 редакція

ВРІТ відділення реанімації та інтенсивної терапії

ICDSC Intensive Care Delirium Screening Checklist - чеклист для скринінгу розвитку делірію в інтенсивній терапії

LFT (ТФП) тест на функцію печінки

МА marketing authorisation - реєстраційне посвідчення фармакологічного засобу

MMSE Mini Mental State Examination - Мала шкала оцінювання психічного статусу

mRASS Modified Richmond Agitation-Sedation Scale - модифікована шкала ажитації-седації Річмонда

NCSE non-convulsive status epilepticus - неконвульсивний епілептичний статус

NICE National Institute for Health and Care Excellence Національний інститут з забезпечення високої якості охорони здоров'я

Nu-DESC Nursing Delirium Screening Scale - шкала скринінгу делірію при догляді за хворими

OR (ВР) відношення ризиків

ПЛР полімеразна ланцюгова реакція

ПТСР посттравматичний стресовий розлад

QALY quality-adjusted life year - показник тривалості життя, скоригований на його якість

RADAR Recognising Acute Delirium As part of your Routine - рутинне розпізнавання гострого делірію

RASS шкала ажитації-седації Річмонда

РКД рандомізоване контрольоване дослідження

RR відносний ризик

SDA Scottish Delirium Association - Асоціація делірію Шотландії

SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network - Міжколегіальна мережа клінічних настанов Шотландії

SMC Scottish Medicines Consortium - Шотландський медичний консорціум

SMD standardised mean difference - стандартизований показник середньої різниці
SPICE III рання цільова седація у порівнянні зі стандартним доглядом за пацієнтами, що знаходяться на ШВЛ в інтенсивній терапі
SQID Single Question to Identify Delirium - Єдине запитання для визначення делірію
TCD (ТКД) транскраніальна доплерографія
TIME Triggers, Investigate, Manage, Engage - Тригери, Обстеження, Ведення, Залучення
УЗ ультразвук
ІСШ інфекція сечовивідних шляхів

Додаток 1

Ключові питання для створення клінічної настанови

В основі цієї клінічної настанови лежить серія структурованих ключових запитань, що визначають цільову популяцію, втручання, діагностичний тест або дослідження, використані групи порівняння та результати лікування, використані для визначення різних аспектів ефективності або ризику. Ці запитання створюють базу для систематичного огляду літератури.

Розділ(и)	Ключові запитання
3.1	<p>1. Які інструменти необхідні для діагностування делірію та коли їх використовувати?</p> <p>Популяція: дорослі, які мають ризик розвитку делірію Інструменти оцінювання: а. Тест 4х А (Arousal - Пробудження, Attention - Увага, Abbreviated Mental Test 4 - прискорений тест на розумові здібності 4, Acute change Test - тест на гострі зміни стану) (4AT) б. Інструмент "Метод оцінки дезорієнтації" (CAM) с. Інструмент "Метод оцінки дезорієнтації 3D" (3D-CAM) д. Шкала спостереження та виявлення делірію (DOS) е. Єдине запитання для визначення делірію (SQID) ф. Мнемонічна шкала оцінки важкості делірію (MDAS) г. Рутинне розпізнавання гострого делірію (RADAR) h. Рейтингова шкала делірію – 98 – переглянута(DRS-98-R) і. Чеклист для скринінгу розвитку делірію в інтенсивній терапії (ICD-SC) j. CAM для відділення інтенсивної терапії(CAM-ICU) к. Шкала ажитації-седації Річмонда (RASS); Модифікована RASS l. Інструмент "Сімейний метод оцінки дезорієнтації"(FAM-CAM) m. Інструмент "Короткий метод оцінки дезорієнтації"(B-CAM) n. Шкала скринінгу делірію при догляді за хворими(Nu-DESC) о. Шкала синдромів органічного ураження мозку (OBS) р. Мала шкала оцінювання психічного статусу Порівняння: Діагностичний та статистичний посібник (DSM-5) або Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) для визначення діагнозу; між різними інструментами Результати: чутливість, специфічність, докази зручності для клінічної практики</p>

3.2,3.3	<p>2. Які інструменти повинні використовуватись для моніторингу та коли їх потрібно використовувати</p>
	<p>Популяція: дорослі, які мають ризик розвитку делірію Інструменти оцінювання: a. Тест 4х А (Arousal - Пробудження, Attention - Увага, Abbreviated Mental Test 4 - прискорений тест на розумові здібності 4, Acute change Test - тест на гострі зміни стану) (4АТ) b. Інструмент “Метод оцінки дезорієнтації” (СAM) c. Інструмент “Метод оцінки дезорієнтації 3D” (3D-CAM) d. Шкала спостереження та виявлення делірію (DOS) e. Єдине запитання для визначення делірію (SQID) f. Мнемонічна шкала оцінки важкості делірію (MDAS) g. Рутинне розпізнавання гострого делірію (RADAR) h. Рейтингова шкала делірію – 98 – переглянута(DRS-98-R) i. Чеклист для скринінгу розвитку делірію в інтенсивній терапії (ICD-SC) j. CAM для відділення інтенсивної терапії(CAM-ICU) k. Інструмент “Сімейний метод оцінки дезорієнтації”(FAM-CAM) l. Інструмент “Короткий метод оцінки дезорієнтації”(B-CAM) m. Шкала скринінгу делірію при догляді за хворими(Nu-DESC) n. Шкала синдромів органічного ураження мозку (OBS) Порівняння: Діагностичний та статистичний посібник (DSM-5) або Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) для визначення діагнозу; між різними інструментами Результати: чутливість, специфічність, докази зручності для клінічної практики</p>
3.4	<p>3. Які інші обстеження можуть бути корисними для оцінки пацієнта на предмет наявності делірію?</p>
	<p>Популяція: дорослі, які мають ризик розвитку делірію Втручення: a. візуалізація (КТ або МРТ сканування) b. люмбальна пункція c. електроенцефалограма (ЕЕГ) d. тестування на наявність антитіл характерних для аутоімунного енцефаліту e. токсикологічне обстеження Порівняння: звичне обстеження Результати: чутливість, специфічність, економічний ефект</p>
4,5	<p>4. Які стратегії для зменшення ризику є ефективними для пацієнта, що має ризик розвитку делірію?</p>
	<p>Популяція: дорослі, які мають ризик розвитку делірію Втручання: Багатокомпонентні втручання – нефармакологічні та фармакологічні Нефармакологічні: a. проактивний скринінг на предмет наявності делірію та фонових когнітивних порушень, зокрема деменції b. достатнє наводнення</p>

	<p>c. уникнення катетеризації d. сенсорні порушення e. закріп f. гігієна сну та заохочення до сну g. попередження падінь та забезпечення мобільності h. надання засобів комунікації i. вплив переміщення з палати в палату (включно з перекладанням з каталки на ліжку) j. фактори оточуючого середовища Фармакологічні: a. узгодження медикаментозної терапії b. знеболення c. антипсихотики та бензодіазепіни (для терапевтичних та хірургічних пацієнтів) d. седація на час нічного сну Порівняння: звичний догляд Результати: частота делірію (внутрішньолікарняного), поширеність деліпію (внутрішньолікарняного), тривалість делірію, важкість делірію.</p>
6	<p>5. Які найбільше ефективні нефармакологічні стратегії існують для ведення пацієнтів з делірієм?</p>
	<p>Популяція: пацієнти з делірієм Втручання: Багатокомпонентні нефармакологічні втручання (Персонал) адаптація поведінки: • спокійна, неконфліктна манера розмови • заспокоєння • переорієнтування пацієнта • техніки відволікання/деескалаційні техніки • один пацієнт - одна медсестра • когнітивна стимуляція Адаптація навколишнього середовища: • одномісна палата • добре освітлене приміщення • чіткі знаки які вказують на те: який зараз день, час, пора року, де знаходиться пацієнт • знайомі предмети • залучення родини • мінімізувати переміщення ліжка • активності та трудова терапія • робота з сенсорними порушеннями • підтримання здорового сну • забезпечення мобільності Боротьба зі специфічними причинами стресу: • біль • голод • занадто спекотно/занадто холодно • жажда/сухість у роті • затримка сечі • специфічні страхи • нерозуміння того що відбувається • галюцинації, маячення, агресія, ажитація та блукання, пошук</p>

	<p>Порівняння: звичний догляд, фармакотерапія</p> <p>Результати: смертність, повна відповідь на терапію, тривалість делірію, важкість делірію, дистрес за час делірію, тривалість госпіталізації, втрата можливості до самообслуговування/переміщення до іншої установи, зменшення проявів у довготривалому періоді, економічна ефективність</p>
7.	<p>6. Які найбільш ефективні фармакологічні стратегії для ведення пацієнтів з делірієм?</p>
	<p>Популяція: пацієнти з делірієм</p> <p>Враховуйте те, що делірій може бути гіперактивним або гіпоактивним</p> <p>Враховуйте субпопуляції:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хвороба Паркінсона 2. делірій, що накладається на деменцію 3. пацієнти які тривало отримують медикаментозну терапію на момент госпіталізації <p>Втручання</p> <ol style="list-style-type: none"> a. антипсихотики b. бензодіазепіни c. інгібітори ацетилхолінестерази d. мелатонін e. антидепресанти f. дексмететомидин g. клонідин h. пропранолол i. відміна препаратів, що можуть бути причиною делірію <p>Порівняння: звичний догляд, між різними терапіями</p> <p>Результати: Смертність, повнота відповіді, тривалість делірію, важкість делірію, тривалість госпіталізації, втрата змоги до самообслуговування/переведення до іншого закладу, підвищення ризик деменції, погіршення деменції, побічні ефекти, зменшення проявів у довготривалому періоді, економічна ефективність.</p>
8	<p>7. Яку допомогу повинні отримувати пацієнти, що перенесли делірій?</p>
	<p>Популяція: пацієнти з делірієм</p> <p>Втручання:</p> <p>Скринінг на:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. деменцію b. функціональні психіатричні порушення – посттравматичний стресовий розлад, депресія <p>Порівняння: звичний догляд</p> <p>Результати: частота виникнення деменції після делірію, частота психіатричних розладів</p>

Додаток 2

Обстеження для виявлення причини делірію

Більшість людей з делірієм є дорослими старшого віку, зазвичай з підвищеною схильністю до розвитку делірію через фоніві неврологічні захворювання (наприклад деменція, цереброваскулярні захворювання, хвороба Паркінсона). В кожному випадку зазвичай існує більш ніж один провокуючий фактор. Визначення цих факторів та направлення зусиль на ті, вплив яких можна зменшити лежить в основі терапії пацієнта з делірієм.

Якісний збір анамнезу з урахуванням фонівих захворювань, когнітивної функції та рівня функціонування є джерелом ключової інформації. Однак людина, що має ризик розвитку делірію може бути не в стані надати правдиву інформацію самостійно через дезорієнтацію або знижену концентрацію уваги. Паралельний збір анамнезу від членів родини пацієнта або його опікунів є необхідним для підтвердження та доповнення історії пацієнта. Паралельний збір анамнезу має бути проведений при першій можливості. Родичі часто супроводжують хвору людину при первинному огляді у лікарні чи вдома. Додаткова витрата часу на збір цієї інформації на ранніх стадіях може допомогти у швидкому встановленні діагнозу та початку лікування провокуючих факторів.

Має бути проведений повний клінічний огляд включно з неврологічним обстеженням для визначення вогнищевої симптоматики та огляд скелетно-м'язової системи з метою виявлення ознак травми. Дезорієнтація та ажитація можуть призводити до поганої кооперації пацієнта та нерозуміння інструкцій, що ускладнює огляд.

Важкі захворювання мають бути ідентифіковані та швидко розпочата їх терапія як ургентних станів (дов. Додаток 3). Необхідно враховувати дані огляду, сатурацію крові киснем та глюкозу крові, яку необхідно перевіряти біля ліжка пацієнта з метою виключення гіпоглікемії. У кожному випадку необхідно враховувати можливість інтоксикації через прийом медикаментів.

Інформація отримана з анамнезу та огляду впливатиме на подальше обстеження. Деякі обстеження є загальними та застосовними для всіх пацієнтів, тоді як інші пов'язані зі специфічними даними анамнезу та огляду. На обстеження також впливатимуть умови в яких знаходиться пацієнт - вдома чи в лікарні.

Нижченаведені обстеження проводяться зазвичай, але їх перелік не є всеохоплюючим.

Дослідження крові:

- Функція нирок (сечовина та електроліти) - для визначення рівня зневоднення, важкого ураження нирок, хронічної хвороби нирок, гіпонатріємії.
- Загальний (розгорнутий) аналіз крові – для визначення анемії, макроцитозу, лейкоцитозу
- С-реактивний білок (СРБ) – для визначення наявності запалення/інфекції
- Дослідження функції печінки (LFT) – є показником порушення функції печінки, що може вказувати на інфекцію жовчовивідних шляхів, злоякісну пухлину, печінкову енцефалопатію
- Кальцій - гіперкальціємія може бути причиною дезорієнтації, що потребує подальшого дообстеження.
- Бактеріальний посів крові – якщо є ознаки інфекції (напр. лихоманка чи сепсис)
- Функція щитоподібної залози – порушення функції щитоподібної залози може бути причиною дезорієнтації

- Вітамін В12 та фолієва кислота – розгляньте можливість такого аналізу якщо є ознаки що вказують на порушення нутритивного статусу або макроцитоз в загальному аналізі крові.

Електрокардіограма (ЕКГ)

- може визначити ішемію міокарду, що немає явних клінічних проявів або значну аритмію (наприклад фібриляцію передсердь)

Радіологічне обстеження:

- Рентгенограма грудної клітини - має бути виконана якщо є симптоми патології органів грудної клітини, наприклад інфекції.

Потрібно пам'ятати, що фізикальне обстеження може не показати всієї наявної патології, наприклад пухлини, тому необхідно розглядати можливість проведення додаткових візуалізаційних обстежень.

- Рентгенографії кістково-м'язової системи - проводити якщо є ознаки травми або підозра на перелом.
- Призначення інших візуалізаційних обстеження залежить від анамнезу, результатів огляду або початкових обстежень.

Інші види обстежень

- Визначення гіпоксії за допомогою пульсоксиметрії
- Аналіз сечі тест-смужками та бактеріальний посів сечі - негативний аналіз сечі є показником того, що наявність інфекції сечовивідних шляхів ж малоімовірною, але позитивний аналіз не означає наявності інфекції.

Безсимптомна бактеріурія може бути присутньою у людей літнього віку і делірій може бути причиною того, що людина не може надати лікарю даних про наявність ІСШ в анамнезі. Це може створювати неоднозначну ситуацію, тому лікування підозри на ІСШ повинне мати клінічні підстави та проводитись при високій ймовірності її наявності.

- Приліжкове ультразвукове дослідження сечового міхура - для визначення затримки сечі.
- Інструменти для оцінки болю.

Це не повний список обстежень які повинні бути проведені, обстеження має спиратись на інформацію отриману при першому контакті та подальший розвиток клінічної ситуації. У Розділі 3 наведено доказово обґрунтовані обстеження, що є рекомендованими до проведення.

Якщо є підозра про наявність патології ЦНС як причини делірію, доцільним буде проведення таких обстежень як - візуалізація головного мозку (КТ, МРТ), ЕЕГ, виявлення аутоантитіл (наприклад для аутоімунного енцефаліту антитіла проти потенціалзалежних кальцієвих каналів, анти-NMDA антитіла).

Додаток 3. Зведений протокол з ведення пацієнтів з делірієм за схемою TIME

Ім'я _____
 Дата народження _____
 Номер СНІ _____

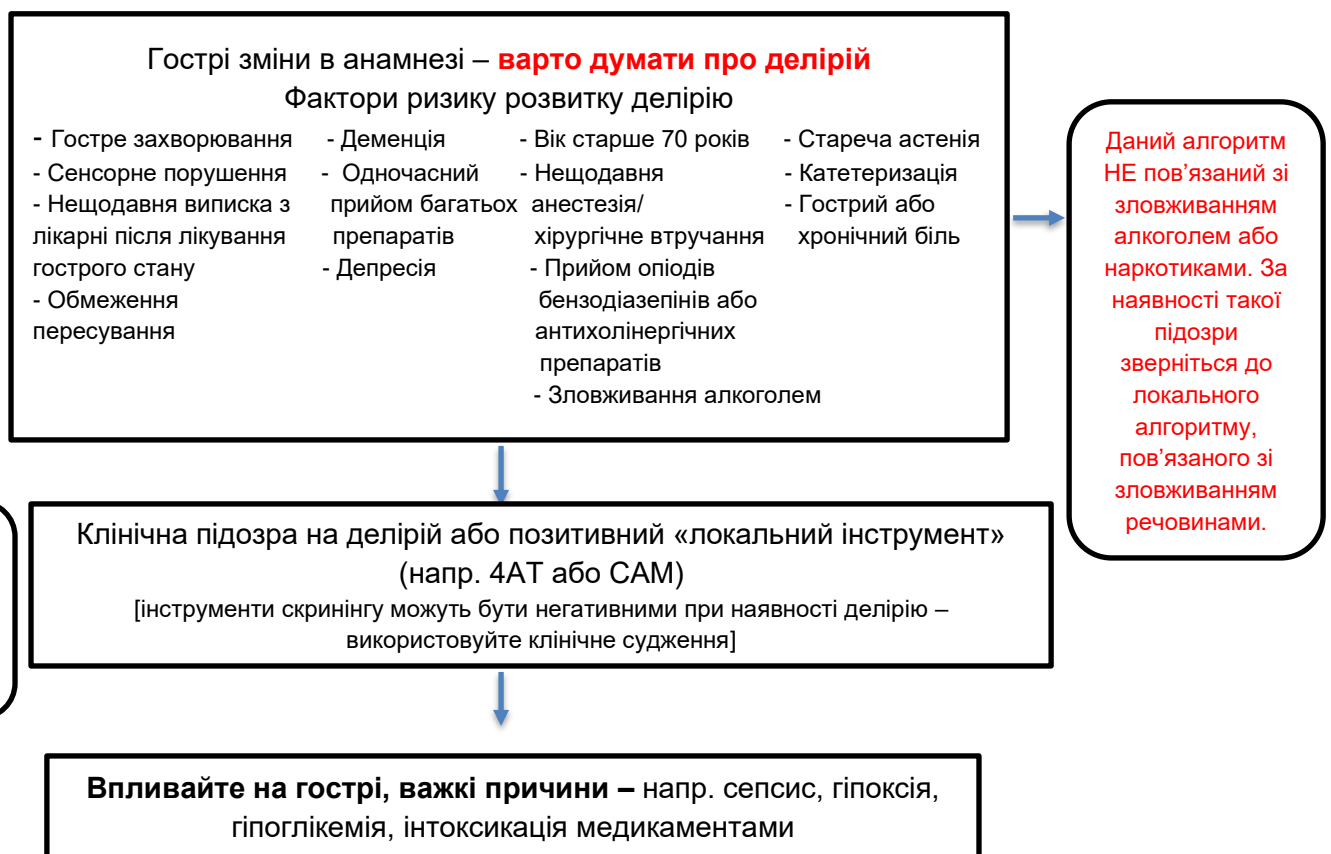
Дата проведення _____
 Час початку _____

Ім'я лікаря _____ Підпис лікаря _____
 Спеціальність _____

Розпочніть оцінювання за TIME протягом 2 годин (позначте час початку та завершення)	Оцінка проведена	Результати отримано	Відхилення виявлено
Міркуйте методом виключення та починайте лікування можливих причин			
Т Національна шкала раннього попередження (шкала NEWS) (подумайте про "септичну шістку")			
Глюкоза крові			
Медикаментозний анамнез (призначення нових препаратів/зміна дозування/нещодавня відміна препарату)			
Оцінка болю (шкала болю Abbey)			
Оцінка на предмет затримки сечі			
Оцінка на предмет закрепу			
Проведіть обстеження та діагностичні втручання для визначення етіології			
І Оцініть гідратацію та почніть рахувати баланс рідини			
Кров (ЗАК, сечовина та електроліти, кальцій, функція печінки, глюкоза, СРБ, магній)			
Шукайте симптоми та ознаки інфекції (шкіра, органи грудної клітини, сеча, ЦНС)			

	та проведіть відповідні мікробіологічні/візуалізаційні дослідження в залежності від клінічної оцінки (див. септичну шістку)			
	ЕКГ (на предмет ГКС)			
М	План ведення	Виконано		
	Розпочніть лікування УСІХ етіологічних факторів виявлених вище			
Е	Залучення та з'ясування обставин (завершіть протягом 2 годин, але якщо член родини/опікун на даний момент відсутній - протягом 24 год)			
	Поспілкуйтесь з самим пацієнтом/членом родини/опікуном - з'ясуйте чи це звичайна поведінка пацієнта. Запитайте: Яким чином ви б хотіли бути залучені до лікувального процесу?			
	Поясніть діагноз делірію пацієнту та членам родини/опікуну (використовуйте інформаційний листок з делірію)			
	Задokumentуйте діагноз делірію			

Додаток 4. Алгоритм з ведення делірію Шотландської асоціації делірію



Даний алгоритм не є вичерпним

Існують і інші причини делірію та додаткові або

альтернативні методи оцінки стану, обстеження, стратегії ведення та лікування можуть виявитись необхідними для окремо взятого пацієнта.

Клінічне судження та прийняття рішень повинно залежати від професіонала, кваліфікація якого відповідає ситуації.

Клінічна команда повинна отримати інформативний анамнез та оцінити здатність пацієнта надати згоду на лікування. Якщо пацієнт не в стані надати згоду на лікування, заповніть форму згоди на лікування родича/опікуна. План лікування повинен обговорюватись з родичем пацієнта/адвокатом (додайте сертифікат до плану лікування).

- Потрібно скотакуватись з представником пацієнта та отримати інформацію про анамнез, пов'язаний з когнітивними порушеннями та функціональною здатністю, додатково до анамнезу поточної хвороби.
- Представник пацієнта має описати, в тому числі кількісно, вживання алкоголю та нещодавні зміни у прийомі препаратів, падіння, зміни питного режиму та режиму харчування та визначити поточний рівень соціальної підтримки.
- Якщо відсутній представник пацієнта, скотакуйте з сімейним лікарем/соціальними службами/опікуном/будинком престарілих
- Використовуйте IQCODE або AD8 в якості допоміжного інструменту у зборі анамнезу
- Визначити поточний рівень соціальної підтримки пацієнта

Діагноз делірію часто залишається невстановленим

Зверніть увагу на те, що пацієнти з делірієм можуть мати параноїдальні ідеї / маячення; оцінюйте ризики та ведіть пацієнта відповідно цьому.

Оцініть за допомогою локальних інструментів та задокументуйте первинний показник когнітивної функції.

- AMT4 AMT10 MOCA GPCOG
 - Оцініть пам'ять, настрої, сприйняття, характер сну, процес мислення
- Проведіть повний фізикальний огляд, включно з неврологічним оглядом, оцінкою мовлення та рівня усвідомленості. Огляньте на предмет ознак сепсису (сечовий міхур, легені, шкіра), закрепу та призначте рентгенограму ОГК.

ЗАФІКСУЙТЕ ДІАГНОЗ ДЕЛІРІЮ ТА УСІ СУПУТНІ СТАНИ; ПРОВІДЬТЕ ПОВТОРНУ ОЦІНКУ СТАНУ ЗГІДНО ВИМОГ.

Огляд медикаментів

- Врахуйте відповідність віку
- Чи починав/закінчував прийом препаратів нещодавно?
- Проблеми з комплаєнтністю \ конкордантністю медикаментозній терапії?
- Обережно оцінюйте поточну потребу в опіоїдах, бензодіазепінах, антипсихотиках, протиепілептичних, антигістамінних, антигіпертензивних (особливо при гіпотензії), спазмолітиках, кортикостероїдах, трициклічних антидепресантах, дигоксині, протипаркінсонічних препаратах.
- Уникайте раптового припинення прийому препаратів що мають потенціал до утворення звикання та розвитку синдрому відміни.

Обстеження

Залежить від анамнезу та знахідок при огляді:

- Сечовина та електроліти/ функція печінки/ ЗАК/ глюкоза/ СРБ
- Кальцій/фосфор
- Функція щитоподібної залози
- Сатурація киснем/ газів артеріальної крові
- ЕКГ
- Рентген ОГК
- ЗАС, бак. Посів сечі
- Посів крові/ мокротиння/ фекалій за необхідності
- КТ мозку при порушенні коагуляції (терміново), травмі голови, органічних симптомах або персистуючих симптомах з боку ЦНС.

Оптимізація ведення супутніх захворювань

Наприклад

- Респіраторне захворювання
- Цукровий діабет
- **Захворювання серця** /серцева недостатність
- Захворювання щитоподібної залози
- Хвороба Паркінсона
- Цереброваскулярні захворювання

Уникайте
Пересування ліжка
Непотрібних втручань
Гіпоксії
Зневоднення
Закрепу
Катетеризації

Зазвичай є декілька причин розвитку делірію, але у 30% випадків, не вдається виявити жодної.

Заходи, що стосуються оточуючого середовища та загальні заходи

- Підходити до пацієнта тихо та спокійно спереду
- Фіксування часу сну; підтримувати неспання протягом дня та різні активності
- Дозволити пацієнту бути мобілізованим наскільки це можливо у безпечному щодо дезорієнтації та падіння середовищі
- Переконайтесь у правильності підбору окулярів та роботи слухового апарату, вичищати сірчані пробки
- Переконайтесь що пацієнт перебуває на адекватній його стану дієті, фіксуйте спожиту кількість їжі та рідини
- Регулярно заспокоюйте та переорієнтуйте (з використанням годинника, календаря)
- Встановіть комунікатор близько до пацієнта та якомога швидше відповідайте на дзвінки
- Прислухайтесь до того як пацієнт виражає свої потреби
- Зменшіть шуми (монітори та сигнали) та фоновий шум
- При проблемах зі слухом або якщо пацієнт іншомовний, запросіть перекладача
- Якщо пацієнт підпадає під Акт про психічне здоров'я (Шотландія), надайте йому весь необхідний юридичний захист.

Медсестринський та лікарський догляд Лікуйте причину виникнення делірію

- Інфекція/сепсис, затримка сечі, закреп, гіпотензія, біль, зневоднення, гіпоксія, гіпоглікемія, гіпонатріємія
- Переконайтесь що сатурація $O_2 > 95\%$ (крім 2 типу ДН при ХОЗЛ)
- Поясніть діагноз пацієнту та його опікуну та надайте інформаційний листок
- Використовуйте схему Butterfly «познайомся зі мною»/ «це я»/ «не забувай мене»
- Оцінюйте біль та спостерігайте за ним (використовуйте шкалу болю Abbey або інші засоби)
- Переконайтесь що ковтання є безпечним для пацієнта

Пацієнту стає краще

- Зменшіть дозу та завершіть призначення антипсихотиків
- Повторіть оцінку когнітивної функції
- Розгляньте можливість розвитку післяделіріозного стресу (згадка про пережиті маячення і т.д.)
- Заохочуйте пацієнтів ділитися пережитим з медичним персоналом

Порушення когнітивної функції триває

- Задokumentуйте діагноз делірію у виписці що буде передана до сімейного лікаря
- Високий ризик повторного делірію що вимагатиме негайного лікування
- Дотримуйтесь Алгоритму порушення когнітивної ф-ції

Повторюйте скринінг на делірій при наявності показань поки 2 дні підряд не буде негативного результату

Покращення також може проявлятися у покращенні когнітивної функції або сну

Немає порушення когнітивної функції

- Задokumentуйте діагноз делірію у виписці що буде передана до сімейного лікаря
- Високий ризик повторного делірію що вимагатиме негайного лікування
- Високий ризик розвитку деменції у майбутньому (у літніх)

Лікування симптомів делірію

Послабте слідкування за часами відвідування – використовуйте членів родини для заспокоєння та підтримки пацієнта.

У пацієнтів старшого віку часто зустрічається гіпоактивний делірій

При дистресі лікуйте психотичні симптоми
Розгляньте необхідність залучення додаткового персоналу

! Якщо симптоми пацієнта загрожують їх безпеці або безпеці оточуючих використовуйте низькі дози препаратів (починайте з низької дози та повільно підвищуйте) та переоцінюйте необхідність призначення та дозу кожні 24 години.

Оцініть здатність дати згоду на лікування.

Медикаменти для ажитації/дистресу які не знімаються немедикаментозно:

- **Галоперидол** 0,5-1 мг перорально (макс доза 2 мг/добу)
- **Галоперидол** 0,5 мг в/м (макс доза 2 мг/добу) (Галоперидол протипоказаний до прийому разом з препаратами, що подовжують інтервал QT, що робить таке призначення неліцензованим та потребує слідкування локальним протоколом призначення off label)
- Або атипичний антипсихотик у низькій дозі, наприклад **Рисперидон** 0,25 мг на добу, макс доза 1 мг на добу

Не використовувати при наявності ознак Паркінсонізму або деменції з тільцями Леві

Якщо антипсихотики протипоказані (як наведено вище), Лоразепам 0,5-1 мг перорально (макс 2 мг/добу), Мідазолам 2,5 мг в/м (макс 7,5 мг/добу). Пацієнти молодшого віку можуть потребувати призначення вищих доз.

Червоні прапорці для направлення на консультування психіатром

- Виражене збудження або дистрес, які не відповідають на стандартні вищенаведені заходи
- Сумніви з приводу діагнозу
- Якщо прийнято рішення про обмеження повносправності пацієнта згідно з Актом про Психічне здоров'я

Психіатричні служби також можуть мати анамнестичну інформацію про когнітивні функції та психічне здоров'я пацієнта.

Пацієнту НЕ стає краще

Після тижня важкого делірію направте до відповідного спеціаліста

Делірій може продовжувати персистувати тижні або місяці навіть після усунення безпосередньої причини