

УДК 616.89-008.4-053.9

<https://doi.org/10.65249/1027-7218-2026-8-46-53>

Неалкогольный делирий у лиц пожилого и старческого возраста

Н. Н. Протько, И. В. Патеюк, Г. Д. Ситник, В. Л. Лобашова

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Представлен обзор современных данных по проблеме неалкогольного делирия у людей пожилого и старческого возраста. Статья ориентирована на врачей общей практики, для которых диагностика, лечение и ведение пациентов с неалкогольным делирием является актуальной проблемой.

Ключевые слова: неалкогольный делирий, пожилые люди, врачи общей практики.

The article provides an overview of current data on the problem of non-alcoholic delirium in elderly and senile patients. The article is aimed at general practitioners, for whom the diagnosis, treatment, and management of patients with non-alcoholic delirium is a pressing issue.

Key words: non-alcoholic delirium, elderly people, general practitioners.

HEALTHCARE. 2026; 8: 46–53

NON-ALCOHOLIC DELIRIUM IN THE ELDERLY AND SENILE INDIVIDUALS

N. Prot'ko, I. Pateyuk, G. Sitnik, V. Lobashova

Цель исследования – представить для врачей общей практики (ВОП) информацию по вопросам диагностики, лечения и ведения пациентов старшей возрастной группы с неалкогольным делирием.

Задача – повысить уровень знаний ВОП по проблеме неалкогольного делирия, что поможет своевременно выявлять и адекватно оказывать помощь пациентам с данной патологией.

Критерии отбора литературы для обзора: соответствие заявленной теме, современный взгляд на проблему, авторитетность изданий/авторов, действующие нормативные документы.

Предметом рассмотрения данной статьи является делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F.05 по МКБ-10) (далее – делирий). Делирий – психическое расстройство, протекающее с помрачением сознания, нарушением внимания, восприятия, мышления,

памяти, поведения, эмоций и ритма «сон – бодрствование».

Неалкогольный делирий чаще встречается у пациентов пожилого и старческого возраста, носит инвалидизирующий характер, имеет повышенный риск смертности, связан с необходимостью постороннего ухода за пациентами. Вопросы диагностики, ведения таких пациентов в амбулаторных условиях актуальны для работы ВОП.

Деятельность ВОП в области лечения психических и поведенческих расстройств регламентируется Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи»¹ и клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики»².

Эпидемиология. Распространенность делирия в популяции составляет 0,4–1,1 %. Однако в бо-

¹Об оказании психиатрической помощи : Закон Респ. Беларусь от 18 ноября 2019 г. № 255-3 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H11900255> (дата обращения: 15.04.2026).

²Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 2 марта 2020 г. № 13 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22035194p> (дата обращения: 15.04.2026).

лее старших возрастных группах частота делирия возрастает от 1–5 % у лиц старше 65 лет до 10,1 % у лиц старше 85 лет [1–4]. Ассоциация делирия с возрастом позволяет рассматривать его как гериатрический синдром, в основе которого лежат факторы церебрального старения и декомпенсации соматических расстройств [5].

Часто делирий, так называемый больничный психоз, развивается у пожилых пациентов при госпитализациях. Делирий переносят до 56 % пожилых пациентов стационаров в целом, 87 % пациентов отделений интенсивной терапии, 11–42 % пациентов общесоматических отделений [2; 6]. Особенно часто делирий развивается у пожилых людей после хирургических вмешательств, достигая 51 % при кардиохирургических и ортопедических операциях [7].

Этиология и патогенез. Делирий является неспецифическим синдромом. Чаще он развивается при сочетании исходной уязвимости (предрасположенности) человека и провоцирующих факторов (триггеров) [8].

Предрасполагающими факторами делирия являются: возраст старше 75 лет, мужской пол, ранее перенесенный делирий, психические расстройства, сенсорный дефицит (существенное снижение зрения, слуха), тяжелая соматическая патология, применение мер физического ограничения у пожилых пациентов [4; 7; 9]. Мощнейшим фактором риска является деменция, наличие которой повышает риск делирия в 5 раз [10].

Провоцирующими факторами (триггерами) могут быть следующие ситуации: хирургическое вмешательство, применение некоторых лекарственных препаратов (холинолитических, седативно-снотворных, антигистаминных, наркотических и др.) – до 40 % всех случаев делирия, физические травмы, полипрагмазия (применение более трех лекарственных препаратов в день), психические травмы, изменения жизненной ситуации, инфекции, интоксикации, острые соматические заболевания [3; 4; 9; 11].

Патогенез делирия включает два основных механизма: гиперактивность дофаминергической и холинолитической систем. В формировании данных патогенетических звеньев важную роль играют снижение мозгового кровотока (до 30–50 %), гипоксия мозга, нейродегенерация, нейровоспаление, снижение проницаемости гематоэнцефалического барьера [1; 9; 12].

Основными симптомами делирия являются:

- острое начало психических нарушений;
- изменение уровня сознания: неспособность осознавать происходящее, потеря ориентации во времени, в пространстве, в собственной личности;

- расстройства внимания: неспособность поддерживать разговор и следовать командам;

- расстройства восприятия: неузнавание знакомых людей и помещений, иллюзии, галлюцинации (чаще зрительные);

- расстройства мышления: бред, паранойя, дезорганизованность;

- расстройство памяти (по закону Рибо) – нарушение памяти на недавние события с относительной сохранностью памяти на отдаленные;

- инсомнии: инверсия ритма «сон – бодрствование» – сонливость днем, ухудшение симптомов ночью; кошмары;

- флюктуирующее течение: выраженность симптомов меняется в течение суток. Обычно пациент чувствует себя хуже во второй половине дня, ночью. Периоды ажитации и гиперактивности сменяются апатией, сонливостью, амнезией приступа. Бывают светлые промежутки, когда симптомы исчезают или уменьшаются. Появляется правильное восприятие своего состояния, реальности, способность общаться. Такие промежутки длятся недолго – от нескольких минут до 1 ч.

Частыми симптомами делирия являются страх, тревога и депрессия. Следствием депрессий и галлюцинаций может стать суицидальное поведение [2].

Классификация, течение и прогноз. В настоящее время принята следующая клиническая классификация делирия [6; 13]:

- Гиперактивный делирий. Развивается у 15–21 % пациентов, характеризуется продуктивной симптоматикой (хаотичным двигательным беспокойством, ссорами «на работу», «в дорогу», агрессией на окружающих, травмоопасным поведением, а также вегетативной гиперактивностью (потливостью, тахикардией, расширением зрачков, сухостью во рту, тремором).

- Гипоактивный делирий. Развивается у 19–70 % пациентов, характеризуется заторможенностью, замкнутостью, сонливостью. У таких пациентов имеет место угроза дегидратации, алиментарного истощения и пролежней, повышается вероятность летального исхода [2]. Гипоактивный делирий сложнее диагностировать вследствие стертости клинической картины.

- Смешанный делирий. Наблюдается у 43–56 % пациентов. В этом случае имеются чередования заторможенности с хаотической возбужденностью.

Делирий бывает персистирующим и транзиторным и может длиться от нескольких часов до нескольких месяцев. Неблагоприятным является персистирующее течение, встречающееся у 40 % пожилых пациентов. Оно сопряжено с высоким риском неблагоприятных последствий для памяти и мышления, смертность у таких пациентов

достигает 39 %, что в 4 раза выше, чем при транзиторном течении [1; 9].

Чаще всего трудностей с диагностикой делирия не возникает из-за характерной клинической картины. Затруднения могут возникнуть при диагностике гипоактивного варианта делирия, выяснении причины неалкогольного делирия, а также при дифференциальной диагностике с деменцией. Часто гипоактивный делирий остается нераспознанным [14]. Диагноз делирия устанавливается на основании анамнеза, наблюдения за пациентом и оценки психического, неврологического и соматического статуса.

Пациент с делирием может вступать в адекватное общение только в моменты снижения/исчезновения симптоматики. Объективную информацию о пациенте чаще можно получить у родственников или ухаживающих лиц. Особое внимание следует уделять выяснению ситуаций, состояний, являющихся триггерами делирия.

При сборе анамнеза рекомендуется [2; 15–18]:

- обратить внимание на жалобы, связанные с нарушениями со стороны сердца, органов дыхания, неврологическими расстройствами, инфекциями;

- выяснить скорость развития расстройств сознания;

- выяснить, какие события предшествовали расстройствам сознания: падения и удары головой, лихорадка, отиты или другие гнойные процессы в области головы, острые или хронические заболевания, когнитивное снижение, снижение остроты слуха и зрения, эпизоды делирия, депрессии в прошлом;

- необходимо узнать, какие лекарственные препараты пациент принимает в течение длительного времени или же начал принимать недавно. обратить особое внимание на такие препараты (и их дозы), как противопаркинсонические средства, нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты, антибиотики, антиаритмические и антигистаминные средства, зопиклон, бензодиазепины, валокордин, также на признаки скрытого или явного злоупотребления алкоголем.

Критерии делирия в соответствии с DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание) Американской психиатрической ассоциации [19]:

А. Нарушение внимания (сниженная способность направлять, фокусировать, поддерживать и переключать внимание) и уровня сознания (снижение ориентации в окружающей обстановке).

В. Изменения внимания и сознания развиваются в течение короткого периода времени (обычно от нескольких часов до нескольких дней), и, как

правило, степень тяжести этих нарушений колеблется в течение дня.

С. Нарушение еще одной когнитивной функции (например, дефицит памяти, дезориентация, нарушение речевой функции, зрительно-пространственной ориентации или восприятия).

D. Нарушения по критериям А и С нельзя объяснить другим, уже существующим расстройством, и они не возникают в процессе значительного изменения уровня сознания, например, когда пациент находится в коме.

Е. Существует подтверждение из анамнеза, физического обследования или лабораторных анализов, что настоящее нарушение является прямым следствием другого медицинского состояния, интоксикации препаратом или отмены препарата, воздействия токсинов либо имеет множество причин.

Часто используют диагностический алгоритм по оценке спутанности сознания (Confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm, CAM), основанный на критериях DSM-3 [20]. Его рекомендуют применять при госпитализации пожилого пациента, после оперативного вмешательства, при изменении внимания, мышления, сознания пациента по сравнению с исходным [5].

Соматическое обследование пациентов с делирием необходимо для того, чтобы исключить все потенциально курательные неврологические и соматические заболевания, которые могут вызывать делирий (внутричерепная гематома, инсульт, менингит, энцефалит, опухоль мозга, инфаркт миокарда, тяжелая пневмония, тяжелый пиелонефрит, электролитные нарушения, дегидратация и др.). Иногда острая спутанность сознания предшествует серийным эпилептическим приступам или следует за ними [2; 18].

Обследование пациентов с делирием должно включать: осмотр и пальпацию головы (травмы, сыпь, воспаления лор-органов, асимметричность); оценку общемозговых и очаговых неврологических симптомов; оценку речевых и двигательных нарушений; оценку функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем; осмотр и пальпацию брюшной полости [9; 17; 18]. Следует обратить внимание на задержку мочи и динамическую кишечную непроходимость, которые часто сопутствуют делирию. Мониторинг неврологического статуса проводят в динамике, так как активная седация возбужденных пациентов затрудняет интерпретацию рефлексов.

Минимальное обследование пациентов с делирием включает измерение температуры тела, электрокардиографию, обзорную рентгенографию грудной клетки, ультразвуковое исследование брюшной полости, общий анализ крови, об-

щий анализ мочи, биохимический анализ крови (электролиты, глюкоза, альбумины, С-реактивный белок, показатели функции почек и печени, тиреотропный гормон, кислотно-щелочное состояние) при возможности венозного доступа [1; 17].

Инструментальная диагностика пациентов с делирием показана для уточнения причины делирия, проведения дифдиагностики, проводится у пациентов в межприступный период или у гипоактивных.

Рекомендуется проведение таких исследований, как [2; 9; 17; 18]:

- компьютерная томография (метод выбора у пациентов с делирием) – позволяет исключить внутричерепные кровоизлияния травматического и нетравматического генеза;

- магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга – позволяет получить информацию о состоянии структур ствола, мозжечка и паренхимы больших полушарий, наличии ишемических очагов; противопоказания для МРТ: кардиостимулятор, искусственные суставы, металлические осколки в теле.

Компьютерную томографию и МРТ головного мозга проводятся лицам с предшествовавшими делирию черепно-мозговой травмой, впервые выявленной очаговой неврологической симптоматикой, симптомами энцефалита или лихорадочной неясного генеза;

- ультразвуковая доплерография транскраниальных артерий методом мониторирувания или дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока для исключения гипоперфузии головного мозга – проводится всем пациентам с делирием и указаниями на ишемическую болезнь головного мозга в анамнезе;

- люмбальная пункция и исследование состава ликвора осуществляется при подозрении на менингит и субарахноидальное кровоизлияние;

- электроэнцефалография – проводится пациентам с эпилептическими приступами в анамнезе, при подозрении на атипичный эпилептический статус или нарушения сознания другой этиологии.

Проводится дифференциальная диагностика делирия деменции и депрессии. Порой отличить эти расстройства сложно, так как по клинической картине они схожи и могут присутствовать одновременно.

Делирий в отличие от деменции имеет следующие особенности: острое начало, возможность определения времени начала развития симптомов, длительность – часы, дни, недели, несколько месяцев, часто понятен триггер (госпитализация, операция, инфекции, дегидратация и др.), течение флуктуирующее, симптомы больше выражены в ночное

время, характерно расстройство внимания. Иногда делирий «наслаивается» на деменцию.

У пациентов с деменцией бывают агрессия, галлюцинации, что может напоминать гиперактивный делирий. При деменции когнитивные расстройства развиваются медленно, при сохранном сознании, прогрессируют много лет, без выраженных суточных колебаний состояния, доминирует нарушение памяти.

При подозрении на деменцию пациенту проводят тестирование по краткой шкале оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE) и тест «рисование часов». Эти исследования осуществляют после восстановления нарушений сознания и выраженной астенизации из-за психоза.

При трудностях в различении деменции и делирия основным диагнозом следует считать делирий как более опасный в плане угрозы для жизни [5].

Необходимо дифференцировать делирий и депрессию – частый гериатрический синдром. Такие симптомы депрессии, как заторможенность, сонливость, слабость, отказ от пищи, от помощи, напоминают гипоактивный вариант делирия. Для дифференциальной диагностики делирия и депрессии может использоваться гериатрическая шкала депрессии.

Лечение пациентов с делирием является комплексным, включающим немедикаментозные и медикаментозные методы.

Немедикаментозное лечение пациентов с делирием является определяющим в профилактике срывов, коррекции состояния пациентов и направлено на минимизацию факторов риска делирия.

Установлено, что у пациентов с факторами риска делирия (деменция, иммобилизация, дегидратация, нарушения зрения и слуха, инсомния и др.) немедикаментозные меры позволяют уменьшить риск делирия на 40 %, а у хирургических пациентов пожилого возраста – на 9–19 % [2; 7; 21].

Задачами немедикаментозной терапии делирия являются: уменьшение тревожности, нормализация сна (релаксирующие аудиозаписи, растительные седативные чаи, комфортный микроклимат, водные процедуры), улучшение сенсорного восприятия (очки, лупы, слуховые аппараты), активизация познавательной активности (общение, чтение, частая реориентировка), активизация физической активности, рациональное питание, своевременная регидратация, профилактика падений, пролежней, аспираций.

Немедикаментозные методы лечения делирия включают:

- создание благоприятной окружающей обстановки: спокойной, привычной, безопасной, доступной, понятной, стимулирующей;

- правильный уход за пациентом: круглосуточное наблюдение, обеспечение технических средств реабилитации (ходунков, вертикализаторов, инвалидных кресел, подъемников, противопролежневых матрасов, функциональных кроватей и др.), оценка состояния человека (нарастание когнитивных расстройств, нарушение режима «сон – бодрствование», колебания эмоционального состояния и др.), консультации у специалистов (врач ЛФК, гериатр, реабилитолог, диетолог);

- психологически комфортное общение (рекомендуется психообразовательная работа с лицами, осуществляющими уход за пациентами).

Немедикаментозные методы лечения делирия способствуют редукции симптомов. Если у пациента нет агрессивных или суицидальных тенденций, если его поведение не нарушает уход, нефармакологические методы на старте лечения следует рассматривать как первую линию лечения делирия.

Медикаментозное лечение делирия у пожилых людей включает:

- лечение заболеваний, которые могут способствовать развитию делирия. В этом контексте очень важно своевременное лечение соматических заболеваний (контроль давления, глюкозы в крови и т. д.), обеспечение достаточной оксигенации мозга, водно-электролитного баланса, обезболивания. Значительно снижает риск делирия анальгезия, контролируемая пациентом [2];

- контроль проводимой фармакотерапии с учетом риска делирия. По возможности нужно устранить полипрагмазию, быть осторожными в назначении снотворных, седативных, антихолинэргических, антигистаминных препаратов;

- лечение самого делирия.

Для лечения делирия рекомендовано [9; 16; 22–25]:

- при гипоактивном делирии, в гипоактивной фазе смешанного типа назначение препаратов с тормозным влиянием на центральную нервную систему противопоказано;

- вопрос о применении психотропных средств встает только при гиперактивном делирии и в гиперактивном периоде смешанного варианта;

- применение антипсихотиков возможно при выраженной психотической симптоматике, возбуждении, угрозе причинения вреда, после неэффективности немедикаментозных мер, в минимально эффективной дозе и на минимально необходимый срок;

- для уменьшения психотических симптомов, агрессии применяются антипсихотики (хлорпропиксен, кветиапин, рисперидон, оланзапин, галоперидол);

- при лечении лиц пожилого возраста необходимо учитывать их соматическое состояние и начинать терапию с небольших доз антипсихотиков (например, рисперидон – с 0,5 мг/сут, галоперидол – с 2,5 мг/сут). При хорошей переносимости лечения рекомендовано постепенное увеличение дозы до терапевтической (рисперидон – 2 мг/сут, галоперидол – 5 мг/сут внутрь);

- в определенных ситуациях (выраженное возбуждение, судороги) используются бензодиазепины (1–2 мл раствора диазепама 0,5 % внутримышечно);

- после регресса проявлений делирия должна быть сделана попытка снижения дозы антипсихотика, вплоть до полной его отмены. В случае возобновления при этом психотической симптоматики следует восстановить антипсихотическую терапию, по возможности на уровне более низких доз;

- рекомендуется назначение противодementных препаратов (донепезил, мемантин) при развитии делирия у пациентов с деменцией. Вопрос о назначении этих препаратов решается после стабилизации острого состояния пациентов с делирием, с учетом показаний и противопоказаний для лечения деменции;

- рекомендована консультация врача – психиатра-нарколога при выраженном психомоторном возбуждении, решении вопроса о необходимости госпитализации в психиатрический стационар, неэффективности лечения, проводимого ВОП.

Не рекомендовано при лечении делирия [9]:

- назначение психостимуляторов и стимулирующих ноотропов (например, пирацетама) при гиперактивном течении делирия;

- частое применение бензодиазепинов из-за риска гиперседации и миорелаксации. Использование бензодиазепинов рекомендовано пожилым пациентам, если делирий вызван приступом эпилепсии;

- фармакотерапия делирия у лиц в терминальном состоянии.

Антипсихотики для лечения делирия применяют, прежде всего, атипичные (кветиапин, рисперидон, оланзапин). Эти препараты эффективны для лечения психотических проявлений делирия (галлюцинаций, бреда), агрессии, тревоги и депрессии, расстройств поведения. В отличие от типичных антипсихотиков, они имеют меньше экстрапирамидных и холинолитических побочных действий, реже повышают пролактин, лучше переносятся.

Кветиапин применяется при психотических проявлениях (бред, галлюцинации), психомоторном возбуждении, биполярных расстройствах. Это эффективный антипсихотик с благоприятным профилем побочных эффектов. Показан для коррек-

ции психотических и поведенческих симптомов у пожилых пациентов с деменцией, болезнью Паркинсона.

При делирии кветиапин назначают внутрь в суточной дозе 25–100 мг в два приема (утро и вечер), с распределением большей части дозы на время наиболее выраженного двигательного беспокойства (чаще на ночь).

При приеме кветиапина возможны риски удлинения интервала QT, ортостатическая гипотензия, повышение уровня пролактина, излишняя седация в дневное время.

Рisperидон применяется для лечения делирия, депрессии, тревоги, агрессии и других поведенческих нарушений у пожилых пациентов. Разрешен к применению при хронической агрессии, психозах у пациентов с болезнью Альцгеймера.

Препарат начинают принимать с 0,5 мг/сут, через 3–4 сут. увеличивают дозу до 1,0 мг/сут в два приема (утро и вечер). Оптимальная доза у пожилых – 1,0 мг/сут, не должна превышать 1,5–2,0 мг/сут.

Наиболее частыми побочными симптомами являются мышечная слабость, заторможенность, сонливость, легкая скованность, гипо- и амимия, повышение пролактина. Эти симптомы появляются к концу 4-й нед. терапии, чаще всего на дозе более 1,0 мг/сут, и исчезают после снижения дозировки.

Оланзапин применяется для лечения психотических состояний, биполярных расстройств, имеет выраженное противотревожное действие.

У пациентов пожилого и старческого возраста начальная доза препарата составляет 2,5 мг, оптимальная – 5–10 мг/сут, разделенная на два приема. Доза подбирается индивидуально, с учетом соматического состояния и холинолитического действия оланзапина. Следует с осторожностью применять у лиц с глаукомой, гиперплазией простаты, эпилепсией, сахарным диабетом 2-го типа. Не рекомендуется при болезни Паркинсона.

Основным побочным действием является набор веса, также бывают избыточная седация, гипотония, гиперпролактинемия, нарушения липидного обмена, дозозависимые экстрапирамидные нарушения.

Условия оказания медпомощи пациентам с делирием [16]:

- у пожилых пациентов при удовлетворительном соматическом состоянии, отсутствии выраженного возбуждения и возможности обеспечения круглосуточного ухода может осуществляться в домашних условиях;

- при выраженном соматическом заболевании – в соматическом отделении;

- в случае развернутой картины делирия – в условиях психиатрического стационара или в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) соматического стационара;

- при состояниях, связанных с экстренной и тяжелой соматической патологией – в ОИТР соответствующего профиля.

Показания для экстренной госпитализации [9]:

- развитие делириозного состояния, угрожающего жизни и здоровью пациента или жизни окружающих;

- неясные в плане диагностики состояния при отсутствии возможности обеспечения квалифицированной консультации и лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому;

- отсутствие эффекта от проводимых лечебно-диагностических мероприятий (при обострении хронических заболеваний с декомпенсацией);

- иные состояния, требующие срочного дополнительного обследования, если необходимое обследование в амбулаторных условиях с учетом возраста и состояния пациента провести невозможно.

Таким образом, у лиц пожилого и старческого возраста высок риск развития неалкогольного делирия. Этому способствуют возрастные особенности, коморбидная соматическая патология, полипрагмазия и целый ряд других факторов. Для деятельности ВОП неалкогольный делирий у пациентов старшей возрастной группы является актуальной проблемой. Информирование врачей позволит им лучше разбираться в данном вопросе, эффективнее проводить профилактику и оказывать медицинскую помощь пациентам.

Литература

1. *Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study* / D. H. J. Davis, G. M. Terrera, H. Keage [et al.] // *Brain: a Journal of Neurology*. – 2012. – Vol. 135, part 9. – P. 2809–2816.
2. Ткачева, О. Н. *Гериатрия* / под ред. О. Н. Ткачевой, Е. В. Фроловой, Н. Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с.
3. De Lange, E. *Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: a review* / E. De Lange, P. F. M. Verhaak, K. van der Meer // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2013. – Vol. 28. – P. 127–134.
4. Bugiani, O. *Why is delirium more frequent in the elderly?* / O. Bugiani // *Neurological Sciences*. – 2021. – Vol. 42. – P. 111–114.
5. *Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол* / Р. И. Исаев, О. Н. Ткачева, Н. К. Рунихина [и др.] // *Российский журнал гериатрической медицины*. – 2022. – № 1. – С. 17–23.

6. Zhang, M. Incidence, predictors and health outcomes of delirium in very old hospitalized patients : a prospective cohort study / M. Zhang, X. Zhang, L. Gao [et al.] // *BMC Geriatrics*. – 2022. – Vol. 22(1). – P. 222–262.
7. Inouye, S. K. Delirium in elderly people / S. K. Inouye, R. G. J. Westendorp, J. S. Saczynski // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383. – P. 911–922.
8. Rieck, K. M. Delirium in hospitalized older adults / K. M. Rieck, S. Pagali, D. M. Miller // *Hospital Practice*. – 2020. – Vol. 48, Supl. 1. – P. 3–16.
9. Клинические рекомендации «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (F05)» / Российское общество психиатров; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» М-ва здравоохранения России. – 2022. – URL: <https://psychiatr.ru/download/4241?view=1&name=KP+Делирий+%2C+обусловленный+алкоголем+и+другими+психоактивными+веществами%2C.pdf> (дата обращения: 11.02.2026).
10. Sepulveda, E. Subsyndromal delirium compared with delirium, dementia, and subjects without delirium or dementia in elderly general hospital admissions and nursing home residents / E. Sepulveda, M. Leonard, J. G. Franco [et al.] // *Alzheimer's and Dementia*. (Amst). – 2016. – Vol. 7. – P. 1–10.
11. Multicomponent interventions for the prevention of delirium in hospitalized older people : a meta-analysis / B. Leon-Salas, M. M. Trujillo-Martin, L. P. Martinez Del Castillo [et al.] // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2020. – Vol. 68(12). – P. 2947–2954.
12. Acute inflammation alters brain energy metabolism in mice and humans: role in suppressed spontaneous activity, impaired cognition, and delirium / J. Kealy, C. Murray, E. W. Griffin [et al.] // *The Journal of Neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*. – 2020. – Vol. 40. – P. 5681–5696.
13. Delirium in the elderly : a comprehensive review / V. Mittal, D. Williamson, N. McEnerney [et al.] // *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. – 2011. – Vol. 26, № 2. – P. 1–13.
14. Delirium screening tools : a protocol for a systematic review and meta-analysis / Y. Liu, Q. Zhang, Y. Zhao [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2020. – Vol. 99, № 35. – P. 1–3.
15. Do cognitive interventions improve general cognition in dementia? A meta-analysis and meta-regression / J. D. Huntley, R. L. Gould, K. Liu [et al.] // *BMJ Open*. – 2015. – Vol. 5(4). – P. 1–12.
16. Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики : клинический протокол. – Мн. : Профессиональные издания, 2020. – 56 с.
17. Делирии и расстройства сознания у пожилых людей, часть I: диагностика, эпидемиология, диагностика и обследование больных / А. Г. Полунина, А. В. Бегачев, Ф. И. Шапочкина [и др.] // *Пожилый пациент*. – 2019. – № 1. – С. 14–19.
18. Колыханов, И. В. Современные подходы к диагностике делирия в пожилом возрасте: обзор литературы / И. В. Колыханов // *Клиническая геронтология*. – 2023. – Т. 29, № 3. – С. 48–57.
19. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer / European Delirium Association, American Delirium Society // *BMC Medicine*. – 2014. – Vol. 12, № 1. – URL: <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2> (дата обращения: 11.02.2026).
20. Diagnosing delirium in older hospitalized adults with dementia: adapting the confusion assessment method to international classification of diseases, tenth revision, diagnostic criteria / C. Thomas, S. H. Kreisel, P. Oster [et al.] // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2012. – Vol. 60, № 8. – P. 1471–1477.
21. Nonpharmacological interventions targeted at delirium risk factors, delivered by trained volunteers (medical and psychology students), reduced need for antipsychotic medications and the length of hospital stay in aged patients admitted to an acute internal medicine ward : pilot study / S. Gorski, K. Piotrowicz, K. Rewiuk [et al.] // *BioMed Research. International*. – 2017. – URL: <https://doi.org/10.1155/2017/1297164> (дата обращения: 16.02.2026).
22. Incidence and associated factors of delirium after orthopedic surgery in elderly patients : a systematic review and meta-analysis / Y. Yang, X. Zhao, L. Gao [et al.] // *Aging Clinical And Experimental Research*. – 2021. – Vol. 33(6). – P. 1493–1506.
23. Рябченко, М. А. Основные особенности диагностики и лечения делирия у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии : систематический обзор литературы / М. А. Рябченко, И. Н. Лейдерман // *Трансляционная медицина*. – 2024. – Т. 11. – С. 103–121.
24. Кудрявцев, О. И. Постоперационный делирий у пациентов пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта / О. И. Кудрявцев, К. Л. Козлов, А. В. Олексюк [и др.] // *Клиническая геронтология*. – 2021. – № 11–12. – С. 35–42.
25. Протько, Н. Н. Делирий в пожилом возрасте / Н. Н. Протько, Г. Д. Ситник // *Междисциплинарный подход в гериатрии : материалы респ. конф. с междунар. участием, посвященной дню пожилых людей, Минск – Москва – Алматы, 1 октября 2025 г. / под ред. И. В. Патеюк. – Мн. , 2025. – С. 44–46.*

References

1. Davis D.H.J., Terrera G.M., Keage H., et al. Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old. *Brain*. 2012; 135(9): 2809–2816.
2. Tkacheva O.N. *Geriatrics*. Moscow : GEOTAR-Media; 2019. 608. (in Russian)
3. De Lange E., Verhaak P.F., van der Meer K. Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013; 28: 127–134.
4. Bugiani O. Why is delirium more frequent in the elderly? *Neurol Sci*. 2021; 42: 111–114.
5. Isaev R.I., Tkacheva O.N., Runihina N.K., et al. Management of elderly and senile patients with a high risk of developing delirium during medical care in an inpatient setting. Clinical protocol. *Rossiiskij zhurnal geriatricheskoj mediciny*. 2022; 1: 17–23. (in Russian)
6. Zhang M., Zhang X., Gao L., et al. Incidence, predictors and health outcomes of delirium in very old hospitalized patients. *BMC Geriatrics*. 2022; 22(1): 222–262.
7. Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014; 383: 911–922.
8. Rieck K.M., Pagali S., Miller D.M. Delirium in hospitalized older adults. *Hosp Pract*. 2020; 48(supl. 1): 3–16.
9. Российское общество психиатров. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения России. Clinical guidelines: “Delirium not attributable to alcohol or other psychoactive substances in elderly and senile individuals (F05)”. 2022. Available at: <https://psychiatr.ru/download/4241?view=1&name=KP+Делирий+%2C+обусловленный+алкоголем+и+другими+психоактивными+веществами%2C.pdf> (accessed: 11.02.2026). (in Russian)
10. Sepulveda E., Leonard M., Franco J.G., et al. Subsyndromal delirium compared with delirium, dementia, and subjects without delirium or dementia in elderly general hospital admissions and nursing home residents. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2016; 7: 1–10.

11. Leon-Salas B., Trujillo-Martin M.M., Martinez Del Castillo L.P., et al. Multicomponent Interventions for the Prevention of Delirium in Hospitalized Older People. *J Am Geriatr Soc.* 2020; 68(12): 2947–2954.
12. Kealy J., Murray C., Griffin E.W., et al. Acute inflammation alters brain energy metabolism in mice and humans: role in suppressed spontaneous activity, impaired cognition, and delirium. *J Neurosci.* 2020; 40: 5681–5696.
13. Mittal V., Williamson D., McEnerney N., et al. Delirium in the elderly. *Am J of Alzheimer disease and other demetias.* 2011; 26(2): 1–13.
14. Liu Y., Zhang Q., Zhao Y., et al. Delirium screening tools. *Medicine (Baltimore).* 2020; 99(35): 1–3.
15. Huntley J.D., Gould R.L., Liu K., et al. Do cognitive interventions improve general cognition in dementia? *BMJ Open.* 2015; 5(4): 1–12.
16. Diagnosis and treatment of patients with mental and behavioral disorders by general practitioners. Minsk: Professional'nye izdaniya; 2020. 56. (in Russian)
17. Polunina A.G., Begachev A.V., Shapochkina F.I., et al. Delirium and differences of consciousness in adults, part I: diagnosis, epidemiology, diagnosis and examination of patients. *Pozhiloy pacient.* 2019; (1): 14–19. (in Russian)
18. Kolyhanov I.V. Modern approaches to the diagnosis of delirium in adolescence. *Klinicheskaya gerontologiya.* 2023; 29(3): 48–57. (in Russian)
19. European Delirium Association, American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Medicine.* 2014; 12(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2> (accessed: 11.02.2026).
20. Thomas C., Kreisel S.H., Oster P., et al. Diagnosing delirium in older hospitalized adults with dementia: adapting the confusion assessment method to international classification of diseases, tenth revision, diagnostic criteria. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(8): 1471–1477.
21. Gorski S., Piotrowicz K., Rewiuk K., et al. Nonpharmacological interventions targeted at delirium risk factors, delivered by trained volunteers (medical and psychology students), reduced need for antipsychotic medications and the length of hospital stay in aged patients admitted to an acute internal medicine ward. *BioMed Res Int.* 2017. Available at: <https://doi.org/10.1155/2017/1297164> (дата обращения: 16.02.2026). (in Russian)
22. Yang Y., Zhao X., Gao L., et al. Incidence and associated factors of delirium after orthopedic surgery in elderly patients. *Aging Clin Exp Res.* 2021; 33(6): 1493–1506.
23. Ryabchenko M.A., Lejderman I.N. The main features of the diagnosis and treatment of delirium in patients of the intensive care unit and intensive care unit. *Translyacionnaya medicina.* 2024; 11: 103–121. (in Russian)
24. Kudryavcev O.I., Kozlov K.L., Oleksyuk A.V., et al. Postoperative delirium in lean and senile patients with diseases of the cardiovascular system and gastrointestinal tract. *Klinicheskaya gerontologiya.* 2021; (11–12): 35–42. (in Russian)
25. Prot'ko N.N., Sitnik G.D. Delirium in old age and senility. *Mezhdistislinarnyy podkhod v geriatrii*, Minsk – Moscow – Almaty, 01.10.2025. Minsk; 2025: 44–46. (in Russian)

Контактная информация:

Протьюко Наталья Николаевна – к. м. н., доцент, доцент кафедры общей
врачебной практики с курсом гериатрии и паллиативной медицины
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Ул. П. Бровки, 3, к. 3, 220013, г. Минск
Тел. +375 29 345-15-34
ORCID: 0000-0001-8242-3346

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: Н. Н. П.
Сбор информации и обработка материала: Н. Н. П., И. В. П., Г. Д. С., В. Л. Л.
Написание текста: Н. Н. П., И. В. П., Г. Д. С., В. Л. Л.
Редактирование: И. В. П., Г. Д. С.
Патеев Ириана Васильевна. ORCID: 0000-0003-2248-642X
Ситник Геннадий Демьянович. ORCID: 0009-0007-5357-201X
Лобашова Вероника Львовна. ORCID: 0000-0002-3146-8154

Конфликт интересов отсутствует

Поступила 08.07.2026
Принята к печати 20.08.2026