Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F05 · Общественная организация "Российское общество психиатров", Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Делирий — острый органический церебральный синдром с нарушением сознания и внимания, познания, сна-бодрствования, эмоций и психомоторики; симптомы обычно быстро возникают и колеблются в течение дня. Рекомендация посвящена диагностике, лечению и профилактике делирия у пожилых и старческих пациентов, прежде всего поиску и устранению обратимых причин.

Главное

- У пожилого пациента делирий следует рассматривать как гериатрический синдром, как правило связанный с декомпенсацией соматических расстройств.
- Предрасполагают деменция или когнитивное снижение, сенсорный дефицит, возраст старше 75 лет, перенесенный делирий и тяжелая или коморбидная хроническая соматическая патология; провоцируют операции, физические травмы, одновременное назначение более 3 лекарственных препаратов, психические травмы или резкие изменения жизненной ситуации, инфекции, интоксикации и острые соматические заболевания.
- Гипоактивный делирий у пожилых встречается чаще всего и может проявляться летаргией, сонливостью, апатией, спутанностью сознания, замкнутостью, аспонтанностью и замедленными ответами; отсутствие беспокойного поведения затрудняет его распознавание.
- Делирий считают угрожающим жизни состоянием: каждые дополнительные 48 часов его продолжительности связаны с увеличением риска смерти на 11%.
- Диагноз клинический; лабораторного или протеомного биомаркера, который мог бы самостоятельно подтвердить делирий, нет.
- У пациентов с факторами риска необходим ежедневный контроль сознания и внимания с помощью CAM и/или 4-AT.

Диагностика

1. Для достоверного диагноза должны присутствовать измененное сознание и внимание, глобальное расстройство познания, психомоторные расстройства, расстройства ритма «сон-бодрствование» и эмоциональные расстройства.
2. Провести скрининг: CAM использовать у всех пациентов; в первые сутки от появления симптомов — 4-AT. По 4-AT результат 4 балла и более указывает на вероятный делирий, 1–3 балла — на возможные когнитивные нарушения, 0 баллов не исключает делирий при неполной информации о пункте острого начала или флюктуации.
3. Выявить предрасполагающие и провоцирующие факторы: когнитивное снижение, сенсорные дефициты, снижение функционального статуса, тяжелую соматическую патологию, инфекции, повышение уровня креатинина и мочевины в крови, перенесенный делирий, депрессию, синдром старческой астении и алиментарную недостаточность.
4. В течение первых суток тщательно оценить соматический статус для поиска острой или декомпенсированной хронической патологии; при делирии провести неврологический осмотр с участием невролога для исключения острой неврологической патологии.
5. В первые сутки выполнить общий анализ крови с подсчетом нейтрофилов и лимфоцитов, общий анализ мочи, С-реактивный белок, а также определить АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевину, креатинин, калий, натрий, глюкозу, свободный Т4 и ТТГ.
6. ЭЭГ показана пациентам с эпилептическими приступами в анамнезе; КТ или МРТ головного мозга — при очаговой неврологической симптоматике, перенесенной черепно-мозговой травме, признаках энцефалита или лихорадке неясного генеза.

Лечение

- Вести пациента мультидисциплинарной бригадой и незамедлительно пересмотреть лекарственную терапию, исключая или заменяя препараты, способные поддерживать делирий. Основное лечение — терапия заболевания или состояния, вызвавшего делирий (УУР B, УДД 1).
- Первая линия — немедикаментозные меры и терапевтическая среда: устранение провоцирующих факторов, восстановление ориентации и сна, обеспечение безопасности и комфорта, коррекция боли, питания, питьевого и водно-электролитного режима, ранняя мобилизация и профилактика тромбоза глубоких вен (УУР B, УДД 3).
- Антипсихотики не применяют рутинно, особенно при гипоактивном делирии. Их используют только при опасном возбуждении, агрессии, постоянных галлюцинациях или бреде, угрозе пациенту или окружающим либо если пациент препятствует существенной медицинской помощи; после регресса симптомов дозу постепенно снижают и отменяют, в большинстве случаев лечение прекращают в течение 3–7 дней (УУР A, УДД 1).
- При необходимости медикаментозного купирования выраженных нарушений используют минимальную эффективную дозу: рисперидон 0,5–6 мг/сут внутрь, начальная доза 0,25–1 мг 1–2 раза/сут; оланзапин 2,5–20 мг/сут внутрь, сублингвально или внутримышечно, начальная доза 2,5–5 мг 1–2 раза/сут; кветиапин 12,5–300 мг/сут внутрь, начальная доза 12,5–25 мг 1–3 раза/сут; арипипразол 5–20 мг/сут внутрь или внутримышечно однократно; тиаприд 150–200 мг/сут.
- У пациентов с риском экстрапирамидных симптомов или непереносимостью галоперидола рекомендуются оланзапин или кветиапин; кветиапин является препаратом выбора при болезни Паркинсона. Галоперидол применяют только при невозможности назначения атипичного антипсихотика: 0,5–5 мг/сут, начальная доза 0,5–1 мг, с оценкой экстрапирамидных симптомов и удлинения интервала QT.
- Производные бензодиазепина для лечения делирия не рекомендуются, поскольку они могут ухудшать клиническую картину (УУР A, УДД 1). Исключения: возбуждение после эпилептического приступа при риске его повторения, а также возбуждение при болезни Паркинсона или деменции с тельцами Леви, если ограничено применение других средств; при тяжелом возбуждении можно применить лоразепам 0,5–1 мг внутрь с повтором каждые 4 часа, если другие способы, включая антипсихотические средства, неэффективны.
- При развитии делирия у пациентов с деменцией рекомендуется продолжить противодементную терапию (УУР C, УДД 5).
- После устранения острых проявлений делирия в реабилитационные мероприятия рекомендуется включать когнитивный тренинг, стимуляцию доступной физической активности, психообразовательную работу с лицами, ухаживающими за больным, и поддержку эмоционального состояния пациента (УУР B, УДД 2).
- В ОИТ/ОРИТ у пациентов с терминальными состояниями в рамках паллиативной помощи рекомендован дексмедетомидин 1 мг/кг внутривенно 2 раза в сутки с учетом возраста и сопутствующей патологии согласно инструкции (УУР B, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при делирии, угрожающем жизни или здоровью пациента либо окружающих.
- Направляют в стационар при неясном диагнозе и отсутствии возможности квалифицированной консультации и лечения дома или амбулаторно.
- Госпитализация необходима при отсутствии эффекта от лечебно-диагностических мероприятий, декомпенсации хронических заболеваний или необходимости срочного обследования, которое невозможно выполнить амбулаторно.
- По возможности госпитализации избегают, поскольку смена места пребывания является одним из провоцирующих факторов возникновения делирия; по возможности пациента ведут в рамках патронажной службы и с использованием телемедицины.
- Выписка возможна после полного устранения симптомов делириозного состояния в течение длительного периода и максимального снижения риска повторных эпизодов при наличии организованного ухода и обученных ухаживающих лиц.

Частые вопросы

Как быстро отличить делирий от деменции?

Для делирия характерны острое или волнообразное начало, нарушение внимания и колебания симптомов в течение дня.

Какой скрининговый тест использовать при подозрении на делирий?

Для всех пациентов используют CAM, а в первые сутки от появления симптомов — 4-AT. По 4-AT 4 балла и более означают вероятный делирий, но для установки диагноза необходимы более детальная оценка психического статуса и сбор анамнеза у близких.

Какие анализы обязательны при делирии?

В первые сутки нужны общий анализ крови с подсчетом нейтрофилов и лимфоцитов, общий анализ мочи, С-реактивный белок, показатели функции печени и почек, электролиты, глюкоза, свободный Т4 и ТТГ.

Нужно ли назначать антипсихотик при гипоактивном делирии?

Нет, рутинное применение антипсихотиков, особенно при гипоактивном варианте, не рекомендуется. Исключение — угроза жизни или безопасности либо препятствие существенной медицинской помощи; препарат назначают в минимальной эффективной дозе и постепенно отменяют после регресса симптомов.

Когда при делирии нужна госпитализация?

Экстренная госпитализация нужна при угрозе жизни или здоровью, неясном состоянии без возможности квалифицированной помощи дома, неэффективности проводимого лечения или необходимости срочного обследования, недоступного амбулаторно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/742-delirij-ne-obuslovlennyj-alkogolem-i-drugimi-psihoaktivnymi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/742_2