

РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Сестринские гериатрические протоколы

Протокол: Комплекс мероприятий по предотвращению развития делирия у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста.

Цель. Снижение частоты случаев делирия у госпитализированных пациентов пожилого возраста.

Введение. А. Делирий часто встречается у госпитализированных пациентов пожилого возраста. Данное состояние сопряжено с увеличением смертности и продолжительности госпитализации, а также с когнитивными и функциональными нарушениями.

Б. Своевременное выявление пациентов высокого риска и внедрение в повседневную клиническую практику стандартизированных протоколов позволяет значительно снизить распространенность или предотвратить развитие делирия.

В. Выявление факторов риска и стандартизированные скрининговые мероприятия, направленные на диагностику делирия, должны являться неотъемлемым компонентом сестринского ухода за пациентами пожилого возраста.

Краткая характеристика. Делирий является нейрокогнитивным расстройством, которое развивается в течение короткого промежутка времени (часы-дни). Для данного состояния характерны значительные изменения выраженности симптомов в течение дня. Делирий является следствием имеющейся соматической или психиатрической патологии.

Распространённость. При поступлении в стационар делирий диагностируется у 10-31% пациентов пожилого возраста с заболеваниями терапевтического профиля, 31% пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии, 26-62% пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь. При динамическом наблюдении делирий возникает у 11-42% терапевтических больных, 4-53% больных, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава; 31% и 28,3% больных, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии терапевтического и хирургического профиля, соответственно; 81,7% больных, находящихся на искусственной вентиляции легких; 26-62% больных, получающих паллиативную медицинскую помощь.

Факторы риска. Наиболее изученными факторами риска развития делирия у госпитализированных пациентов являются деменция, пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний, данных о делирии в анамнезе, общая тяжесть состояния, наличие клинически значимой инфекции, использование лекарственных препаратов высокого риска (седативные средства, бензодиазепины, опиаты, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты и антихолинэргические препараты), снижение повседневной активности, иммобилизация, сенсорные нарушения (нарушение слуха и зрения), катетеризация уретры, нарушения питания, обезвоживание, болевой синдром (особенно в послеоперационном периоде), изменения отдельных лабораторных показателей (мочевина, электролитные

расстройства). Возможными факторами риска делирия являются депривация сна (например, отсутствие условий для сна в реанимационном отделении или в многоместной палате), применение множества лекарственных препаратов, ограничения физической активности, неблагоприятная окружающая обстановка и психологический дискомфорт, задержка мочи, хронический запор, гипоксия и анемия.

Прогноз. Возникновение делирия у госпитализированных пациентов пожилого возраста сопряжено с увеличением смертности и продолжительности пребывания в стационаре, а также существенным увеличением финансовых затрат органов здравоохранения. При последующем наблюдении в отдельных случаях может потребоваться перевод в лечебные учреждения длительного пребывания. У пациентов, перенесших эпизод делирия, могут отмечаться депрессивное расстройство, функциональные и когнитивные нарушения, осложнения гериатрических синдромов и деменция. У 22-89% пожилых больных с деменцией имеется делирий, который оказывает неблагоприятное влияние на прогноз и может рецидивировать при последующем наблюдении.

Параметры оценки

А. Оценка всех факторов риска:

- 1) нарушение когнитивной функции;
- 2) тяжесть состояния;
- 3) делирий в анамнезе;
- 4) сопутствующие заболевания;
- 5) инфекции;
- 6) использование препаратов высокого риска (например, бензодиазепинов);
- 7) иммобилизация;
- 8) снижение повседневной активности;
- 9) катетеризация уретры;
- 10) лабораторные изменения (мочевина, электролиты) и дегидратация;
- 11) недостаточное питание;
- 12) физические ограничения;
- 13) гипоксия и анемия;
- 14) задержка мочи;
- 15) запор (каловый завал);
- 16) болевой синдром;
- 17) неблагоприятная окружающая обстановка.

Б. Оценка делирия с использованием валидированной скрининговой шкалы – **Шкала оценки спутанности сознания (Confusion assessment method, CAM) (Таблица 1,2,3)**

1. Основные клинические характеристики делирия:

- а) острое начало и волнообразное течение;
- б) нарушения внимания;
- в) дезорганизованное мышление;

г) нарушения сознания.

2. Симптомы делирия:

- а) дезориентация;
- б) нарушения поведения;
- в) нарушения коммуникации;
- г) иллюзии или галлюцинации;
- д) снижение психомоторной активности.

Окончательный диагноз делирия устанавливается после осмотра врача-гериатра и психиатра.

Стратегии сестринского ухода

А. Устранение и коррекция факторов риска

1. Обоснованное назначение лекарственной терапии, при возможности – отказ от лекарственных препаратов высокого риска (лечащий врач).
2. Профилактика и своевременное лечение инфекции (своевременная обработка полости рта, пролежней; смена периферических венозных и мочевых катетеров).
3. Профилактика и своевременное лечение электролитных расстройств и дегидратации (контроль питьевого режима, диуреза).
4. Обеспечение мероприятий, направленных на контроль боли (проведение оценки болевого синдрома в динамике).
5. Обеспечение адекватной оксигенации (при необходимости кислородотерапия, переливание крови, контроль артериального давления).
6. Применение специальных устройств для пациентов с сенсорным дефицитом (контроль наличия очков, слухового аппарата).
7. Контроль функции кишечника и мочевого пузыря (ежедневный контроль диуреза, стула).
8. Оптимизация питания (контроль приема пищи, при необходимости – кормление, выявление пациентов с дисфагией).

Б. Окружающая обстановка

1. Общение (при отсутствии признаков психомоторного возбуждения) в дружелюбной манере, позволяющее успокоить и сориентировать пациента в окружающей обстановке. Для привыкания в окружающей обстановке и обеспечения ориентации во времени могут использоваться календари, часы, средства идентификации лиц, обеспечивающих уход за пациентом. Необходимы разъяснение всех мероприятий, проводимых с пациентом, и использование максимально простой речи.

2. Сенсорная стимуляция: тихая комната, достаточное освещение, сниженный уровень шума; простые указания для пациента (не более одного задания за один раз).

3. Сон: массаж спины, тёплое молоко или травяной чай перед сном, расслабляющая музыка, снижение уровня шума. При возможности следует стараться не разбудить пациента.

4. Знакомая обстановка: частые посещения пациента членами семьи или друзьями, передача пациенту знакомых вещей из дома, минимальная ротация лиц, осуществляющих уход за пациентом; минимизация смены постоянного месторасположения пациента.

5. Обеспечение подвижности пациента: минимальное применение мероприятий/лечебных процедур, ограничивающих активность пациента (например, катетеризация уретры), лечебная гимнастика с частотой три раза в день, прогулки.

6. Обеспечение доступной коммуникации с пациентом и беседы, касающиеся различных действий относительно больного.

7. Обучение родственников пациента.

8. Минимальное применение инвазивных вмешательств.

9. Консультации со специалистом в области гериатрии.

10. Применение психотропных препаратов в минимальных эффективных дозировках коротким курсом при опасном поведении пациента, препятствовании им лечению и в качестве средств резерва при отсутствии эффекта немедикаментозных мероприятий.

Ожидаемые результаты

А. Пациент:

- 1) отсутствие делирия;
- 2) возвращение когнитивного статуса к исходному уровню (до развития делирия);
- 3) возвращение функционального статуса к исходному уровню (до развития делирия);
- 4) возвращение пациента к обычной окружающей обстановке.

Б. Лицо, осуществляющее уход:

1. Регулярное применение скрининговых инструментов;
2. Увеличение количества выявленных случаев делирия.
3. Внедрение в клиническую практику мероприятий, направленных на профилактику и лечение делирия на основании стандартизированных протоколов.
4. Минимизация использования средств, ограничивающих физическую активность пациента.
5. Ограничение использования антипсихотических лекарственных средств.
6. Более высокая удовлетворенность в уходе за пациентами пожилого возраста.

В. Лечебное учреждение:

1. Обучение персонала и организация оказания помощи совместно различными специалистами.
2. Использование стандартизированных протоколов по выявлению делирия.
3. Снижение стоимости госпитализации.
4. Снижение продолжительности госпитализации.
5. Снижение заболеваемости и смертности.
6. Увеличение количества направлений на оказание специализированной медицинской помощи.
7. Более высокая удовлетворенность пациентов, родственников, сестринского персонала.

Наблюдение за пациентами

- А. Снижение частоты возникновения случаев делирия как показатель качества оказываемой медицинской помощи.
- Б. Своевременное выявление и лечение делирия медицинским персоналом.
- Г. Проведение контроля и учета случаев возникновения делирия и предпринятого комплекса мероприятий.

Таблица 1. Шаблон опросника САМ

1	<p>Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?</p>	<p>Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p> <p>Если на один из вопросов ответ «Да» → пункт 2</p>
2	<p>Нарушение внимания: “Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А” Прочитайте следующую последовательность букв: «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы</p>	<p>Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p> <p>Если ≥ 2 ошибки → пункт 3</p>
3	<p>Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент по шкале RASS (См. таблицу 3)</p>	<p>Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ</p> <p>Если RASS = 0 → пункт 4</p>
4	<p>Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: “Покажите столько же пальцев” (покажите 2 пальца) “Теперь сделайте то же другой рукой” (не демонстрируйте) ИЛИ “Добавьте еще один палец” (если пациент не может двигать обеими руками)</p>	<p>Если ≥ 2 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ</p> <p>Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p>
<p>Заключение: ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ / делирия нет</p>		

Таблица 2. Инструкции по применению опросника САМ

Основные диагностические критерии	Примечания
<p>1 признак: нарушение психического состояния больного, которое возникло остро или имеет флуктуирующее течение с периодами улучшения и ухудшения состояния и может длиться дни или недели.</p>	<p>Наличие данного признака обязательно для диагностики делирия</p>
<p>2 признак: нарушения внимания, занимающее ключевое место в диагностике делирия. Для оценки внимания пациенту нужно дать задание сжимать ладонь вашей руки в тот момент, когда он услышит букву «А» при прочтении ему следующей последовательности букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» (см. таблицу 3).</p>	<p>Важно убедиться, что больной хорошо слышит и правильно понял ваше задание. Если пациент тревожен, нужно успокоить его, чтобы избежать ошибок, связанных с нормальным беспокойством. При этом не следует торопиться, называя приблизительно по 1 букве в секунду. Если больной</p>

	совершает более 2 ошибок, это расценивается как нарушение внимания, что указывает на необходимость дополнительной оценки уровня сознания и внимания.
3 признак: уровень сознания, оценивается по отдельной шкале оценки возбуждения и сонливости Ричмонда (RASS). Данный метод не требует отдельных вопросов, а требуется лишь наблюдение за психическим состоянием больного во время выполнения им предыдущих заданий с оценкой уровня сознания по стандартной шкале (Таблица 5).	Чем выше балл по шкале RASS, как со знаком «+», так и «-», тем более выраженным является нарушение сознания. Изменение уровня сознания констатируется, даже если по шкале RASS состояние больного соответствует «+1» или «-1».
4 признак: у больных с делирием может наблюдаться грубое расстройство мышления, что не позволяет ответить правильно на простые вопросы: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь?	Если больной отвечает неправильно на два или более вопроса, это говорит о наличии дезорганизованности мышления.
При речевых нарушениях, затрудненном контакте с пациентами можно использовать следующий тест: Пациент должен выполнить команду: «Покажите столько же пальцев» (исследователь показывает 2 пальца) «Теперь сделайте то же другой рукой» (без показа) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)	Совершение пациентом более 1 ошибки расценивается как нарушение мышления

+4	АГРЕССИВЕН: пациент агрессивен, настроен воинственно, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)
+3	КРАЙНЕ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)
+2	ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам
+1	НЕСПОКОЕН: взволнован, но движения неагрессивные
0	СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН

-1	СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но всегда реагирует на голос (при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд)
-2	ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос (при вербальном контакте закрывает глаза менее, чем через 10 секунд)
-3	УМЕРЕННАЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта
-4	ТЯЖЕЛАЯ СЕДАЦИЯ: отсутствует реакция на голос, сохранена реакция на физическую стимуляцию
-5	ОТСУТСТВИЕ ПРОБУЖДЕНИЯ: отсутствие реакции в ответ, как на вербальные, так и на физические стимулы

При составлении протокола использованы материалы Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, Springer Publishing Company, New York, 2016