

ДЕЛИРИЙ, НЕ ВЫЗВАННЫЙ
АЛКОГОЛЕМ ИЛИ ДРУГИМИ
ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ .

Особенности делирия в детском
возрасте.

АССИСТЕНТ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И
НАРКОЛОГИИ ГРГМУ
МАРКОВЦОВА О.А.

Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05)

это расстройство описано как органический церебральный синдром, не имеющий специфической этиологии, характеризующийся сочетанными расстройствами сознания, внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций, ритма "сон-бодрствование". Состояние развивается остро, сопровождается нарушением ориентировки во времени и пространстве, галлюцинаторным помрачением сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, зрительных иллюзий и парейдолий, образным бредом и двигательным возбуждением, нарушением цикличности сна и бодрствования. Уровень сознания варьирует от возбуждения до сопора. Возможно чередование с периодами ясного сознания и критического отношения к болезненным проявлениям.

F05.0 – Делирий, не возникающий на фоне деменции

F05.1 – Делирий, возникающий на фоне деменции

F05.8 – Другой делирий (делирий смешанной этиологии; подострое состояние спутанности или делирий)

F05.9 – Делирий, неуточненный

Экзогенный тип реакций (К. Vonhoeffler, 1910)



На разнообразные внешние вредности головной мозг может отвечать лишь ограниченным числом неспецифических психопатологических реакций.

- Сумерки
- Аменция
- Делирий
- Эпилептиформное возбуждение
- Галлюциноз



- Збигнев Д. Липовский (1924 – 1997) польско-канадский нейропсихиатр, опубликовавший несколько книг по консультативно-междисциплинарной психиатрии, о делирии и психосоматических заболеваниях.
- **«Делирий - это острая мозговая недостаточность»**

З.Д.Липовский, 1980



Патофизиология делирия

М.Figueroa-Ramos и соавторы
в 2009 году.

Факторы риска	Триггеры
Деменция Депрессия Возраст 70 лет и более Назначение наркотических анальгетиков Назначение бензодиазепинов ПОД в анамнезе Нарушение зрения Злоупотребление алкоголем в анамнезе Тяжелая сопутствующая патология (ASA III и более) Мочевина/креатинин > 18 Табакокурение Прием трех и более препаратов Препараты с антихолинергическим эффектом Нарушение слуха Гипоальбуминемия Почечная недостаточность	Болевой синдром Физическая фиксация Нарушение питания Назначение трех и более пре- паратов Катетеризация мочевого пузыря Анемия Водно-электролитные нарушения Интраоперационная кровопотеря Интраоперационная гемотранс- фузия

Факторы и триггеры
 риска развития делирия
 (на примере
 послеоперационного
 делирия)

Jacobs D.G., 2003

I	Infections (Инфекции)	Энцефалиты, менингиты, инфекции мочевых путей, пневмония...
W	Withdrawal (Отмена)	Алкоголь, барбитураты, бензодиазепины...
A	Acute metabolic (Острые нарушения метаболизма)	Электролитный дисбаланс, печеночная или почечная недостаточность
T	Trauma (Травма)	Черепно-мозговая травма, послеоперационный период
C	CNS pathology (Патология ЦНС)	Инсульт, кровоизлияние, опухоль, эпилепсия...
H	Hypoxia (Гипоксия)	Анемия, сердечная недостаточность, эмболия сосудов легких...
D	Deficiencies (Дефициты)	Витамина В12, фолиевой кислоты, тиамина...
E	Endocrinopathies (Эндокринопатии)	Нарушение функции щитовидной, паращитовидных, поджелудочной желез, коры надпочечников...
A	Acute vascular (Острая сосудистая патология)	Шок, васкулит, гипертензивная энцефалопатия...
T	Toxic or drugs (Токсические или химические вещества)	Токсины, психоактивные вещества (алкоголь, наркотики), медикаменты (анестетики, антихолинергические препараты и т.п.)
H	Heavy metals	

Причины возникновения делирия представлены в виде акронима

«I WATCH DEATH»

Wise et al, 1987

- Расстройство сознания, т.е. снижение ясности осознания окружающего с уменьшением способности направлять, концентрировать, поддерживать или переводить внимание;
- Нарушение когнитивной деятельности, проявляющееся обоими признаками: 1) нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительно сохранной памятью на отдаленные события; 2) дезориентировка во времени, в месте или в своей личности;
- Минимум одно из следующих психомоторных расстройств: 1) быстрые непредсказуемые переходы от гипоактивности к гиперактивности; 2) замедление реакций; 3) ускорение или заторможенность речи; 4) повышенный рефлекс четверохолмия.
- Расстройство цикла сон-бодрствование, определяемое минимум по одному из следующих признаков: 1) бессонница, которая в тяжелых случаях заключается в полной потере сна, с наличием или отсутствием сонливости в дневное время или инверсия цикла сон-бодрствование; 2) утяжеление симптоматики в ночное время; 3) беспокойные сны и кошмары, которые после пробуждения могут продолжаться в форме галлюцинаций и иллюзий;
- Быстрое развитие и суточные колебания симптоматики;
- Объективные данные физического и неврологического обследования и лабораторных тестов (например, аномальная энцефалограмма, показывающая характерное, но не обязательное замедление основной активности) и (или) анамнестические сведения о лежащем в основе расстройства церебральном или системном заболевании (кроме обусловленного психоактивными веществами);

Диагностические критерии по МКБ -10:

Для достоверного диагноза должны присутствовать легкие или тяжелые симптомы из каждой из следующих групп:

- а) измененное сознание и внимание (от оглушения до комы; сниженная способность направлять, фокусировать, поддерживать и переключать внимание);
- б) глобальное расстройство познания (искажения восприятия, иллюзии и галлюцинации, в основном зрительные; нарушения абстрактного мышления и понимания с или без преходящего бреда, но обычно с некоторой степенью инкогеренции; нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительной сохранностью памяти на отдаленные события; дезориентировка во времени, а в более тяжелых случаях в месте и собственной личности);
- в) психомоторные расстройства (гипо- или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому; увеличение времени; повышенный или сниженный поток речи; усиленный рефлекс четверохолмия);
- г) расстройства ритма сон-бодрствование (бессонница, а в тяжелых случаях — тотальная потеря сна или инверсия ритма сон-бодрствование: сонливость днем, ухудшение симптомов в ночное время; беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации);
- д) эмоциональные расстройства, как например, депрессия, тревога или страхи. Раздражительность, эйфория, апатия или недоуменная растерянность.

Лечение:

Ожидаем купирование острой психотической симптоматики, упорядочивание поведения, восстановление нарушенного сознания и ориентировки.

Отмена лекарственных средств, принимаемых пациентом (**антихолинергических, гипотензивных, психотропных, антиаритмических и других**)*. Если по клиническим показаниям полная отмена невозможна, необходимо уменьшение дозы лекарственных средств или замена их на лекарства из других групп со сходным механизмом действия.

Стабилизация соматического состояния. Устранение сопутствующей соматической патологии, лежащей в основе делирия.

* Препараты, обладающие антихолинергическим эффектом:

- Амитриптилин
- Ампициллин
- Атропин
- Ванкомицин
- Варфарин
- Гентамицин
- Гидрокортизон
- Гидрохлоротиазид
- Дезипрамин
- Дексаметазон
- Диазепам
- Дигоксин
- Дилтиазем
- Димедрол
- Дипиридамол
- Доксепин
- Изосорбид
- Имипрамин
- Каптоприл
- Клиндамицин
- Кодеин
- Нифедипин
- Флуразепам
- Пиперациллин
- Преднизолон
- Ранитидин
- Теофиллин
- Тобрамицин
- Триамтерен
- Фенобарбитал
- Флунитразепам
- Флуразепам
- Фуросемид
- Хлордиазепоксид
- Хлорталидон
- Цефалотин
- Цефамандол
- Цефокситин
- Циклосерин
- Циклоспорин
- Циметидин

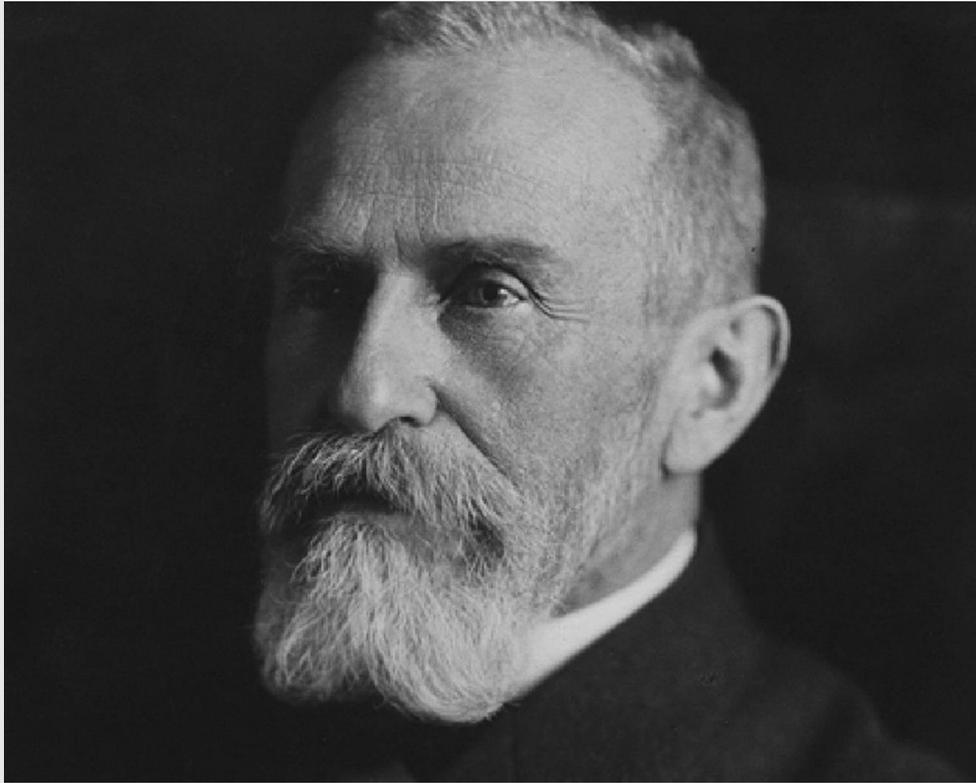
Принципы медикаментозной терапии:

- лекарственными средствами выбора являются анксиолитические средства из группы бензодиазепинов и антипсихотические средства.
- Предпочтение отдается лекарственным средствам с наименее выраженными холинолитическими свойствами.
- Купирование делирия следует начинать с применения бензодиазепиновых анксиолитических средств из группы бензодиазепинов, подключая антипсихотические средства в случае отсутствия эффекта первых;
- при этом должны подбираться наиболее безопасные и хорошо переносимые данным пациентом психотропные лекарственные средства;
- доза лекарственного средства должна быть минимальной эффективной. Для купирования делирия используются: диазепам – 40 мг/сутки (высшая разовая доза – 30 мг/сутки, высшая суточная доза – 70 мг/сутки), галоперидол – 5-10 мг/сутки, рисперидон – до 4-6 мг/сутки, зуклопентиксол – 2-10 мг/сутки (реже – до 20 мг/сутки), зуклопентиксола ацетат – в дозировке 50 мг внутримышечно 1 раз в 48-72 часа, амисульприд – внутрь 600-1200 мг/сутки.
- Способ введения диктуется клиническим состоянием пациента: в остром состоянии предпочтителен парентеральный способ при наличии соответствующей формы лекарственного средства. Для максимально быстрого достижения эффекта рекомендуется внутривенное введение лекарственного средства. Более эффективным может оказаться комбинированное применение анксиолитического средства из группы бензодиазепинов и антипсихотика (например, диазепам + галоперидол). Комбинация лекарственных средств позволяет также снизить дозировки каждого из них, что снижает вероятность побочных эффектов.

Особенности делирия в детском возрасте:

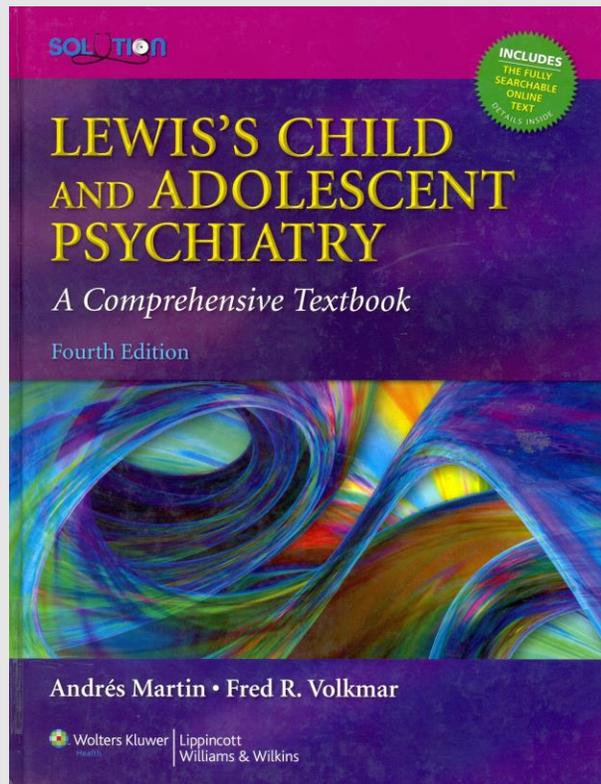


- Для обозначения делирия, как нозологической единицы, разными клиническими дисциплинами использовались разные термины, такие как *«острое состояние спутанности»*, *«токсический психоз»*, *«психоз отделения интенсивной терапии (ОИТ)»*, *«органический психосиндром»*, *«энцефалопатия»* и т.п.
- Детский делирий впервые был описан Лео Каннером в 1935 году в учебнике «Детская психиатрия» в главе «Преходящие церебральные инфекции».



«Делирий у детей развивается так часто и так быстро, что не представляет для нас никакого интереса».

E.Bleuler «Lehrbuch der Psychiatrie», 1923



- После длительного периода, в течение которого детский делирий игнорировался в учебниках по психиатрии, тема эта была поднята в 1991 г. в Учебнике детской и подростковой психиатрии Льюиса.

Эпидемиология

Распространенность делирия, по опубликованным данным, среди детей с критическими заболеваниями колеблется в пределах от 20 до 30%. Показатели зависят от возраста (более часто встречается у детей младшего возраста), тяжести заболевания, принимаемых медикаментов, используемых диагностических инструментов и исследуемой группы (например, пациенты детских отделений интенсивной терапии, общих отделений).

Установлены также такие факторы риска, как задержка умственного развития и перенесенные в прошлом эпизоды делирия.

Клиническая картина детского делирия:

В зависимости от серьезности последствий детский делирий может быть благоприятным и неблагоприятным. Существует два типа детского делирия с благоприятным исходом: послеоперационный делирий и обычный делирий, наблюдаемый в условиях общей практики.

Послеоперационный делирий, известный также, как послеоперационная ажитация – это хорошо описанный феномен, наблюдаемый у детей (и взрослых) в раннем послеоперационном периоде после прекращения действия анестетика. Часто это расстройство возникает у прежде здоровых детей даже после малого хирургического вмешательства или диагностической процедуры. Клинически он удовлетворяет всем критериям диагностики детского делирия, но имеет благоприятное течение и обычно полностью разрешается (чаще всего без какого-либо вмешательства) в течение 30–45 минут.

В общей практике детский делирий часто возникает в контексте инфекционного заболевания (лихорадочный делирий). Этот делирий характеризуется спутанностью у больного ребенка, которая может быть очень интенсивной, с нарастающим и убывающим течением, и усиливаться вечером и ночью, часто одновременно с повышением температуры тела. Несмотря на то, что такой делирий может быть достаточно тяжелым, как правило, он не тяжелее основного инфекционного заболевания, которое теряет остроту в течение двух или трех дней, что приводит также и к исчезновению симптомов делирия. В том случае, если такой делирий приобретает стойкий характер, показано неотложное медицинское обследование.

Варианты детского делирия*:

- Делирий может также быть гиперактивным (дети возбуждены, раздражительны и беспокойны);
- гипоактивным (выглядят безразличными, безучастными;
- Смешанным;

Краткое описание случая 1

Шестилетний мальчик поступил в детское отделение интенсивной терапии с дыхательной недостаточностью, обусловленной приступом удушья. Несмотря на лечение по поводу бронхиальной астмы, у него наступило ухудшение, и возникла необходимость в интубации и искусственной вентиляции легких, с одновременным назначением высоких доз седативных средств и миорелаксацией на несколько часов в целях оптимизации параметров вентиляции. Перед интубацией мальчик сказал, что боится умереть из-за того, что ему трудно дышать.

Через два дня соматическое состояние мальчика улучшилось, и он был отключен от аппарата искусственной вентиляции легких. После экстубации, на третий день после поступления, у мальчика появились симптомы спутанности, выраженная тревога и галлюцинации в виде летающих объектов и монстров; он стал вербально агрессивным (ругался, используя слова, которые, по мнению родителей, он не мог знать). Кроме того, родители говорили, что не узнают своего ребенка, так как такое поведение вообще ему не свойственно. Ему был поставлен диагноз делирия и проведено лечение с введением лоразепама (из-за выраженной тревоги) и галоперидола внутривенно.

Через двадцать четыре часа после начала лечения симптомы делирия исчезли, поведение нормализовалось, и мальчик сказал своим родителям, что теперь он снова чувствует себя нормально. Это типичный пример гиперактивного делирия.

* Клинические
примеры детского
делирия

Краткое описание случая 2

Четырехлетний мальчик поступил в детское отделение интенсивной терапии с эпиглоттитом и был подвергнут искусственной вентиляции легких в течение трех дней. В этот период мальчик был очень возбужденным (например, бился, вырывался, был крайне беспокойным) и поэтому ему были назначены седативные средства (мидазолам, кетамин и морфин). Через 48 часов состояние мальчика улучшилось, и он был отключен от аппарата искусственной вентиляции легких. На третий после поступления день он больше не нуждался в поддержке с помощью инвазивной вентиляции и был экстубирован. Седативные лекарственные препараты были отменены после постепенного снижения доз.

На четвертый после поступления день мальчика планировали перевести обратно в направивший его госпиталь. После обеда, за два часа до перевода, мальчик внезапно стал крайне тревожным и возбужденным. Несмотря на присутствие родителей, он старался не смотреть им и медсестрам в глаза. Вскоре стало заметно, что он не ориентируется в окружающей обстановке (например, не замечал присутствия своих родителей), и выглядел «погруженным в мир собственных переживаний». По шкале SOS-PD он набрал семь баллов (4 и больше баллов указывают на наличие детского делирия). Мальчик был проконсультирован детским психиатром, который пришел к выводу, что у ребенка развернутый делирий, и порекомендовал лечение рisperидоном. Через двенадцать часов, после начала лечения, состояние мальчика нормализовалось, и его можно было переводить обратно в стационар. Этот случай иллюстрирует комбинированный тип детского делирия (сначала гиперактивный, затем гипоактивный).

* Клинические
примеры детского
делирия

Краткое описание случая 3

Трехлетняя девочка поступила по поводу хирургической операции на трахее. После операции она находилась на искусственной вентиляции легких в течение шести дней, во время которой она была седирована с использованием мидазолама, кетамина, дексмететомидина, левомепромазина и морфина в разных комбинациях. Она также получала дексаметазон. Для того чтобы подготовить ее к экстубации, седация была постепенно отменена, за исключением морфина, который был заменен на метадон. Через день после экстубации она внезапно стала крайне возбужденной, дезориентированной и не могла сконцентрировать внимание. В тот же вечер она вдруг стала безучастной и безразличной. Девочка смотрела на окружающих пустыми глазами и не обменивалась взглядом. Она набрала 21 балл по шкале CAP-D (10 и больше баллов указывают на наличие детского делирия), с высокими показателями по критериям гипоактивного делирия. Ее родители заметили: «Мы больше не узнаем нашу дочь». Это типичный пример гипоактивного делирия.

* Клинические
примеры детского
делирия

	рСAM-ICU	PAED	CAP-D	SOS-PD
Возрастная группа	> 5 лет	1 -17 лет	0 – 21 лет	0 – 16 лет
Оцениваемые переменные	<ul style="list-style-type: none"> • Зрительный контакт с опекуном • Целенаправленность действий • Осознание окружающей обстановки • Способность выразить свои потребности • Беспокойство • Безутешность • Недостаточная активность • Реакция на взаимодействия 	<ul style="list-style-type: none"> • Зрительный контакт с опекуном • Целенаправленность действий • Осознание окружающей обстановки • Беспокойство • Невозможно успокоить 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острое изменение или колебания психического состояния 2. Невнимательность 3. Изменение уровня сознания 4. Дезорганизованное мышление 	<ul style="list-style-type: none"> • Ажитация (беспокойство), тревога, зрительный контакт, гримасничанье • Нарушение внимания • Речь • Тремор • Мышечный тонус • Целенаправленность действий • Бессонница • Галлюцинации • Дезориентация • Потливость • Острые изменения/колебания
Диапазон баллов (Пороговое значение)	0 -25 (10)	Делирий* если присутствуют 1,2,3 и 4	0 -40 (9)	0 – 15 (4)
Данные, подтверждающие надежность теста	+	+	+	+/-

Характеристики достоверных инструментов для оценки делирия у детей, страдающих критическими заболеваниями

- Ребенок смотрит в глаза родителям?
- Действия ребенка целенаправленные?
- Ребенок ориентируется в окружающей обстановке?
- Ребенок выражает свои желания и потребности?
- Ребенок беспокойный?
- Ребенок безутешный?
- Ребенок малоактивный (очень мало двигается, находясь в бодрствующем состоянии)?
- Ребенок при взаимодействии реагирует со значительной задержкой?

Нефармакологические вмешательства при делирии у детей

- Постоянное присутствие родителей и успокаивающая стимуляция всех пяти чувств;
- Приглушенное ночное освещение, четкий график дневного/ночного освещения;
- Знакомая музыка/ звуки/ голоса или запахи;
- Любимые игрушки, домашние животные, постельное белье, одеяло и знакомые фотографии на прикроватной тумбочке ;
- Психообразование персонала (как утешать и улучшать ориентированность);
- Информационные буклеты для родителей о детском делирии;
- Оптимизация уровня сенсорной стимуляции (в случае гиперактивного делирия поместите пациента в отдельную тихую палату; при гипоактивном делирии, повысьте интенсивность социальных взаимодействий);
- Если возможно, отмените лекарственные препараты, которые усиливают делирий;
- Ранняя мобилизация;

Hatherill et al, 2010; Schieveld et al, 2007.

Особенности медикаментозного лечения в детском возрасте

- Диазепам:

1-3 года – 2 мг/сутки; 3-7 лет – 6 мг/сутки; старше 7 лет – 8-10 мг/сутки.

- Галоперидол:

детям до 5 лет – $\frac{1}{4}$ дозы взрослых; от 6 до 15 лет – $\frac{1}{2}$ дозы взрослых.

- Рисперидон:

дети 5-14 лет – 0,5-2 мг/сутки; 14-16 лет – 2-4 мг/сутки.

- Амисульприд:

дети старше 15 лет – 200-400 мг/сут;