

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

И.А. Злобина¹, А.Н. Кривцунов²

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет,

²Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва

E-mail: Albek1984@list.ru

Рассмотрены основные виды расстройств сознания инкурабельных больных, основные лечебно-профилактические мероприятия. Показано, что существенно улучшить психическое состояние удается даже при прогрессировании основного заболевания.

Ключевые слова: паллиативная помощь, спутанность сознания, депрессия, делирий.

Во многих странах мира в последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа страдающих хроническими прогрессирующими заболеваниями пациентов, в том числе находящихся в терминальной стадии их развития и нуждающихся в паллиативной помощи [7].

ВОЗ трактует паллиативную помощь как «... активную всеобъемлющую помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов» [3, 4].

Довольно широко распространено ошибочное мнение, что депрессия и тревожность – не что иное, как естественная и вполне понятная реакция неизлечимо больного человека. Между тем они могут быть проявлениями психических заболеваний [1].

Изменения эмоциональной и интеллектуальной сфер на поздних стадиях болезни обусловлены воздействием болезни и лечения на психические и физиологические процессы. Приспособительные психические реакции на диагноз или обострение болезни включают в себя страх, тоску, растерянность и гнев. Обычно пациент справляется с ними собственными силами, а также благодаря поддержке семьи и вниманию медицинских работников. Однако у небольшой доли пациентов развивается настоящее психическое расстройство, что требует целенаправленного обследования и лечения, а не только поддержки. Выявлять психические расстройства крайне важно, поскольку без лечения они усугубляют страдания пациента, мешают ему смириться с болезнью и общаться с окружающими. Это необходимо и для организации и оказания адекватной паллиативной помощи [6].

Основные этиологические аспекты расстройств сознания

Депрессия и тревожные расстройства обычно являются следствием утрат и опасений, связанных с болезнью. Часто имеются и дополнительные причины: бедность, раздоры в обществе и семье, сопутствующие инфекции и прочие состояния [5].

Спутанность сознания, как правило, – следствие органического психического расстройства. Оно бывает обусловлено одной или несколькими причинами и нередко усугубляется замешательством и переживаниями, неудобствами и болью, попаданием в незнакомую обстановку, под опеку незнакомых людей. Риск спутанности сознания повышен у пациентов с нарушением памяти, слуха и зрения. К сожалению, устранимые причины спутанности сознания часто остаются не выявленными [2].

Основные причины органических психических расстройств:

- лекарственные средства – наркотические анальгетики, психотропные средства, кортикостероиды, некоторые цитостатики;
- инфекции – инфекции дыхательных и мочевых путей, сепсис;
- обширные поражения головного мозга – опухоль, метастазы, болезнь Альцгеймера, инсульт, СПИД-дементный синдром;
- метаболические нарушения – обезвоживание, электролитные нарушения, гиперкальциемия, органная недостаточность;
- синдром отмены – бензодиазепинов, наркотических анальгетиков, наркотиков, алкоголя [12].

Клиническая картина расстройств сознания

Депрессия и тревожные расстройства. Единственная беседа с больным далеко не всегда позволяет понять, что представляют собой имеющиеся у него расстройства: естественную приспособительную реакцию, которая пройдет сама, или признаки психического расстройства, требующего специального лечения. Часто встречаются и пограничные состояния, при которых имеются и соматические, и психические признаки депрессии. Для определения истинных причин депрессии и тре-

воги весьма эффективны длительное наблюдение и консультирование у специалиста (по возможности), а также содействие близкому окружению пациента [5].

Особого внимания медицинских работников требуют факторы риска развития депрессии и тревожных расстройств:

- органические психические расстройства;
- недостаточная симптоматическая терапия;
- плохие отношения между персоналом и пациентом;
- анамнез аффективных расстройств, злоупотребления алкоголем или наркотиками;
- черты характера, затрудняющие приспособляемость (упрямство, пессимизм, жажда независимости, властность);
- значительные события в жизни, социальные проблемы;
- отсутствие поддержки семьи и друзей.

Депрессия проявляется и психическими, и общими симптомами. Общие симптомы – упадок сил, утомляемость, расстройства сна, особенно ранние пробуждения, сниженный аппетит, психомоторное возбуждение или заторможенность; психические – сниженное настроение большую часть времени, особенно – по утрам; утрата интересов и чувства удовольствия; снижение внимания и способности к сосредоточению; нерешительность; чувство вины и собственной бесполезности; пессимистические взгляды; отсутствие надежд на будущее; суицидальные мысли и попытки.

Тревожные расстройства проявляются: дурными предчувствиями; беспокойством, неспособностью расслабиться; затруднением концентрации внимания; раздражительностью; затрудненным засыпанием; отсутствием ощущения отдыха после сна; ночными кошмарами; симптомами повышенного двигательного тонуса (мышечная боль и усталость, непоседливость, подергивания, нервозность, головная боль); вегетативными симптомами (одышка, сердцебиения, головокружение, дурнота, потливость, сухость во рту «ком в горле», тошнота, учащенное мочеиспускание) [8].

Спутанность сознания. Первыми признаками спутанности сознания могут быть забывчивость, нарушение ориентации во времени и пространстве, изменение настроения и поведения. Основных причин спутанности сознания 2: деменция (хронический синдром), которая обычно необратима, и делирий (острое расстройство), который потенциально обратим [2].

Делирий – важная проблема паллиативной помощи. Это – помрачение сознания в сочетании с прочими расстройствами умственной деятельности, обусловленное органическим поражением головного мозга. Выраженность нарушений часто

меняется и обычно возрастает с наступлением темноты. Механизмы психологической защиты, такие как проекция или отрицание, накладываясь на параноидные идеи, часто осложняют их. При этом происходят нарушение внимания, памяти, особенно – кратковременной, абстрактного мышления и способности к умозаключениям, нарушение ориентации во времени, пространстве, собственной личности, расстройства восприятия, преходящий бред, обычно параноидный, психомоторные нарушения, нарушение цикла сна и бодрствования, ночные кошмары, аффективные расстройства (депрессия, тревожность, страхи, раздражительность, эйфория, апатия, растерянность) [10, 14].

Основные лечебно-профилактические мероприятия при расстройствах сознания

Принципы психологической помощи:

- плохие новости сообщать пациенту осторожно;
- предоставлять информацию по желанию пациентов;
- позволять пациенту выражать свои чувства;
- прояснять его тревоги и проблемы;
- привлекать пациента к принятию решений;
- ставить достижимые цели;
- предоставлять необходимый объем медицинской, психологической и социальной помощи;
- поручать контроль за ведением пациента конкретным медицинским работникам.

В числе основных правил профилактики и лечения психических расстройств – обеспечение пациента информацией, которая ему необходима и понятна. Опыт развитых стран показал, что посещения пациента на дому медсестрой – специалистом в области паллиативной помощи либо пребывание в дневном центре паллиативной помощи в сочетании с постоянным наблюдением бригадой общей практики благоприятно сказываются на состоянии пациентов и их близких. Консультация психиатра необходима при тяжелых, необычных или не поддающихся лечению психических расстройствах, а также при появлении суицидальных идей [11].

Немедикаментозная терапия включает в себя как традиционную психотерапию, так и нетрадиционные методы. Она позволяет пациенту ощутить свою силу и причастность лечению, обрести новое увлечение и поле деятельности, когда работа и привычные занятия становятся невозможными, а также вступить в новые добрые межличностные отношения [13].

Методы психотерапии и психотерапевтической практики:

- краткие курсы психотерапии (когнитивно-поведенческой, психоаналитической, проблемно-ориентированной и др.);
- групповые встречи для обмена информацией и взаимной поддержки;
- музыкальная терапия;
- арт-терапия;
- эпистолярное творчество;
- методы релаксации;
- медитация;
- лечебный гипноз;
- ароматерапия;
- трудотерапия.

Ухаживать за прикованными к постели тяжелыми пациентами с тревожностью или помрачением сознания должны только хорошо знакомые им люди, которым они доверяют. Таким пациентам крайне важно обеспечить спокойную, знакомую, безопасную и удобную обстановку. Перед каждой процедурой им необходимо объяснять, что и зачем будет сделано, дать возможность выразить любые опасения.

Психотропные средства:

- при депрессии – трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина, прочие препараты (ингибиторы моноаминоксидазы, психостимуляторы, препараты лития и комбинированные антидепрессанты);
- при тревожных расстройствах – бензодиазепины, нейролептики, антидепрессанты;
- при спутанности сознания – нейролептики [9].

Расстройства сознания у пациентов с неизлечимыми заболеваниями нельзя считать неизбежными и не нуждающимися в лечении. Существенно улучшить психическое состояние удастся даже при прогрессировании основного заболевания. Врачи и другие медицинские работники ни в коем случае не должны расценивать депрессию и тревожность как естественные проявления болезни, лишая тем самым пациентов эффективного лечения.

Литература

1. Гаврилова С.И. Руководство по гериатрической психиатрии. – М.: Пульс, 2011. – 379 с.
2. Медведев А.В. Спутанность. – М.: Новая Волна, 2000. – С. 136–162.
3. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянец Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину. Учебно-методическое пособие. – Ульяновск, 2004. – 48 с.
4. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. – М., 2003. – 240 с.
5. Шахурова Н.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте: общая проблема в терапевтической и психиатрической практике // Сибирск. вестн. психиатрии и наркологии. – 2009; 3 (54): 78–83.
6. Шахурова Н.И., Гарганеева Н.П., Семке В.Я. и др. Социально-психологические предикторы формирования психосоматических заболеваний. Акт. пробл. совр. неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Материалы Всерос. научно-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2003. – С. 203.
7. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. – М., 2008. – С. 357–380.
8. Barraclough J. ABC of palliative care: Depression, anxiety, and confusion // BMJ. – 1997; 315: 1365–1368.
9. Campbell N., Boustani M., Ayub A. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults – a systemic evidence review // J. Gen. Intern. Med. – 2009; 24 (7): 848–853.
10. Fick D.M., Agostini J.V., Inouye S.K. Delirium superimposed on dementia: asystematic review // J. Am. Geriatr. Soc. – 2002; 50: 1723–1732.
11. Jacobson S.A., Shader R.I. Delirium and Dementia. In: Manual of Psychiatric Therapeutics. – Lippincott Williams and Wilkins, 2003. – P. 65–72.
12. Jarrett P.G., Rockwood K., Carver D. et al. Illness presentation in elderly patients // Arch Intern Med. – 1995; 155: 1060–1064.
13. Ozbolt L.B., Paniagua M.A., Kaiser R.M. Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders // J. Am. Med. Dir. Assoc. – 2008; 9 (1): 18–28.
14. Wahlund L.A., Bjorlin G.A. Delirium in clinical practice: experiences from aspecialized delirium ward // Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. – 1999; 10: 389–392.

DISORDERS OF CONSCIOUSNESS IN PATIENTS NEEDING PALLIATIVE CARE

I.A. Zlobina¹, A.N. Krivtsunov²

¹Belgorod State National Research University

²Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper considers the major types of consciousness disorders in incurable patients, the etiological and clinical aspects, and basic treatment and prevention measures. It shows that mental state can be substantially improved even when the underlying disease progresses.

Key words: palliative care, mental confusion, depression, delirium.

