

ПСИХОЗЫ В РАБОТЕ МЕДСЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Ф.В. Орлов, И.Е. Булыгина, Л.Н. Никитин, А.П. Андреева

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

E-mail: orlovf@jandex.ru

Описаны делириозные помрачения сознания у больных отделения интенсивной терапии. Представлены сестринские вмешательства при психомоторном возбуждении, галлюцинациях, бреде.

Ключевые слова: экзогенные психозы, делирий, сестринские вмешательства.



Медсестры нередко сталкиваются с пациентами психиатрического и наркологического профилей [1–6], в том числе с больными отделений реанимации и интенсивной терапии с измененным сознанием, часто – с отсутствием критики к себе. Психотические расстройства, проявляющиеся бредом, галлюцинациями, нарушениями в двигательной и аффективной сферах, помрачением сознания, относятся к острым состояниям, являются признаками нарастающего соматического неблагополучия или полиорганной недостаточности [2]. Острые психотические состояния могут быть связаны с любым органическим фактором, прямо или косвенно воздействующим на функционирование мозга: эндогенными или экзогенными токсичными веществами, мозговыми инфекциями, судорожными состояниями, черепно-мозговой травмой, церебральными новообразованиями, сосудистыми мозговыми, эндокринными и сенильными расстройствами [1, 5].

Госпитализации в отделение интенсивной терапии подлежат больные, находящиеся на лечении

в разных отделениях в связи с расстройствами жизненно важных органов и систем, в частности центральной нервной системы, выраженным обострением психических расстройств, представляющие опасность для себя и окружающих [2, 4–6]. Такие расстройства сопровождаются нарушением ориентировки, изменением поведения с колеблющимся, чаще – тревожным аффектом, двигательным и речевым возбуждением, галлюцинациями и бредом. Подобные больные становятся опасны для себя и окружающих, поэтому им требуется постоянный уход и применение в случае необходимости временных мер удержания. В большинстве случаев наблюдается острое психотическое состояние с делириозным помрачением сознания (от 10 до 30% всех больных в терапевтических и хирургических отделениях с преобладанием в отделениях интенсивной терапии) [5].

При острых психозах, сопровождающихся состоянием помраченного сознания, наблюдается быстрая смена симптомов. Только медсестра может констатировать их появление в вечернее время, установить нарушение сна, суточные колебания настроения, распознать неадекватное поведение, представляющее непосредственную опасность для больного и окружающих. Поэтому рабочее место медсестры в отделении интенсивной терапии организуется непосредственно в палате. Постоянное присутствие и контакт с пациентом делают медсестру основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Именно от участия медсестры в лечебно-диагностическом процессе нередко зависит исход заболевания [2, 3, 5, 6].

Клиническим методом обследованы 33 больных (20 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 30 до 80 лет, госпитализированных в отделение интенсивной терапии Больницы скорой медицинской помощи Чебоксар. В изученной выборке наиболее часто встречающейся формой психоза был алкогольный делирий, обусловленный тяжелыми соматическими заболеваниями – инфарктом миокарда, мозговым инсультом, черепно-мозговыми травмами. Часто де-

лирий провоцировали операции, реже наблюдались сенильные делирии. Распределение больных с делириозным помрачением сознания приводится в таблице.

Алкогольный делирий характеризуется нарушением сознания, выраженность которого варьирует в течение дня. В 1-й половине дня отмечается сомнолентное состояние с моторной заторможенностью, частичным нарушением ориентировки в месте и времени. Больные с нарушенной ориентировкой не могут сказать, где они находятся, как попали в больницу, что происходит вокруг. При этом сохранна ориентировка в собственной личности, больной дает правильные сведения о себе.

Растерянность в отдельных случаях сопровождается чувством тревоги, страха. Нарастает раздражительность, легко возникают гневливость, недовольство, неприязнь к окружающим. Пациенты грубо разговаривают с медицинским персоналом, угрожают расправой, пытаются схватить за одежду, ударить головой. К вечеру наблюдается усиление проявлений помрачения сознания с развитием психомоторного возбуждения. У больных нарушены восприятие реальных событий и их оценка. Наблюдаемый нами больной, зафиксированный к кровати в состоянии психомоторного возбуждения, стойку для капельницы принимал за жену, кричал на нее, требовал принести нож, чтобы освободиться от фиксирующей вязки.

У части больных к явлениям спутанности присоединяются зрительные, слуховые и осязательные галлюцинации. Зрительные галлюцинации могут быть единичными, множественными или сценopodobными, часто сочетаются со слуховыми, реже – с осязательными галлюцинациями. Больные видят несуществующие реально предметы и образы, которые воспринимают как реальные. Так, больной, который видел в палате кошек, требовал их выгнать, другой просил стряхнуть с него пауков, 3-й умолял медперсонал вырезать из-под кожи червяков, еще 1, пытаясь убрать волосы изо рта, просил помощи у медицинского персонала.

В состоянии помраченного сознания галлюцинаторные образы для больных более актуальны, чем реальные события. Поэтому все поведение больного определяется болезненными видениями и «голосами», а не реальной обстановкой. Больной слышит крики помощи того, кого хотят убить, говорит, что убийцы доберутся до него и персонала, просит его освободить: он знает выход из больницы, поможет всем убежать от преследователей.

У больных с измененным состоянием сознания наблюдается неадекватное поведение с агрессией. Так, один из пациентов видел в окружающих его родственников, друзей; обращаясь к другу Андрею, просил подождать его, принести нож, чтобы развя-

Формы делирия у больных отделения интенсивной терапии

Делирий	Число больных; n (%)
Алкогольный	17 (51,5)
Соматогенный	3 (9,1)
Травматический	3 (9,1)
Послеоперационный	7 (21,2)
Сенильный	3 (9,1)
Всего	33 (100,0)

зать руки и ноги, и затем ругал его за то, что он ему не помогает, прогонял от себя.

Часто тревога, страх больных обусловлены бредом преследования. Мы наблюдали следующее: больной говорил, что за ним пришли и он должен уйти; он слышит звуки и голоса, которые ему угрожают, говорят, что убьют его; через некоторое время он кричит, что ему режут руки, умоляет не делать этого, просит о помощи. Другую больную «голоса» называли «алкашкой», «воровкой», говорили, что она не должна жить, они хотят ее убить. Она плакала, уверяла, что она не алкоголичка, просила, чтобы с ней ничего не делали, она больше пить не будет.

В некоторых случаях наблюдался бред материального ущерба, ревности. Больная кричит, что ее обокрали, только что забрали ее вещи, любимое зеленое платье; плачет, сожалеет о потере, винит во всем медицинский персонал, который ничего не предпринимает. Больной с бредом ревности говорил, что слышит, как жена ему изменяет, знает, с кем, порывался встать и бежать, чтобы убить жену.

Наряду с психическими выявляются соматические, вегетативные, неврологические нарушения. Отмечаются покраснение лица, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, повышение или в некоторых случаях снижение артериального давления, судорожные приступы, явления острого токсического гепатита или цирроза.

Отмечалась отчетливая связь нарушения сознания с выраженными соматическими заболеваниями при общем утяжелении течения болезни. У больных с инфарктом миокарда появлялся страх смерти при выраженном болевом синдроме. Страх большей частью сопровождался возбуждением, беспокойством, возникало чрезвычайно тягостное чувство ожидания неминуемой гибели. Больные говорили, что умирают, испытывают «безумный страх смерти», тяжело переживали «нависшую угрозу смерти».

При спутанном сознании появлялись кратковременные бредовые идеи преследования на фоне слуховых галлюцинаций. Больной с инфарктом миокарда ночью на 3-й день лечения в реанимации стал беспокойным, пытался бежать, слышал устрашающие звуки, чувствовал, что горизонтальное по-

ложение тела меняется на вертикальное, потолок перемещается на место противоположной стены. У другой больной возбуждение сопровождалось тахикардией, повышением артериального давления до 170 мм. рт. ст. Она слышала угрожающие голоса, говорила, что ее отравили, отказывалась от приема лекарств.

Больной с инсультом жаловался на сильные головные боли. У него наблюдалась многократная рвота, одышка, повышение артериального давления до 190 мм. рт. ст. Раздражительность, суетливость сменялись двигательным беспокойством. Больной кричал на медицинский персонал, нецензурно выражался. Ему казалось, что он находится дома, называл медицинских работников именами родственников.

Больные с черепно-мозговой травмой нередко поступают в отделение интенсивной терапии в состоянии комы. После выхода из коматозного состояния сознание частично проясняется, но появляется двигательное и речевое возбуждение. Подчас ночью на фоне бессонницы психомоторное возбуждение нарастало. Появлялись преимущественно зрительные и слуховые галлюцинации с бредом преследования. Содержание галлюцинаций отражало ситуацию, предшествовавшую моменту получения травмы. Один больной видел и слышал звуки проезжающих машин, боялся, что его задавят, метался в постели, пытаясь увернуться от машин. Другой испытывал страх, говорил, что все окружающие хотят его смерти; двигательное возбуждение у него временами сопровождалось гневливостью, агрессивностью.

Послеоперационные психозы возникали и после хирургических и нейрохирургических операций у больных, у которых наблюдались тахикардия, повышение артериального давления до 180 мм. рт. ст., одышка, повышение температуры тела. Психозы относятся к числу относительно частых осложнений оперативных вмешательств, угрожающих жизни. Иногда делирий развивался постепенно, на фоне бессонницы, неустойчивости настроения появлялись бредовые идеи, переплетенные с реальностью. При спутанном сознании больные разговаривали сами с собой, у них возникали редуцированные, кратковременные бредовые идеи ипохондрического характера и преследования. Они испытывали страх смерти, во всем видели угрозу, не подпускали к себе медицинский персонал; им казалось, что у них рождаются швы, что нужно срочно сделать еще одну операцию. Психомоторное возбуждение чаще возникает внезапно, пациенты вскакивают с постели, срывают повязки, пытаются убежать, ругают персонал, сравнивают больницу с тюрьмой. Одна больная утверждала, что у нее рак, ей поставили неправильный диагноз и лечат совершенно не то заболевание, говорила, что врачи ее не лечат, хотят ее смерти.

Некоторые считали, что медицинский персонал ставит над ними опыты, за что будет наказан.

При присоединении к старческому слабоумию мозгового инсульта у больных старше 70 лет наблюдался сенильный делирий, который характеризуется развитием рудиментарного, неразвернутого бреда. Больные испытывают тревогу, страх. Возбуждение при делириозном состоянии носит характер суетливости. Больная с прогрессирующей амнезией собралась уходить домой, говорила, что не в состоянии заплатить за лечение, после беседы с ней успокаивалась, но через некоторое время все повторялось. Такие пациенты становятся ворчливыми, постоянно чем-то недовольными, раздраженными, угрюмыми. Один пациент раздражался из-за ежедневных анализов крови, утверждал, что персонал сдает его кровь и получает за это деньги, не давал подходить к себе, кричал. Другой утверждал, что здоров, родственники его специально устроили в реанимацию, чтобы он здесь умер, и все – из-за его денег.

При возникновении помрачения сознания медсестре необходимо собрать сведения о наличии или отсутствии психомоторного возбуждения, агрессивных тенденций, направленных на родных, других пациентов, медицинский персонал, об изменении сенсорного восприятия, наличии бредовой продукции, соматических симптомов [1–3].

Сестринские вмешательства при делирии должны состоять в контроле и тщательной регистрации нарушений психической деятельности (внешние признаки галлюцинаций, бредовые высказывания, эмоциональные и другие расстройства), контроле и регистрации состояния сознания. Следует свести к минимуму, устранить или предупредить насилие, направленное на окружающих или на самого себя; при этом не исключаются применение временных мер механического стеснения (с тщательным мониторингом состояния сердечно-сосудистой системы и дыхания в этот период), а также срочное введение назначенных медикаментов (с тем же мониторингом). Если у больного начинается двигательное или речевое возбуждение, или резко изменяется состояние, медсестра обязана срочно известить об этом лечащего или дежурного врача. Не надо забывать о возможных внезапных (импульсивных) агрессивных поступках больного, направленных против персонала или других больных. Во избежание внезапного нападения нельзя вставать к больному спиной.

При делирии удастся вступить в контакт с больным. Уважительная и доброжелательная беседа способствует снижению возбуждения. Отношение медсестры к больным должно быть заботливым, спокойным и в то же время твердым, решительным. Ни в коем случае не следует проявлять страх. Необходимо спокойно подойти к больному,

лучше – сбоку, спокойно, мягко и участливо объяснить ему, что ему ничто не угрожает, у него лишь расстроена психика и это скоро пройдет.

При возникновении у пациента сильного возбуждения медсестра должна обеспечить безопасность больного и окружающих его людей. Если пациент не дает приблизиться к себе (например, угрожая каким-либо предметом), к нему следует подойти, держа перед собой развернутое и поднятое вверх одеяло (подушку, пальто, матрац), которое надо быстро накинуть на больного, затем уложить его в постель и произвести удержание. Для этого несколько человек должны быстро подойти к пациенту с разных сторон (лучше – с боков и сзади), чтобы избежать удара; затем, удерживая руки пациента скрещенными на груди, одновременно резко подхватить его ноги в подколенных областях; удерживая больного таким образом, его переносят и укладывают в кровать на спину с выпрямленными руками и ногами; один санитар держит ноги, другой – руки, предварительно скрестив их. Если иными способами невозможно предотвратить действия пациента, представляющие опасность для него самого и других лиц, по решению врача удерживают больного с помощью широких лент из плотной хлопчатобумажной ткани. Больной во время удержания может ударить головой или укусить кого-то из удерживающих его, поэтому надо быть осторожным и, фиксируя руки и ноги пациента, необходимо также удерживать его голову; для этого, стоя в изголовье кровати, плотно прижимают голову перекинутым через лоб пациента полотенцем.

Чтобы удержать больного, прижимают его ноги и руки, причем ноги удерживают давлением на бедра, а руки – на область плечевого сустава. Действовать надо осторожно, чтобы не вызвать повреждений. Давление на конечности производят через одеяло и следят, чтобы конечности не свешивались через край кровати, так как в этом случае возможны переломы. Нельзя прижимать конечности коленями. Руки лучше удерживать скрещенными на груди. Нельзя садиться на ноги, грудь или живот пациента. После проведения удержания возбужденного больного и выполнения назначенных процедур необходимо сделать запись в журнале наблюдений или сестринской карте [1–3].

Больных с галлюцинациями медицинский персонал должен всегда держать в поле зрения, проявлять наблюдательность и бдительность. Особое значение имеют предупреждение нарушения восприятия, обеспечение строгого и непрерывного надзора за больным. Медсестре необходимо уметь вовремя распознать предвестники галлюцинаций (волнение, беспокойство, повышенная требовательность, раздражительность, депрессивные состояния, бредовые высказывания), поощрять пациента к описанию своего состояния. Надо информировать больного по

тем вопросам, которые вызывают у него озабоченность. Если галлюцинации уже возникли, необходимы самые активные терапевтические мероприятия. В беседе с больным надо выявить характер галлюцинаторных переживаний.

Необходимо наблюдать за патологическими проявлениями у больных с бредом, стремиться понять их, регистрировать бредовые идеи. Поведение и реакции медсестры должны благотворно воздействовать на пациентов. Прежде всего надо уметь их выслушать, понять их мысли, особенности реагирования, противоречащие трезвому рассудку, суметь разобраться в них, определить патологический строй мыслей. Следует избегать противоречащих и критических высказываний, не стараться доказать больному, что он не прав. Спокойное, с должным вниманием наблюдение за динамикой состояния спутанности позволяет понять его и оценить, выбрать тактику ведения больного, умело сочетать дозированные меры стеснения и психологического воздействия [1–3, 5, 6].

Кроме того, сестринские вмешательства при делирии должны быть направлены на своевременную коррекцию соматического состояния больных, удовлетворение их основных физиологических потребностей.

Таким образом, помрачение сознания с алкогольными, соматогенными, травматическими, послеоперационными, сенильными делириями нередко встречается у больных отделений интенсивной терапии. При психомоторном возбуждении, агрессивных тенденциях, галлюцинациях и бреде у таких больных целесообразны своевременные сестринские вмешательства.

Литература

1. Голенков А.В. Агрессивные действия психически больных в стационаре: диагностика, стандарты ухода и наблюдения // Медицинская сестра. – 2012; 6: 23–25.
2. Голенков А.В., Аверин А.В. Сестринский процесс в психиатрии. Учебное пособие. – Чебоксары: изд-во Чуваш. ун-та, 2003. – 200 с.
3. Современная технология сестринского ухода и его стандарты в психиатрической клинике. Метод. указания. Ред. – А.В. Голенков. – Чебоксары, 2002. – 52 с.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: Речь, 2002. – 402 с.
5. Bone Y., Smith G.B. Critical care nursing and delirium management in the mentally ill client // Crit. Care Nurs. Clin. North Am. – 2012; 24 (1): 101–104.
6. Bressington D., White J. Recovery from psychosis: physical health, antipsychotic medication and the daily dilemmas for mental health nurses // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. – 2015; 22 (7): 549–557.

PSYCHOSES IN THE WORK OF AN INTENSIVE CARE UNIT NURSE

F.V. Orlov, I.E. Bulygina, L.N. Nikitin, A.P. Andreeva
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary
Republican Mental Hospital, Cheboksary
Republican Narcology Dispensary, Cheboksary

The paper describes delirious consciousness disturbances in intensive care unit patients. It presents nursing interventions for psychomotor agitation, hallucination, and delirium.

Key words: exogenous psychoses, delirium, nursing interventions.