

Неотложная помощь при психологическом возбуждении

Подготовила: Вьюшкова К.Д,
615воп

- Неотложной медицинской помощи требуют острые (в том числе внезапно развившиеся) расстройства психики (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и др.), сопровождающиеся неправильной оценкой и трактовкой происходящего, нелепыми поступками, когда действия больного становятся опасными для себя и окружающих. Таких пациентов должны лечить врачи-психиатры, и для оказания им неотложной помощи в штате крупных станций СМП выделены специализированные психиатрические бригады

- неотложные терапевтические мероприятия показаны только тем пациентам, состояние которых представляет угрозу для себя и других лиц, в первую очередь при наличии возбуждения и агрессивности, суицидальном поведении больного, состоянии измененного сознания, при отказе пациента от приема пищи и жидкости, его неспособности к самообслуживанию, а также при развитии тяжелых побочных эффектов психофармакотерапии.

Острые расстройства психики выявляют прежде всего во время беседы с пациентом, в ходе которой определяют тактику ведения больного. Основные задачи такой беседы определяют правила общения с пациентами с острыми расстройствами психики:

- установление первоначального контакта;
- налаживание доверительных отношений между врачом и пациентом;
- определение диагноза на синдромальном уровне;
- разработка плана оказания медицинской помощи и дальнейшей тактики

- Правильная психотерапевтическая тактика, проводимая медперсоналом в отношении больного с острым психозом, иногда может заменить медикаментозную помощь и в любом случае явиться крайне важным ее дополнением. Основное условие, которое должен соблюдать врач, — ни на одну минуту не терять «психиатрической бдительности», так как поведение больного в любой момент может резко измениться (около него не должно быть предметов, пригодных для нападения или самоповреждения; не следует позволять ему подходить к окну и т. д.).

- Помимо исследования психического состояния пациента, необходимо оценить его соматический и неврологический статус. С одной стороны, это необходимо, чтобы не пропустить соматоневрологическую патологию (в том числе черепно-мозговую травму, другие повреждения и заболевания), с другой — может помочь подтвердить психиатрический диагноз (например, выявить физическое истощение при депрессии) и правильно построить план неотложной терапии.

- Следует помнить, что любое острое психотическое состояние, сопровождающееся дезорганизацией поведения, возбуждением или суицидальными тенденциями, может представлять угрозу не только для пациента, но и для окружающих. Следовательно, требуется проведение организационных мероприятий по обеспечению безопасности как больного, так и медицинского персонала. Во время беседы и осмотра необходимо сохранять настороженность. Если пациент агрессивен, не следует запира́ть комнату. Стоять или сидеть лучше рядом с дверью (чтобы из комнаты можно было быстро выйти), разместив по обе стороны пациента членов бригады СМП (санитар, водитель), работников милиции, при их отсутствии — родственников.

- В случае вызова на место жительства, если больной закрылся в комнате или квартире, вскрытие дверей в это помещение проводят только с согласия родственников. Если же родственники не дают согласия на принудительный доступ к больному, несмотря на явно патологическое, по их описанию, его поведение, этот факт фиксируется в медицинской документации и вызов передается участковому психиатру в психоневрологический диспансер. При получении согласия двери вскрывают сами родственники больного или, по их просьбе, иные лица, включая представителей милиции и пожарных. Сотрудники милиции обязаны оказывать помощь медицинским работникам, обеспечивая безопасные условия для осмотра пациента. При вскрытии квартир одиноких больных обязательно присутствие сотрудников милиции, а также представителей ЖЭК для последующего опечатывания дверей. Домашних животных госпитализированных одиноких больных передают работникам милиции или ЖЭКа, а сам факт передачи заверяют актом

- Если больной при виде медицинских работников убегает, преследование его по улице недопустимо во избежание дорожно-транспортных происшествий. О факте побега больного немедленно информируют ответственного врача СМП, который должен уведомить сотрудников милиции о произошедшем.

- Неотложная медицинская помощь при острых психических расстройствах включает фармакотерапию, физическое удержание (фиксацию пациента), доставку на прием к психиатру, а при необходимости — в стационар (зависит от наличия специализированных психиатрических бригад СМП). Если больной нуждается в оказании помощи и госпитализации, следует получить согласие пациента. В то же время охваченность переживаниями и отсутствие к ним критического отношения со стороны пациента при некоторых острых психопатологических состояниях в ряде случаев предполагают необходимость оказания медицинской помощи, в том числе и госпитализации, без согласия пациента

- Основная задача лекарственной терапии на догоспитальном этапе — не лечение собственно заболевания, а медикаментозная «подготовка» больного, позволяющая выиграть время до консультации психиатра или до госпитализации в психиатрический стационар. Основной принцип оказания помощи при острых психопатологических состояниях — синдромологический или даже симптоматический подход.

- Адекватное применение психофармакологических средств позволяет обеспечить быстрый контроль практически всех острых психопатологических состояний. Необходимо помнить, что даже при, казалось бы, эффективной терапии улучшение может быть нестабильным, и поведение пациента в любой момент вновь может стать непредсказуемым. Соответственно, при наличии показаний не следует пренебрегать временной механической фиксацией, тем более если неотложная помощь оказывается больному с сильным двигательным возбуждением при резком снижении у него критики к своему поведению. О формах и времени применения мер физической фиксации больного делается обязательная запись в медицинской документации

Во время осмотра поведение врача должно подчиняться определенным правилам.

- Пренебрежительный, озадачивающий, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон разговора может вызвать или усилить агрессию больного. Беседа должна вестись спокойно, с разумной настойчивостью, непротиворечием больному, выполнением допустимых его требований. В части случаев больного удастся успокоить правильно проведенной беседой.
- Установлению контакта способствует создание у больного впечатления, что врач может встать на его место («Я понимаю, что вы очень нервничаете...»).
- Не следует подходить к больному слишком близко. Это может быть воспринято как угроза.
- В то же время важно не дать больному возможность причинить вред врачу. Желательно, чтобы рядом находились сотрудники. Следует продумать, как защитить лицо, шею и голову. Предварительно нужно снять очки, галстук, ожерелья и т. д. Во время беседы врач должен позаботиться о возможном «отступлении» и находиться к двери кабинета или палаты ближе, чем пациент

Действия врача линейной бригады СМП на вызове схематично представлены на



- При достаточно выраженном проявлении психомоторного возбуждения необходимости задавать вопросы больному может не быть, особенно при агрессивном поведении пациента. В отдельных случаях (проявление интоксикации различными веществами, при черепно-мозговой травме и т. п.) вопросы врача должны быть направлены на выявление важных для дифференциальной диагностики анамнестических сведений (возможность приема отравляющих средств, травмы и т. д.).

- При психотических расстройствах (бред, галлюцинации) для купирования возбуждения применяют нейролептики-антипсихотики. Основное показание к инъекциям психотропных средств — отсутствие согласия больного на лечение, поскольку различия между таблетированными и инъекционными формами препаратов касаются в основном скорости развития терапевтического эффекта и, в меньшей степени, уровня достигаемой седации. Оптимальный путь введения лекарственных средств — внутримышечный; внутривенное введение препаратов необязательно, а в некоторых случаях физически невозможно

- Современные стандарты терапии предполагают использование таблетированных (например, рисперидон, оланзапин) и инъекционных форм атипичных антипсихотиков (например, Рисполепт Конста) в качестве средств первой линии у всех групп пациентов, в то время как традиционные нейролептики остаются препаратами резерва. При декомпенсации психического заболевания у соматически здорового пациента для купирования возбуждения при необходимости используются максимальные дозы препаратов. Обычно внутримышечно вводят оланзапин (Зипрекса) в дозе 5–10 мг или зуклопентиксол (Клопиксол-Акуфаз) в дозе 50 мг. Введение некоторых нейролептиков (галоперидол, зуклопентиксол, оланзапин, трифлуоперазин) нередко сопровождается развитием экстрапирамидных расстройств и требует параллельного использования корректоров — антипаркинсонических средств, таких как тригексифенидил (Циклодол, Паркопан, Ромпаркин).

- При отсутствии атипичных нейролептиков можно вводить 100–150 мг (4–6 мл 2,5 %-ного раствора) хлорпромазина (Аминазина) или левомепромазина (Тизерцина) внутримышечно. Введение нейролептиков требует контроля уровня артериального давления в связи с опасностью развития коллапса. Для профилактики ортостатических реакций применение нейролептиков в дозах, превышающих минимально эффективные, следует сопровождать внутримышечной инъекцией 2,0–4,0 мл 25 %-ного раствора Кордиамина (в другую ягодицу).

- транквилизаторы (в частности, бензодиазепины) наиболее эффективны при невротических расстройствах, в частности при панических атаках; их применение рекомендуется также в тех случаях, когда диагноз неясен. Из группы бензодиазепинов оптимально использование препаратов с более коротким периодом полувыведения и максимальным анксиолитическим эффектом, например, лоразепама. При возбуждении, развивающемся вследствие глубоких метаболических расстройств (при интоксикации, тяжелой инфекции и др.), также предпочтительно применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда — диазепам в дозе 10–30 мг (2–6 мл 0,5 %-ного раствора) или лоразепама в дозе 5–20 мг (2–8 мл 0,25 %-ного раствора). Нейролептики в таких случаях лучше не применять, а при необходимости их использования дозу препаратов следует уменьшать.

Дозы психотропных средств, доступных в инъекционной форме и используемых для оказания неотложной помощи при психических расстройствах, приведены в таблице:

Препарат	Выпускаемый раствор		Дозы, мг	
	%	мг/мл	Минимально эффективные	Высшие разовые
Нейролептики				
Галоперидол	0,5	5	5	10
Зуклопентиксола ацетат (Клопиксол-Акуфаз)	5	50	50	100
Клозапин (Азалептин, Лепонекс)	2,5	25	50	100
Левомепромазин (Тизерцин)	2,5	25	25	75
Оланзапин (Зипрекса) 10 мг во флаконе	-	-	5	10
Промазин (Пропазин)	2,5	25	50	150
Трифлуоперазин (Стелазин, Трифтазин)	0,2	2	6	6
Хлорпромазин (Аминазин)	2,5	25	50	150
Хлорпротиксен (Труксал)	2,5	25	25	100
Транквилизаторы				
Диазепам (Реланиум, Седуксен)	0,5	5	10	30
Лоразепам (Лорафен, Ативан, Трапекс)	0,25	2,5	5	20
Антидепрессанты				
Амитриптилин (Триптизол)	1	10	20	40
Имипрамин (Мелипрамин, Имизин)	1,25	12,5	25	75

Часто встречающиеся ошибки:

- Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля за его поведением.
- Недооценка опасности психомоторного возбуждения для самого больного и окружающих (в том числе непривлечение помощи сотрудников милиции).
- Пренебрежение методами физического удержания.
- Уверенность в необходимости только внутривенного введения седативных средств, исключая внутримышечный и пероральный пути.
- Неиспользование корректоров при введении нейролептиков, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства

- Следует учитывать, что применение психотропных средств «стирает» выраженность психопатологической симптоматики, что в последующем создает трудности психиатру в принятии решения о недобровольной госпитализации пациента. Соответственно, психофармакологическое вмешательство на догоспитальном этапе целесообразно только в тех случаях, когда психическое состояние пациента может помешать его благополучной транспортировке; исключение составляет длительная транспортировка из отдаленных мест. Такой же тактики придерживаются и специализированные психиатрические бригады.