

В.Г. Москвичев,

канд. мед. наук, кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней МГМСУ, Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

Неотложная медицинская помощь при острых расстройствах психики

Психозы – выраженное расстройство психики, проявляющееся полностью или преимущественно резким неадекватным отражением окружающей действительности с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, что проявляется нарушением поведения и возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных, аффективных расстройств, помрачения сознания и др.).

Различают острые и хронические психозы.

Острые психозы протекают преимущественно по типу острых экзогенных реакций. Возможность острого начала эндогенных психозов остается дискуссионной. Считается, что в большинстве случаев при этом имеет место экзогенная провокация эндогенного заболевания.

Хронические психозы характеризуются многолетним, чаще всего прогрессирующим течением, с образованием дефекта психики в первую очередь в мышлении и эмоционально-личностной сфере.

Неотложной медицинской помощи требуют острые (в т. ч. внезапно развившиеся) расстройства психики (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и др.), сопровождающиеся неправильной оценкой и трактовкой происходящего, нелепыми поступками, когда действия больного становятся опасными для него и окружающих. Таких пациентов должны лечить врачи-психиатры, и для оказания им неотложной помощи в штате крупных станций СМП выделены специализированные психиатрические бригады. Однако в малонаселенной (сельской) местности врачи-психиатры и психиатрические бригады отсутствуют, и фельдшер ФАП нередко оказывается первым, кто встречается с такими больными. Кроме того, ему иногда приходится оказывать неотложную психиатрическую помощь при развитии психических расстройств у пациентов с заболеваниями внутренних органов (например, при высокой температуре, пневмонии, инфаркте миокарда и др.).

Неотложные терапевтические мероприятия и госпитализация показаны только тем пациентам, состояние которых представляет угрозу для них 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.

Правила общения с пациентами с острыми расстройствами психики

Острые расстройства психики выявляют, прежде всего, во время беседы с пациентом, в ходе которой определяют тактику ведения больного.

Основные задачи такой беседы:

- установление первоначального контакта;
- налаживание доверительных отношений между медработником 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 или, во всяком случае, явиться крайне важным к ней дополнением. Есть несколько условий, которых следует придерживаться:

- при беседе с напряженным бредовым больным не делать при нем какие-либо записи, не отвлекаться на других больных, ни в коем случае не показывать больному свой страх перед ним;
 - вести себя доброжелательно по отношению к больному, не допуская ни грубости, ни фамильярности, которые могут вызвать реакцию раздражения; лучше обращаться к нему на “Вы” и соблюдать “дистанцию”, не обижаящую больного;
 - не начинать разговор с расспросов о болезни, лучше задать несколько формальных или “успокаивающих” вопросов, поговорить “о том, о сем”;
 - продемонстрировать пациенту свое желание и готовность помочь ему; не спорить и не разубеждать его; не следует, однако, безоглядно соглашаться со всеми его высказываниями и тем более подсказывать возможные ответы на вопросы, носящие бредовой характер;
 - не обсуждать с другими в присутствии больного его состояние;
 - ни на одну минуту не терять “психиатрической бдительности”, т. к. 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 для того, чтобы не пропустить соматоневрологическую патологию (в т. ч. черепно-мозговую травму, другие повреждения и заболевания). Это поможет 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. Это требует проведения организационных мероприятий по обеспечению безопасности как больного, так и медицинского персонала. Если пациент агрессивен, не следует запира́ть комнату. Стоять или сидеть лучше рядом с дверью (чтобы из комнаты можно было быстро выйти), расположив по обе стороны пациента сотрудников (санитар, водитель, работники милиции), при их отсутствии – адекватных ситуации 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 активный 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 доступа к пациенту, а при необходимости – для его осмотра и госпитализации. При вскрытии квартир одиноких больных обязательно присутствие сотрудников милиции, а также представителей ЖЭКа для последующего опечатывания дверей. Домашних животных госпитализированных одиноких больных передают работникам милиции или ЖЭКа, а сам факт передачи заверяют актом.

В случае вызова на рабочее место больного осматривают в помещении медицинского пункта, а при его отсутствии – в административных помещениях, где больной лишен возможности оказать вооруженное сопротивление.

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 станции СМП, который должен уведомить сотрудников милиции о произошедшем.

Несмотря на то что квалифицированная оценка тяжести симптоматики может быть дана только психиатром, при необходимости экстренные терапевтические мероприятия проводят и другие клиницисты, в т. ч. фельдшера (СМП или ФАП).

Неотложная помощь при острых психических расстройствах

Общая стратегия при оказании скорой помощи пациенту с психическим расстройством сводится к обеспечению безопасности самого больного (что подразумевает предотвращение самоубийства или самоповреждения), а также предотвращение нанесения возможного вреда окружающим и медицинскому персоналу (предотвращение проявления агрессии).

Неотложная медицинская помощь при острых психических расстройствах включает:

- фармакотерапию;
- физическое удержание (фиксацию пациента);
- доставку на прием к психиатру, а при необходимости – в стационар.

Если больной нуждается в оказании помощи и госпитализации, следует получить согласие пациента. В то же время некоторые острые психопатологические состояния в ряде случаев предполагают необходимость оказания медицинской помощи, в т. ч. госпитализации, без согласия пациента.

В соответствии с Законом РФ от 02.07.92 № 3185-1 (ред. от 22.08.04) “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” госпитализация больного в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя может производиться в том случае, если лечение больного или его обследование возможны только в стационарных условиях, а само “психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи”.

Первичное психиатрическое освидетельствование и решение вопроса о госпитализации больного в психиатрический стационар является исключительной компетенцией врача-психиатра; соответственно, пациент, требующий неотложной психиатрической помощи, должен быть незамедлительно осмотрен психиатром, а при отсутствии такой возможности – доставлен машиной СМП в психоневрологический диспансер. В случае госпитализации в принудительном порядке медицинский персонал должен немедленно уведомить об этом родственников больного.

Медикаментозное лечение. 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. Основным принцип оказания помощи при острых

психопатологических состояниях – синдромологический и даже симптоматический подход.

Адекватное применение психофармакологических средств позволяет обеспечить быстрый контроль практически всех острых психопатологических синдромов. 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.

Возбуждение и агрессивность

Эти психические расстройства составляют основную группу среди состояний, требующих неотложной помощи. Именно возбуждение оказывается наиболее частым поводом для вызова бригад СМП.

Этиология

Состояния возбуждения часто развиваются на фоне острой неврологической патологии (черепно-мозговые травмы, острые нарушения мозгового кровообращения), экзогенных отравлений (например, фосфорорганическими соединениями), эндогенных интоксикаций (в т. ч. инфекций), острых терапевтических (например, инфаркт миокарда) и хирургических (например, катастрофа в брюшной полости) заболеваний, неотложных состояний, сопровождающихся выключением сознания (сопор, неглубокая кома) и др. В этих случаях неправильная оценка соматоневрологического статуса может отсрочить необходимую экстренную терапевтическую, хирургическую или иную помощь.

Клиническая картина

Возбуждение представляет собой сложное патологическое состояние, включающее речевой, мыслительный и двигательный компоненты. Оно может развиваться на фоне бреда, галлюцинаций, расстройств настроения, сопровождаться растерянностью, страхом и тревогой. Возбуждение является одним из проявлений болезни, “узловой” ее точкой, в которой проявляются специфические для каждого заболевания особенности.

В то же время клиничко-психопатологическое своеобразие этого состояния при различных заболеваниях сохраняется лишь до известной степени: нарастание возбуждения стирает различия между отдельными его типами, оно может становиться хаотичным, мышление – бес-

связным, аффект достигает максимальной напряженности. Возбуждение может приводить к значительным метаболическим изменениям и даже вторичной гипоксии мозга, способствовать декомпенсации и развитию острых расстройств сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем.

Выделяют следующие формы психомоторного возбуждения:

1. **Галлюцинаторно-бредовое** – характеризуется наплывом зрительных (враги, звери, чудовища) или слуховых (угрожающие, обвиняющие “голоса”) галлюцинаций и(или) бредовыми идеями (чаще преследования или воздействия). Галлюцинаторно-бредовое возбуждение наблюдается при шизофрении, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, инволюционном психозе, алкогольном делирии (белой горячке) и галлюцинозе. В этих случаях поведение больных зависит от характера галлюцинаторно-бредовых переживаний. Больные часто разговаривают с воображаемыми собеседниками (“голосами”), отвечают на их вопросы и ведут оживленный диалог. Больной во всем окружающем усматривает опасность для себя и не всегда понимает смысл происходящего с ним. Такие больные эмоционально напряжены, насторожены, подозрительны (могут быть злобными), их ни на минуту не оставляет ощущение нависшей над ними угрозы. Это состояние сопровождается тревогой и страхом. Больные всюду видят опасность и считают, что все окружающие настроены против них, это побуждает больных к самообороне. Защищаясь, они пытаются спастись бегством, нападают на окружающих и даже могут (это отмечается редко) предпринимать суицидальные попытки, чтобы избавиться себя от мучений. Разновидностью такого возбуждения является делириозное.

2. **Кататоническое возбуждение** – проявляется пролонгированным или приступообразным моторным беспокойством, чаще в виде бессмысленных однообразных (стереотипных) движений. Кататоническое возбуждение обычно наблюдается при шизофрении или органических заболеваниях головного мозга. Для таких больных характерны:

- негативизм (активное или пассивное противодействие окружающим, в т. ч. бессмысленное сопротивление или полный отказ выполнять какие-либо действия и движения);
- вербигерации (речевая стереотипия, склонность к монотонно-однообразному повторению одних и тех же слов и фраз, часто совершенно бессмысленных);
- эхолалия (повторение фраз или слов из высказываний окружающих);
- эхопраксия (повторение движений);
- парамимия (несоответствие мимических реакций эмоциональному и интеллектуальному переживанию).

Выделяют “немое” и импульсивное кататоническое возбуждение. “Немое” возбуждение – безмолвное хаотичное, бессмысленное, с яростным сопротивлением окружающим, часто с агрессией и(или) аутоагрессией. Импульсивное возбуждение характеризуется неожиданными, внешне немотивированными поступками больных – они внезапно вска-

кивают, куда-то бегут, с бессмысленной яростью нападают на окружающих (могут “застывать” в оцепенении на непродолжительное время и вновь возбуждаться).

3. Гебефреническое возбуждение – ведущими признаками являются крайне манерное, нелепо-дурашливое поведение с поступками парадоксально-вычурного характера (больные кривляются, гримасничают, коверкают слова, танцуют, прыгают, кувыркаются), сопровождающееся немотивированным весельем и нелепыми высказываниями.

4. Депрессивное возбуждение – возникает в связи с нарастанием у больных тревоги и страха на фоне пониженного фона настроения и отсутствием двигательного торможения, что проявляется двигательным возбуждением, доходящим до буйства. Обычно такое возбуждение характерно для маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, но может встречаться и при ряде других психических расстройств. Клинические проявления ажитированной депрессии характеризуются сочетанием выраженного аффекта тоски и тревожного беспокойства. Больные мечутся, испытывают “страшные” душевные муки, высказывают идеи самообвинения и самоуничужения. Часто они считают, что только уход из жизни принесет облегчение им и окружающим. В связи с этим чрезвычайно высока опасность суицидных действий, изощренно и тщательно подготавливаемых.

Меланхолический раптус – наивысшая форма депрессивного возбуждения с развитием на фоне выраженной и острой мучительной тоски и растерянности внезапных “взрывов” – приступов неистового двигательного возбуждения и отчаяния, с выражением ужаса на лице, стонами, рыданием, заламыванием рук. Больные “не могут найти себе места”, способны на самоповреждение, вплоть до суицида.

5. Маниакальное возбуждение – сопровождается повышенным настроением, стремлением к постоянной активной деятельности и речевым возбуждением. Маниакальное возбуждение характерно для маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, органических заболеваний головного мозга, отмечается при лечении стероидными гормонами и отравлении акрихином. Такие больные беспричинно веселы, находятся в постоянном движении, испытывают физическое чувство бодрости, неистощимы и неутомимы в своей деятельности, легко входят в контакт, берутся за любое дело, но ничего не доводят до конца. При разговоре легко переключаются с одной темы на другую, не закончив обсуждение предыдущей. Когда возбуждение достигает своего максимума, больные не могут “усидеть” на месте, постоянно громко говорят и даже кричат, все попытки их успокоить остаются безрезультатными. Присоединяется стойкая бессонница. В этот период веселое настроение может сменяться раздражительной гневливостью, больные не терпят возражений, открыто проявляют свое недовольство, давая бурные злобные и агрессивные реакции с разрушительными действиями при попытках окружающих помешать реализации планов больного. Переоценка больными собственных возможностей и неспособность контролировать свои поступки в сочетании с приступами агрессивности

иногда заканчивается опасными поступками (например, изнасилование, убийство).

6. Паническое (психогенно обусловленное) возбуждение – представляет собой бессмысленное моторное возбуждение в форме так называемой “двигательной бури”. Причиной такого возбуждения обычно бывают внезапно возникшие сильные эмоциональные потрясения от психотравмирующих ситуаций, несущих непосредственную угрозу жизни людей, аварий на транспорте, катастроф (промышленные, пожары, землетрясения, наводнения и др.). На фоне возникающих расстройств сознания от аффективно суженного до глубоких сумеречных состояний преобладает двигательное возбуждение от однообразно монотонного до беспорядочно-хаотичного. Характерны бессмысленные движения и поступки, больные мечутся, куда-то стремятся, в панике убегают, часто навстречу опасности, не реагируют на вопросы окружающих, могут наносить самоповреждения, пытаются покончить жизнь самоубийством. При чрезвычайных ситуациях, когда в толпе преобладает эффект ужаса и страха, одной из задач, помимо оказания медицинской помощи, является выявление “лидера” (одного или группы), создающего панику, и немедленное удаление его (их) с помощью сотрудников милиции из очага.

7. Психопатическое возбуждение – характерно для психопатий и психопатоподобного поведения на фоне органического поражения головного мозга. Как и психогенное, психопатическое возбуждение обусловлено какими-либо психологическими причинами, отличием же является его целенаправленность. Характерно несоответствие чрезмерно бурной эмоциональной реакции минимальному по силе и качеству раздражителю. Такие больные крайне возбуждены, крикливы, злобны, бранятся (часто нецензурно), сопротивляются осмотру и собеседованию, склонны к агрессивным, разрушительным действиям, могут демонстративно наносить себе самоповреждения. Их гнев обычно носит целенаправленный характер против конкретного лица – мнимого обидчика. При попытках удержать таких лиц возбуждение возрастает; содержание речи (требования, угрозы, брань) меняется в зависимости от действий окружающих и ситуации. Часто психопатическое возбуждение носит “театральный” характер, больные стремятся привлечь к себе внимание, “работают на публику”. Возбуждение вначале целенаправленное – на реализацию влечения или установки, затем – глобальное, с сужением сознания, иногда до истерических сумеречных состояний.

8. Эпилептическое возбуждение – возникает внезапно и сопровождается выраженным аффектом злобы, агрессивно-разрушительными действиями на фоне галлюцинаций и бредовых переживаний устрашающего характера. Возникает при сумеречном помрачении сознания, перед судорожными припадками или после них, при эпилептических психозах и органических заболеваниях головного мозга. Эпилептическое возбуждение обычно протекает на фоне сумеречного расстройства сознания (исключающего возможность контакта с больными и критику больного к своим действиям) и по своей интенсивности превосходит

все остальные варианты, встречающиеся в психиатрической практике. Силу аффекта определяют яркие, устрашающего характера галлюцинации с картинами мировых катастроф, бушующих пожаров, массовых убийств; когда больной слышит угрозы, крики, стоны, видит льющуюся кровь. Крайняя степень агрессивности (как разрядка аффекта), направленной на окружающих, может приводить к тяжелым последствиям (убийство, увечье, аутоагрессия и т. п.).

9. Суетливое (старческое) возбуждение – наблюдается при выраженном атеросклерозе мозговых сосудов и атрофических процессах в головном мозге у пожилых людей, часто при нарастании приобретенного слабоумия (деменции). Развивается постепенно на фоне старческой бессонницы, является проявлением захватывающих больного тревожных мыслей и опасений. Сопровождается бесцельными действиями и двигательным беспокойством (не удерживаются в постели и в комнате, куда-то суетливо собираются, ищут и укладывают вещи, стремятся выйти на улицу, при попытке удержать их оказывают довольно активное сопротивление, вплоть до агрессии).

Лечение

При оказании помощи возбужденному больному основная задача фельдшера (СМП или ФАП) состоит в обеспечении безопасности больного и окружающих. Часто для контроля над беспокойством достаточно бывает создать спокойную обстановку и наладить контакт с пациентом, чтобы он чувствовал себя в безопасности.

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 (например, rispолептконста) форм атипичных антипсихотиков 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 могут быть использованы максимальные дозы препаратов. Обычно в/м вводят оланзапин (зипрекс) в дозе 5–10 мг или зуклопентиксола ацетат (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 тригексифе-

нидил, циклодол, артан, паркопан, ромпаркин. При отсутствии атипичных нейролептиков можно вводить 100–150 мг (4–6 мл 2,5% р-ра) хлорпромазина (аминазина) или левомепромазина (тизерцина) в/м. Введение нейролептиков требует контроля уровня АД в связи с опасностью развития коллапса. Для профилактики ортостатических реакций применение нейролептиков в дозах, превышающих минимально эффективные, следует сопровождать в/м инъекцией 2–4 мл 25% р-ра кордиамина (в другую ягодицу).

Из таблетированных препаратов предпочтение отдается рисперидону (рисполепт) в дозе 1–4 мг или обладающему сильным нейролептическим и седативным действием клозапину (азалептин, лепонекс) в дозе до 150 мг однократно.

Допускается временная фиксация больного с тяжелым возбуждением при обязательном документировании фельдшером данной процедуры.

Транквилизаторы (например, 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, лоразепам). При возбуждении, развивающемся вследствие глубоких метаболических расстройств (при интоксикации, тяжелой инфекции и др.), также предпочтительно применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда – диазепама в дозе 10–30 мг (2–6 мл 0,5% р-ра) или лоразепама в дозе 5–20 мг (2–8 мл 0,25% р-ра). Нейролептики в таких случаях лучше не применять, а при необходимости их использования дозу препаратов следует уменьшать.

При ажитированной депрессии (с длительным речедвигательным возбуждением), меланхолическом раптусе возможно в/м введение антидепрессантов с седативным действием – например, амитриптилина в дозе 40–80 мг (2–4 мл 2% р-ра). Дозы психотропных средств, доступных в инъекционной форме и используемых для оказания неотложной помощи при психических расстройствах, приведены в таблице.

Таблица

Психотропные средства, используемые при купировании возбуждения для в/м введения

Препарат	Выпускаемый раствор		Доза, мг	
	%	мг/мл	минимально эффективная	высшая разовая
1	2	3	4	5
Нейролептики				
Галоперидол	0,5	5	5	10
Зуклопентиксола ацетат (клопиксол-акуфаз)	5	50	50	100
Клозапин (азалептин, лепонекс)	2,5	25	50	100

Окончание табл.

1	2	3	4	5
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, сибазон)	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

Суицидальное поведение

Под суицидальным поведением понимают попытки (суициды) или угрозу (суицидальные мысли и намерения) самоубийства, связанные с социальными, личностными, иными объективными или субъективными причинами.

Этиология

Суициды могут отмечаться при шизофрении (при бредовых и галлюцинаторных расстройствах), алкоголизме, наркоманиях, реактивных состояниях; у лиц с психопатиями (особенно в алкогольном опьянении), в рамках истерических реакций и т. д.

Наиболее часто попытки покончить жизнь самоубийством наблюдаются при депрессии. При ажитированной депрессии тоскливость сочетается не с заторможенностью, а с возбуждением двигательной сферы и тревогой: больные кричат, стонут, не могут усидеть на месте – мечутся; подобное поведение должно служить для медработников сигналом о возможной попытке самоубийства. В связи с этим суицидальному поведению, в первую очередь депрессиям, следует уделить особое внимание.

Клиническая картина

Классический депрессивный синдром представлен так называемой “депрессивной триадой”, включающей понижение настроения,

умственно-речевую и моторную заторможенность. Выявляется снижение настроения от грусти и печали до физического чувства тоски (локализуемого в области сердца, за грудиной), иногда достигающего степени “физического страдания” (больные заявляют о “невыносимой боли”, которая “разрывает сердце”, “сжимает как тиски” и т. д.). Все окружающее, весь мир воспринимается в “серых” тонах. Появляется чувство безысходности, бесперспективности и т. д. Возможно формирование идеи самообвинения и самоуничужения, доходящей до абсурда, когда больные вспоминают малозначительные проступки многолетней давности и др. Умственно-речевая заторможенность проявляется вялостью, пассивностью, безынициативностью. Больные начинают плохо соображать, долго думать и решать простейшие задачи (замедление мышления), речь становится тихой, эмоционально неокрашенной, ответы односложными (“да” или “нет”), они теряют чувство правильности в совершаемых ими действиях. Моторная заторможенность проявляется в том, что больные предпочитают лежать, не участвовать в какой-либо деятельности. Наивысшей степенью моторной заторможенности является депрессивный ступор – состояние полной обездвиженности.

Выделяют эндогенную, психогенную (реактивную) и соматогенную депрессии. Эндогенная депрессия развивается как следствие эндогенных заболеваний, таких как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, или в рамках инволюционных (старческих и предстарческих) функциональных психозов. Считается, что эндогенная депрессия наиболее выражена в утренние часы, а ближе к вечеру больным становится немного легче. Возможно, с этим связан тот факт, что большинство суицидов совершаются именно рано утром.

Психогенная (реактивная) депрессия относится к затяжным реактивным психозам, возникающим после тяжелых психических переживаний, связанных со смертью близких или реальной угрозой для их жизни и жизни больного, внезапным нарушением привычного благополучия и т. д. Подавленное настроение сопровождается постоянными мыслями о произошедшем, больные не в состоянии от этого отвлечься. Нередко больные начинают считать себя виновниками произошедшего. Например, если умер близкий человек, они начинают обвинять себя в том, что были к нему невнимательны при жизни, плохо относились, не предотвратили его смерть и т. д. Обычно такие переживания носят яркий демонстративный характер, сопровождаются нарушениями сна и различными соматовегетативными нарушениями.

Соматогенная депрессия может развиваться при любых соматических болезнях (как острых, так и хронических). В основном она обусловлена эндогенной интоксикацией и проявляется пониженным настроением в сочетании с астеническим синдромом: слабостью, быстрой утомляемостью, раздражительностью, вегетососудистыми реакциями. Длительная, изнуряющая больного болезнь и развившаяся на ее фоне депрессия могут провоцировать таких больных на мысли о самоубийстве.

Склонность к самоубийству следует выявлять у всех больных с нарушениями психики, а не только при явной депрессии. Оценка риска самоубийства – важнейшая часть психиатрического обследования. Психическими расстройствами, способствующими возникновению суицидальных мыслей и намерений, может быть галлюцинаторная (настойчиво приказывающие умереть голоса) или бредовая (идеи преследования, нанесения ущерба) симптоматика и т. п. К признакам повышенного суицидального риска относят наличие попыток самоубийства и психического расстройства в анамнезе, отсутствие работы, семьи (одиночество), мужской пол, период полового созревания, а также возраст старше 45 лет.

Тактика и лечение

Во всех случаях возможного суицидального риска необходим тщательный надзор за больным, удаление возможных средств самоубийства и решение психиатром вопроса о необходимости неотложной госпитализации. Перед транспортировкой пациента с суицидальным поведением в стационар следует тщательно осмотреть его вещи, предотвратив тем самым сокрытие предметов, которые могли бы быть использованы в дороге для самоубийства или нападения на окружающих. Во время перевозки такие больные не должны ни на мгновение ускользать из внимания медработников. Категорически недопустимо перевозить их одних в салоне машины СМП. Если соматическое состояние больного не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрический стационар. При наличии угрозы жизни пациенты должны быть госпитализированы в отделения реанимации или профильные отделения, в зависимости от вида суицида (при отравлениях – в отделение токсикологии, при ранениях – в отделение хирургии и т. д.).

Неотложная терапия выраженной агитированной депрессии или меланхолического раптуса при наличии суицидальных тенденций включает в/м (под контролем АД) введение 25–50 мг (1–2 мл 2,5% р-ра) левомепромазина (тизерцина). Одновременно в/м (можно в/в струйно медленно или капельно) вводят 20–40 мг (2–4 мл 1% р-ра) амитриптилина (триптизола). Антидепрессанты со стимулирующим эффектом, такие как имипрамин (мелипрамин, имизин), не следует назначать больным с признаками возбуждения, беспокойства, страха, тревоги в связи с опасностью нарастания выраженности этих симптомов.

Развитие тяжелых побочных эффектов психотерапии

Наиболее часто осложнения психотерапии наблюдаются при лечении нейролептиками, особенно у лиц, никогда ранее их не принимавших. Эта группа расстройств требует неотложного вмешательства на догоспитальном этапе.

Коллапс – наиболее часто встречается при лечении аминазином и тизерцином. Неотложная помощь: больному придают горизонтальное положение тела с приподнятыми ногами, вводят 4–5 мл 25% р-ра кордиамина в/м и (или) 2 мл 2% р-ра кофеина п/к.

Пароксизмальный экстрапирамидный синдром развивается при отсутствии соответствующей медикаментозной коррекции или недостаточной дозе корректоров побочных действий ряда нейролептических препаратов. Проявляется неправильным положением головы и шеи по отношению к туловищу, спазмами жевательных мышц (жевание, зевание, гримасничанье), нарушениями глотания (дисфагия) и дыхания (ларинго-фарингеальные спазмы), окулогирными кризами (спазмы глазодвигательных мышц), смазанной и затрудненной речью, обусловленной гипертонусом или увеличением языка, генерализованными кризами моторного возбуждения.

Применяют корректоры (антипаркинсонические средства) – 5 мг триперидена (норакина) или биперидена (акинетона) в/м, либо 50–100 мг арпенала внутрь. При их отсутствии внутрь дают 10–15 мг тригексифенидила (циклодола) в сочетании с п/к введением 2 мл 2% р-ра кофеина. В ряде случаев целесообразно назначение миорелаксантов (например, баклофена в дозе 5–20 мг внутрь). Одновременно в/в вводят 10 мл 40% р-ра глюкозы с 5 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты, в/м – 5–10 мл 25% р-ра магния сульфата, при отсутствии эффекта к терапии добавляют диазепам (10–20 мг в/в).

Злокачественный нейролептический синдром – угрожающее жизни осложнение нейролептической терапии, может развиваться в разные сроки от начала лечения. Характеризуется внезапным развитием гипертермии, сопровождающейся выраженной мышечной ригидностью, мышечной дистонией (экстрапирамидными расстройствами), акинезией (отсутствием активных движений), неспособностью говорить (мутизмом), напряженной тревожностью и смятением, вегетативными симптомами (жар, потливость, повышение частоты пульса и АД) и помрачением сознания.

В первую очередь отменяют нейролептические препараты. На догоспитальном этапе начинают инфузионную терапию, объем которой достигает 2,5–6,0 л/сут. Для устранения гипертермии применяют влажные обертывания, в/м вводят жаропонижающее средство, например 2 мл 50% р-ра анальгина. При развитии экстрапирамидных нарушений применяют бромкриптин (парлодел) по 5 мг внутрь каждые 4 ч (до 60 мг/сут), баклофен по 20–25 мг (до 30–75 мг/сут), леводопу (до 300 мг/сут), диазепам (10–20 мг внутрь, в/м или в/в струйно на 20 мл 40% р-ра глюкозы). В/в капельно вводят дексетимид, или тремблекс (250 мг препарата разводят в 250 мл NaCl, скорость инфузии – 55 кап./мин) или амантадин 200 мг (500 мл). В особо тяжелых случаях 250 мг дексетимида вводят в 10 мл NaCl в/в струйно медленно. При появлении признаков почечной недостаточности необходима госпитализация в токсикологический центр или отделение интенсивной терапии.

Токсические реакции экзогенного типа возникают при использовании нейролептиков или антидепрессантов с холинолитическим (атро-

пиноподобным) эффектом. Симптоматика может варьировать от экстрапирамидных и вегетативных нарушений до развития фармакогенных психозов, чаще – делириозного синдрома. Эти реакции могут наблюдаться при использовании высоких доз препаратов, чаще у пациентов с органическим поражением ЦНС, связанным с травмой, при сопутствующих интоксикациях, тяжелых инфекциях и соматических заболеваниях. Психотические расстройства отличаются лабильностью и, как правило, спонтанно исчезают в дневное время, возобновляясь к вечеру.

Таким больным отменяют психофармакотерапию и проводят дезинтоксикацию. При развитии лекарственно-зависимого делириозного помрачения сознания нейролептические средства не применяют, ограничивая вмешательство проведением дезинтоксикации, а в исключительных случаях – введением транквилизаторов короткого действия (например, лоразепама), а при их отсутствии – диазепама.

“Серотониновый синдром” – опасное осложнение терапии серотонинергическими антидепрессантами (кломипрамин), а также селективными ингибиторами обратного нейронального захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам, флувоксамин). Основные проявления “серотонинового синдрома” – тошнота, рвота, диарея, тремор, отсутствие аппетита, сексуальные расстройства. В тяжелых случаях появляются выраженные нарушения гемодинамики, развиваются психомоторное возбуждение, профузное потоотделение и гипертермия. Клиническая картина может приобретать сходство со злокачественным нейролептическим синдромом.

При лечении антидепрессант отменяют. Внутрь дают антисеротонинергические средства – ципрогептадин (перитол) по 0,4–1,2 мг в виде таблеток или сиропа (0,4 мг/мл) или пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал) 20–40 мг. В тяжелых случаях могут понадобиться реанимационные мероприятия, показана госпитализация в токсикологический центр или отделение интенсивной терапии.

Заключение

Проводя любое медикаментозное вмешательство, фельдшер должен помнить, что дозы психотропных препаратов подбирают, исходя из физического состояния больного (масса тела, возраст, сопутствующая соматоневрологическая патология).

Кроме того, следует учитывать, что применение психотропных средств “стирает” яркость психопатологической симптоматики и в последующем затрудняет психиатру принятие 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.