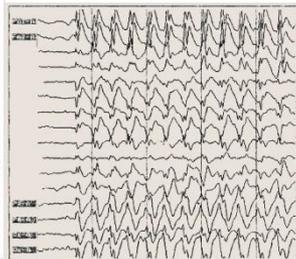




НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ



Психомоторное возбуждение

Психомоторное возбуждение

— это патологическое состояние, характеризующееся двигательным беспокойством разной степени выраженности (от суетливости до разрушительных действий), часто сопровождающееся речевым возбуждением (многоречивость, выкрики фраз, слов, отдельных звуков). Наряду с этим характерны ярко выраженные аффективные расстройства: тревога, растерянность, гнев, злобность, агрессивность, веселье и так далее.





ИХ МОТОР О ВОЗБУЖДЕНИЯ



У Вас нет причин для смеха?!..
слайд-шоу

1) Галлюцинаторно-бредовое возбуждение

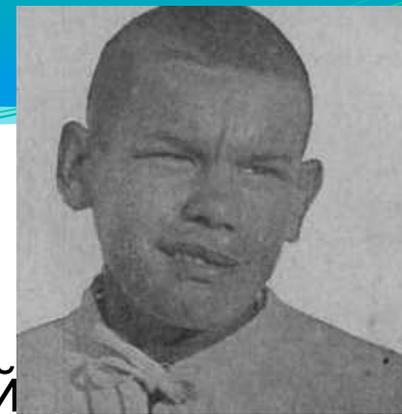
является следствием галлюцинаций (слуховых, зрительных, обонятельных и др.), бредовых идей преследования, физического и психического воздействия, отравления и т.д..

Сопровождается: 1) аффектом страха, 2) тревогой, 3) эмоциональным напряжением, 4) яростью.

Больные с подозрением относятся к окружающим. Психомоторное возбуждение, направленное на "подозрительных", может сопровождаться агрессивными действиями (ликвидация "врагов").

Галлюцинаторно-бредовое возбуждение наблюдается при шизофрении и других психических заболеваниях, проявляющихся галлюцинациями и бредовыми идеями.

□ 2) Маниакальное возбуждение



- Сопровождается немотивированными весельем, приподнятым настроением, ускоренным течением мыслей ("прыжки идей"), речь становится непоследовательной (маниакальный языковой беспорядок).
- Больные постоянно стремятся действовать. Немотивированно переходят от одного направления деятельности, не заканчивая работу, к другому.
- Суевливые, беспокойные, сексуально озабоченные. Мало спят, мало едят, худеют. Иногда становятся раздражительными, агрессивными (гневливость мания).
- Характерно для маниакальной фазы циркулярного или маниакально-депрессивного психоза (биполярного по аффективному расстройству) и маниакальных состояний другого генеза.

□ 3) Психопатическое возбуждение

- обычно появляется после конфликтных ситуаций;
- чаще направлено на конкретных лиц.
- Сопровождается угрозами, бранью демонстративными действиями.
- Наблюдается при психопатиях и у больных с психопатопоподобной симптоматикой.



(депрессивная ажитация, меланхолический раптус)

- возникает у больных депрессией при резком усилении депрессивных переживаний в виде нарастающего чувства невыносимой тоски, безысходности, отчаяния.

- Больные мечутся, не находят себе места, кричат, стонут, воют, рыдают, упорно наносят себе повреждения, активно стремятся к самоубийству.

- Наблюдается в депрессивную фазу маниакально-депрессивного психоза, при инволюционной депрессии и депрессии сосудистого происхождения.



□ 5) Эпилептическое возбуждение

возникает при сумеречном расстройстве сознания у больных эпилепсией.

- Может возникнуть перед припадками и после них, при сумеречных нарушениях сознания, во время эпилептиформных психозов.

- Может сопровождаться аффектами злобы и страха, разрушительными действиями, иногда сочетается с дезориентировкой.

-Характеризуется:

1)внезапным началом и внезапным концом,

2)сопровождается злобно-напряженным аффектом,

3)полной дезориентировкой,

4)невозможностью контакта.



□ 6) Психогенное (реактивное) возбуждение .

- Возникает сразу же после острых психических травм или ситуаций, угрожающих жизни (катастрофа, крушение, землетрясение и другие экстремальные ситуации).

- Выражается двигательным беспокойством с обилием выразительных движений, ярких эффективных и вегетативных нарушений.

- Клиническая картина: - от однообразного монотонного возбуждения с нечленораздельными звуками до картин хаотического бессмысленного возбуждения с паническим бегством, нанесением самоповреждений, самоубийства.

- Нередко возбуждение протекает с психогенным бредом или сменяется ступором.



П 7) Кататоническое возбуждение

- Сопровождается двигательным беспокойством с бессмысленными стереотипии как языка, так и движений.
- Характерно: ужимки, манерность, карикатурность ("изысканность") движений, необычные позы тела, парамимия (несоответствие выражения лица эмоциям).
- Возможны импульсивные действия, агрессия, разрушительные поступки. Могут быть негативизм, амбитендентность, эхολалия, эхопраксия т.д..
- После этого обычно наступает кататонической оцепенение (ступор).
- Такой тип возбуждения наблюдается при кататонической форме шизофрении.



8) Гебефреническое возбуждения

- Характерно двигательное и речевое возбуждение с придурковатой поведением.

- Больные суевливые, на фоне возвышенно-бесмысленного настроения появляются стереотипные движения (озорная эйфория), неадекватный смех, ужимки.



- Передразнивают других, паясничают, копируя их действия. Прыгают, плетут в ладоши, оголяются. Позы калейдоскопически меняются, повторяются.

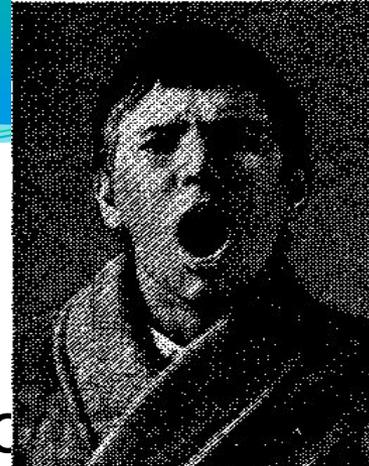
- Возможны импульсивные асоциальные действия.

- Чаще бывает у больных с гебефренической формой шизофрении подросткового возраста



▣ Аментивные возбуждения

- Беспорядочное поведение (больные суетливы, растеряны, их движения однотипные, хаотичны)
- Не ориентируются в окружении, не понимают, что происходит вокруг, то и дело оглядываются, вглядываются в лица людей. Постоянно задают вопрос: "Где я?" "Кто они?" "Что происходит?".
- Иногда хаотичный набор фраз прерывается невеселым смехом, всхлипываниями.
- Мимика больных выражает удивление в сочетании с тревогой, страхом, беспомощностью.
- Аментивные возбуждения наблюдаются при инфекционных психозах и психозах истощения.





Неотложная помощь.



- 1) Физическое удержание больного
- 2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения (препараты выбора - бензодиазепиновые транквилизаторы :

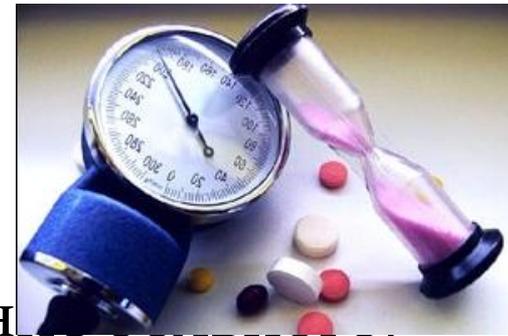
S.Diazepam 0.5% - 2.0-6.0 внутримышечно
или

S.Phenezepam 0.1% - 2.0-4.0 внутримышечно

- 3) Вызов бригады СПП или психиатра-консультанта стационара.

Неотложная помощь (продолжение)

4) После применения транквилизаторов и до приезда СПП (прихода психиатра-консультанта) врач обязан продолжать наблюдение за больным, даже если психомоторное возбуждение купировано.



5) В медицинской документации необходимо описательно отразить состояние больного, установить предварительный синдромальный диагноз психического расстройства и указать, что физическое удержание и транквилизаторы были применены для неотложного купирования психомоторного возбуждения



Суицидальное и аутоагрессивное поведение

- Обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (реактивными, эндогенными и др.).
- Наиболее высокий риск суицида при меланхолических и ажитированных депрессиях.
- Реже может быть связано с бредовыми переживаниями или слуховыми галлюцинациями, особенно императивными.
- Также может наблюдаться при психопатиях возбудимого круга на фоне декомпенсации состояния или у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые психотравмирующие обстоятельства.



В группе риска: 1) пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью,

2) пациенты в абстинентном состоянии (связано с депрессивной окраской синдрома отмены, выраженными колебаниями настроения и тягостными переживаниями в абстиненции)

Варианты развития аутоагрессивного поведения в условиях соматического стационара:

- Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки.

- Возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция и др.).

Неотложная помощь



- Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, после оказания им помощи должны быть осмотрены психиатром для установления диагноза и определения тактики лечения, а в отделение милиции по месту проживания пациента должна быть направлена телефонограмма.
- В ходе соматического обследования следует обращать внимание на следы совершенных в прошлом суицидных попыток (рубцы от самопорезов и др.). Если пациент активно высказывает суицидные мысли - следует обсудить с ним возможность консультации психиатра, а при отказе от консультации необходимо провести психиатрическое освидетельствование в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».



При выявлении у больного признаков психотического расстройства (бредовые идеи виновности, ипохондрический бред, стойкие суицидные намерения, галлюцинации и др.) следует **обеспечить постоянное наблюдение за больным** (отдельная палата или изолятор с постом медсестры на первом этаже стационара), **забрать у пациента возможные орудия совершения суицида** (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду) и **организовать срочную консультацию психиатра.**

- Оставлять больного без наблюдения.

Наблюдение должен осуществлять врач или медсестра.

- Игнорировать стойкое и выраженное снижение настроения у пациента.

- Сообщать пациенту о диагнозе тяжёлого заболевания без обсуждения последующих действий.

- Самостоятельно назначать антидепрессанты больным с суицидными тенденциями до консультации психиатра.

- Игнорировать стойкие суицидные высказывания пациента даже при явно демонстративном их характере.

- Выписывать больных с суицидными и аутоагрессивными тенденциями без консультации психиатра.



ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ статус

Судорожные припадки могут возникать при -эпилепсии или носить симптоматический характер (на фоне абстинентного синдрома, интоксикаций, высокой лихорадки, черепно-мозговой травмы и др.). введением некоторых лекарственных препаратов, понижающих порог судорожной готовности.

Серия припадков – несколько припадков за короткий промежуток времени, разделенных периодами восстановления сознания.

Эпилептический статус – повторяющиеся генерализованные судорожные припадки, между которыми сознание больного полностью не восстанавливается.



Причины развития

эпилептического статуса:

1) Истинный эпилептический статус – наблюдается при эпилепсии:

- при нарушении регулярности приема антиконвульсантов или их отмене,
- при приеме лекарственных средств, снижающих порог судорожной готовности
- при присоединении соматических заболеваний (особенно острые инфекционные заболевания с выраженной лихорадкой и интоксикацией)
- при употреблении алкоголя и наркотиков больными эпилепсией



2) Симптоматический

эпилептический статус:

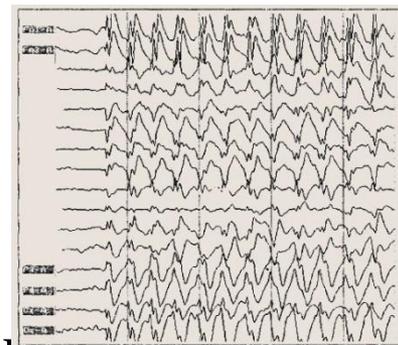
- при ЧМТ (ушиб головного мозга)
- при объемных образованиях головного мозга
- при нейроинфекциях (менингиты и энцефалиты),
- при ОНМК
- при метаболических расстройствах (почечная и печеночная недостаточность, гипогликемия, осложнения сахарного диабета, эклампсия и др.)
- при отравлениях (как лекарственных, так и нелекарственных)
- при синдромах отмены ПАВ (абстинентных синдромах) – особенно синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств, синдром отмены алкоголя
- при тяжелых инфекционных заболеваниях, протекающих с высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией



Неотложная помощь

1) Во время припадка:

- по возможности упредить падение больного, т.к. падение нередко приводит к более тяжелым последствиям чем собственно сам припадок
- уложить (повернуть) больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, сумка, подушка, одеяло и др.),
- нельзя с силой удерживать конечности – может произойти вывих или повреждение связок
- нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубами (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности вложить полотенце или подобный мягкий предмет
- во время припадка препараты не вводят.



2) После припадка:

- Проверить проходимость дыхательных путей
- Проверить пульс, АД, ЧДД, выявить очаговые и менингеальные симптомы
- Оценить травмы, полученные во время припадка (особенно травмы головы)
- Вызвать бригаду соматической скорой помощи с учетом данных обследования:
 - при удовлетворительном состоянии – обычную бригаду,
 - при нестабильности витальных показателей, наличии неврологической симптоматики – реанимационную бригаду.



- При повторных приступах, между приступами ввести в\м **S.Diazepam** 0.5%-4.0 или **S.Phenazepam** 0.1%-3.0 и р-р сульфата магния (магнезия) 25%-5.0 в\м
- (внутривенное введение транквилизаторов допустимо только при возможности проведения ИВЛ в связи с высоким риском остановки дыхания).



Во всех случаях повторных припадков, осложненных припадков (травмы и др.), припадков неясного генеза пациенты бригадой скорой помощи госпитализируются в соматический стационар (неврологическое отделение) для обследования и лечения.

единичные неосложненные
припадки у больных с
установленным диагнозом
эпилепсии и единичные
неосложненные припадки у
больных алкоголизмом на фоне
алкогольного абстинентного
синдрома, при условии
проведения адекватного
амбулаторного лечения синдрома
отмены.

Порядок обследования пациента, перенесшего судорожный припадок определяется:

- состоянием больного (нужно дополнить традиционное физикальное, неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование проведением рентгенографии черепа в двух проекциях, электроэнцефалографии (ЭЭГ) и нейровизуализации (КТ и



**В случае единичного
припадка назначение любых
антиконвульсантов до
установления диагноза
нецелесообразно!!!**



*При
развитии повторного
припадка показано применение
бензодиазепинов
парентерально после
завершения припадка.*



**В случае развития
эпилептического статуса
показана госпитализация
в отделение реанимации
или нейрохирургическое
отделение.**

При эпилептическом статусе :



1) **Обеспечить проходимость дыхательных путей** - очистить ротовую полость, устранить западение языка, установить мягкий резиновый воздуховод, в дальнейшем при необходимости (неадекватная вентиляция) может быть проведена интубация трахеи - предпочтительна назотрахеальная интубация. При наличии возможности – проведение оксигенотерапии.

2) Обеспечить венозный доступ (предпочтительна установка периферического или центрального венозного катетера) для постоянной инфузионной терапии.



3) Внутривенное введение диазепама.

- болюсное (медленное струйное) введение S.Diazepam 0.5% - 4.0



- при отсутствии эффекта через 5-10 минут повторить болюсное введение диазепама в такой же дозе

- наладить внутривенное капельное введение диазепама со скоростью 0.1-0.2 мг\кг\час для поддержания противосудорожного эффекта

При отсутствии диазепама возможно применение других инъекционных бензодиазепинов в эквивалентных дозах.



4) Внутривенное введение вальпроатов:

Преимущества перед бензодиазепинами

– не угнетают дыхание

- не вызывают выраженной седации. Поэтому могут, наряду с диазепамом, применяться в качестве препаратов первой очереди. В настоящее время два препарата данной группы доступны в инъекционной форме – «Депакин» и «Конвулекс».

- «Депакин» (флаконы по 400 мг) – болюсное (медленное струйное) введение в дозе 400 мг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час

- «Конвулекс» (раствор 100 мг\мл) – болюсное (медленное струйное) введение 5-10 мг\кг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час.

5) При дальнейшем отсутствии эффекта – **болюсное (медленное струйное) введение тиопентала натрия в дозе 100-300 мг с** дальнейшим переходом на внутривенное капельное (или дробное струйное) введение в дозе 3-5 мг\кг\ч. При введении барбитуратов обычно требуется вспомогательная вентиляция легких или ИВЛ.



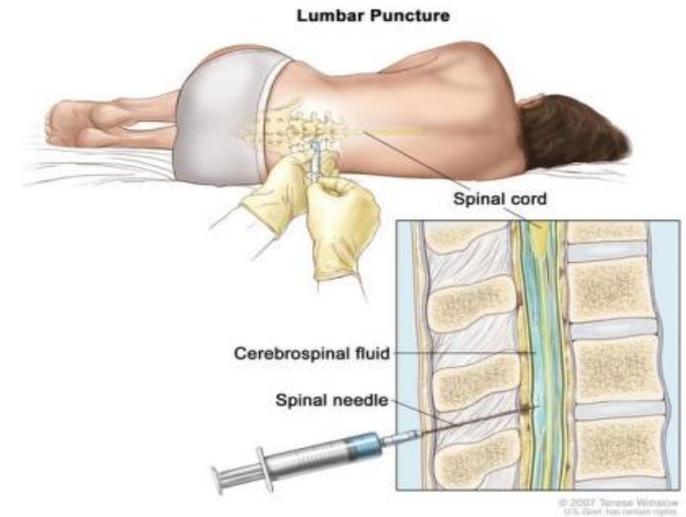
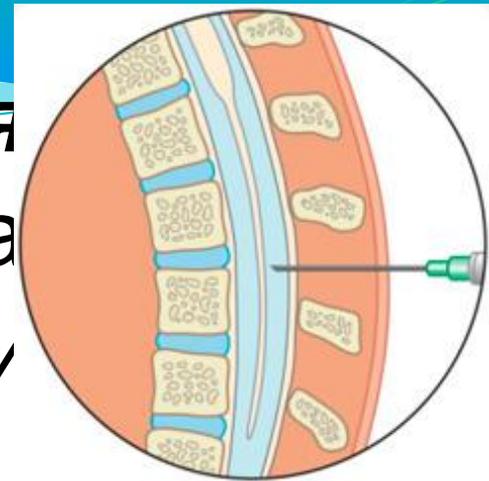
6) При дальнейшем отсутствии эффекта – общий наркоз, миорелаксанты, ИВЛ



7) Спинномозговая пункция
выведением 20-30 мл ликвора
(проводится после выполнения
эхоэнцефалоскопии или КТ)

Противопоказания:

признаки дислокации головного мозга
– анизокория,
брадикардия,
нарушения ритма дыхания
и др.



8) Интенсивная терапия

в полном объеме (поддержка гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция КЩР и электролитов крови, борьба с отеком мозга, антигипоксанты, нейропротекторы и др.) – проводится параллельно с обследованием.



инструментальное обследование

для поиска причины эпилепсии и проведения направленной этиотропной и патогенетической терапии (в первую очередь необходимо исключить черепно-мозговую травму, острые нарушения мозгового кровообращения, острые нейроинфекции, объемные образования головного мозга, острые отравления).



В

**СВЯЗИ С
ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Основные причины:

- Дисморфомания и дисморфофобия (особенно у молодых девушек)
- Тяжелая или среднетяжелая депрессия
- Бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации.



Относительные причины:

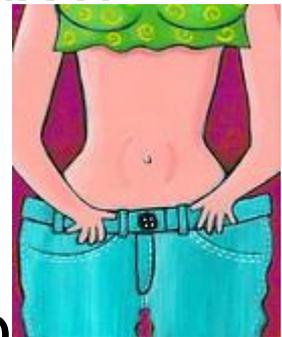
- беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу;
- беспомощность при кататоническом ступоре.

Признаки отказа от еды:

-Характерное поведение больного - при депрессии, бреде отравления, обонятельных и вкусовых галлюцинациях;

-Прогрессирующее снижение массы тела, исчезновение menses у молодых девушек при отсутствии тяжелого соматического заболевания

-Снижение массы тела и появление признаков истощения у одиноких пожилых больных.



-Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача онкологическую настороженность, настороженность в отношении депрессии и деменции (*особенно у пациентов пожилого и среднего возраста*), а так же настороженность в отношении дисморфомании (*молодые пациенты, чаще женщины*)



-Истощенные больные с дисморфоманией часто сохраняют достаточно высокий уровень активности (*ходят на работу и учёбу*) и погибают внезапно на фоне нарушений ритма сердца (*электролитные расстройства и дистрофические изменения в миокарде усугубляются постоянным приёмом больными слабительных и мочегонных с целью похудения*)

Неотложная помощь



1) При тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) – госпитализация в реанимационное отделение, обследование и налаживание парентерального питания:

- Провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит, общий белок) – важно для адекватного лечения так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»). Также возможны разнонаправленные сдвиги в электролитном обмене, что важно учитывать в процессе инфузионной терапии.

- - При выраженной дегидратации – регидратация физиологическим р-ром (объем определяется состоянием).



- - При выраженных «голодных» отёках – осторожное введение гипертонического р-ра глюкозы и р-ра альбумина.



на инициальное введение 5% раствора глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом (панангином).

Дополнить введением тиамина («В1») и аскорбиновой кислоты («С»);

- После нормализации уровня глюкозы крови можно продолжать введение глюкозы с небольшими дозами инсулина короткого действия (8 ЕД на 400 мл 5% раствора глюкозы) – для повышения «усвоения» глюкозы;



- Затем подключают аминокислотные («аминоплазмаль», «инфузамин» и др.) и липидные («липофундин» и др.) препараты, а при согласии больного – осторожно начать энтеральное питание в минимальном объеме

- Психотропные препараты не применяются до консультации психиатра



- За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств.

2) После стабилизации

соматического состояния –

обязательный перевод (при необходимости – в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. №29, пункты «а» и «в») в психиатрический стационар для продолжения лечения. Выписка: «на руки» родственникам без консультации психиатра недопустима.

