Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Психиатрии

Зав. кафедрой д. м. н., - ------------------

Доклад

на тему:

"Ургентные ситуации и консультативная помощь"

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к. м. н., доцент

Пенза 2008

План

1. Ургентные ситуации, требующие неотложного вмешательства

1.1 Суицид и суицидальные попытки

1.2 Угроза насилия

2. Консультативная помощь и направление пациента

Литература

## 1. Ургентные ситуации, требующие неотложного вмешательства

## 1.1 Суицид и суицидальные попытки

Самоубийство стоит на девятом месте среди ведущих причин смерти населения США в целом и на втором месте - в возрастной группе до 24 лет. По-видимому, существуют определенные различия между группами лиц, предпринимающих попытки самоубийства, и индивидуумами его совершающими. Так, среди лиц, совершающих самоубийство, больше мужчин, обычно среднего возраста, живущих одиноко или психически больных. По данным O'Brien, соотношение попыток самоубийства и совершенных самоубийств составляет примерно 40:

1. Пациент ОНП с суицидальной попыткой должен быть тщательно осмотрен и максимально защищен от обстоятельств, способствующих самоубийству, дабы он не перешел из категории пытавшихся в категорию покончивших с собой. Одной из трудностей при оценке состояния лиц, пытавшихся покончить с собой, является типичное представление о том, что мысли о самоубийстве часто возникают в периоды депрессии или обычного понижения настроения, что случается почти у каждого. По данным Paykel и соавт., при выборке из общей популяции суицидальные мысли (о том, что жизнь в последние годы не стоит того, чтобы ее продолжать) возникают лишь у 7,8% лиц. В том же исследовании отмечено, что 2,6%лиц серьезно намеревались совершить самоубийство, а 1,1% - действительно попытались покончить с собой. Как было показано, суицидальные мысли чаще посещают женщин (а не мужчин) и обычно связаны с депрессией, социальной изоляцией, негативными жизненными ситуациями и ранней потерей родителей. Во многих случаях размышления о самоубийстве месяцами предшествуют самой попытке; как показывает последующее наблюдение, суицидальные мысли у многих пациентов сохраняются в течение длительного времени даже после улучшения их психического состояния и личностных взаимоотношений.

Из сказанного следует, что пациент, поступивший в ОНП по поводу суицида, требует к себе (по крайней мере, вначале) самого серьезного отношения. Поведение персонала должно быть достаточно корректным, без проявлений открытого осуждения; следует предпринять необходимые меры предосторожности во избежание новых суицидальных попыток, а после проведения соответствующего лечения тщательно оценить (и задокументировать) риск подобных попыток.

Отношение медперсонала ОНП к пациентам с суицидом должно быть очень внимательным и никак не осуждающим. Тем не менее, негативное отношение к таким пациентам отмечается как на уровне парамедицинского персонала, так и у сестер и врачей ОНП. Подобное отношение еще более усиливает и без того низкую самооценку пациента, что повышает риск последующего суицида и затрудняет установление нормальных контактов с психиатрами и психологами.

На ранних этапах неотложного обследования лица с суицидальными попытками должны рассматриваться как больные, состояние которых в случае неадекватного лечения может привести к внезапной смерти. Решение о предоставлении необходимой помощи и о госпитализации, о переводе пациента в другое учреждение или выписке его из ОНП зависит от целого ряда обстоятельств: от психического состояния пациента, его поведения, социального положения и планов на будущее, а также от известных факторов риска.

Пациенты с диагнозом шизофрении, депрессии или злоупотребления алкоголем или наркотиками составляют группу относительно высокого риска. Так, 10% больных шизофренией рано или поздно кончают с собой. Частота суицида у алкоголиков в 50 раз выше, чем у неалкоголиков; 25% случаев удавшихся самоубийств связаны с употреблением алкоголя. Достаточно высока частота суицидальных попыток со смертельным исходом, а также совершившихся самоубийств у пациентов с депрессией.

Суицидальные попытки чаше бывают неудачными у индивидуумов с личностными расстройствами, обусловленными транзиторными стрессовыми ситуациями. Риск суицида у пациентов с подобными расстройствами выше, чем в общей популяции.

В настоящее время, подавляющее большинство суицидальных попыток связано с приемом тех или иных препаратов в токсических дозах. Препараты, используемые для самоубийства, в какой-то мере сохраняют параллелизм медикаментам, часто прописываемым врачами. Наблюдавшееся в 60-х и в начале 70-х годов учащение суицидальных попыток привело к выводу, что этому способствовала широкая распространенность назначаемых более безопасных психотропных препаратов, их наличие в свободной продаже.

Степень отравления, вызываемого тем или иным препаратом, обычно отражает летальные намерения пациента, а, следовательно, и относительный риск. Таким образом, пациенты с намеренной передозировкой амитриптилина имеют гораздо больший риск, чем лица, принявшие несколько таблеток антигистаминового препарата. Некоторые пациенты, однако, могут оставаться в неведении относительно потенциальной токсичности их передозировки, поэтому врач должен выяснить степень осведомленности пациента и его дальнейшие намерения (в отношении суицида), задав ему такой вопрос: "Не удивляет ли вас то, что вы остались живы после такой передозировки?"

Суицидальные попытки, совершаемые с помощью огнестрельного оружия, повешения или спрыгивания с большой высоты, обычно расцениваются, как очень серьезные и сопряжены с высоким риском повторения в будущем, если только полученные пациентом повреждения не объясняются иными причинными факторами. В ряде публикаций описан так называемый синдром перерезки вен запястья у молодых и привлекательных незамужних женщин. Хотя подобные инциденты часто носят повторный характер, они редко отражают серьезные намерения покончить с жизнью. Такие действия обычно совершаются в состоянии нарастающего нервного напряжения или деперсонализации с последующим психическим облегчением и индифферентностью к повреждению. Исследователи, изучавшие достоверные случаи суицидальных попыток, обнаружили среди таких членовредителей значительное число мужчин, а также немало лиц среднего возраста (как мужчин, так и женщин).

Распространенное мнение, что членовредители составляют группу невысокого риска в отношении совершения самоубийства, опровергается данными, по крайней мере, одного исследования: при последующем наблюдении за подобными пациентами в течение 5-6 лет после первой суицидальной попытки 3 из 19 все же покончили с собой.

При определении суицидальных намерений традиционно целесообразны некоторые демографические характеристики. Как правило, риск успешного суицида повышается с возрастом. Мужчины совершают "успешные" самоубийства в 2-3 раза чаще, чем женщины, тогда как женщины в 2-3 раза чаще мужчин пытаются покончить с собой. Одинокие, разведенные или разошедшиеся вдовые и не занятые работой лица статистически имеют более высокий риск совершения самоубийства, чем семейные и работающие.

Пациент с психозом, который пытается покончить с собой, должен быть обследован психиатром и госпитализирован. Ввиду искаженного или ложного восприятия окружающего такой пациент, охваченный страхом или иными чувствами, может повести себя совершенно непредсказуемо.

Хотя первичной мотивацией самоубийства является уход из жизни, суицидальная попытка может быть продиктована необходимостью совсем другого рода, например настойчивым желанием привлечь к себе внимание родителей или возлюбленного (ной). В подобных случаях при достижении этой вторичной цели риск последующей попытки самоубийства уменьшается.

Однако относительное изменение обстоятельств вряд ли может служить надежной гарантией последующей нормализации поведения пациента.

Возможно, наиболее важной частью оценки пациента с суицидальной попыткой является определение его чувств и мыслей при совершении этой попытки и во время беседы с врачом. Пациент, испытывающий чувство беспомощности, безнадежности, неспособный преодолеть депрессивное состояние и четко выражающий свое намерение уйти из жизни, безусловно, имеет высокий риск суицида. Если пациент продолжает выражать такие чувства во время беседы с врачом, то необходимость в неотложной консультации с психиатром становится вполне очевидной. Некоторые пациенты, однако, находят иные эквиваленты самоповреждения, которые способствуют психологической разрядке, например крик, беседа с другом или употребление алкоголя. При этом они расценивают свой поступок как фатальный. На вопрос об их чувствах во время суицидальной попытки такие пациенты могут сообщить о злости или мести. Переживания и чувства, которые обычно указывают на хороший прогноз во время беседы пациента с врачом, это злость, сожаление и озабоченность. Пациента, сидящего спокойно и отказывающегося предоставить врачу дополнительную информацию, следует отнести к группе высокого риска, пока не будет найдено другого объяснения такой молчаливости.

Чувство безнадежности, по-видимому, является одним из наиболее точных индикаторов долговременного суицидального риска у пациентов, когда-либо госпитализированных по поводу депрессии. Лица, выражающие безнадежность, беспомощность или моральное бессилие, имеют высокий риск серьезных суицидальных попыток.

Прежде чем отпустить пациента домой, врач должен удостовериться в наличии хорошей социальной поддержки. Система социальной опоры обычно предполагает наличие местожительства какой-то семьи или близких друзей, которые могли бы оказывать пациенту эмоциональную поддержку при отсутствии у него явных психических расстройств, предрасполагающих к последующему суициду.

Врач ОНП может интуитивно определить риск суицида, сопоставив его с возможностью спасения пациента (т.е. оценив летальность суицидальных попыток и вероятность спасения). При высокой вероятности спасения и низкой летальности пациент имеет меньший риск, нежели при обратном соотношении. Больной, пытающийся повеситься в безлюдном лесу, несомненно, имеет больший риск, нежели человек, проглатывающий горсть малотоксичных таблеток на глазах у окружающих.

Пациенты, уже пытавшиеся покончить с собой, традиционно относятся к группе высокого риска в отношении суицида в будущем, хотя, как показывает проспективное исследование с контролем (Fawcet и соавт), какая-либо корреляция между предыдущими попытками и удавшимся самоубийством отсутствует. Предшествующие попытки, однако, представляются особенно зловещим признаком, если их интенсивность и явная летальность возрастают с каждой последующей суицидальной попыткой.

Пациенты группы высокого риска, суицидальные намерения которых резко выражены и носят незамедлительный характер, подлежат срочной госпитализации в психиатрическое учреждение. К группе умеренного риска относят пациентов, находящихся в тяжелом суицидальном кризе, но положительно отвечающих на начальное врачебное вмешательство и благотворную социальную поддержку; непосредственной угрозы самоубийства здесь нет. Госпитализации таких пациентов можно избежать при условии немедленного обеспечения их амбулаторного лечения; подобные решения чаще всего принимаются совместно с консультантом-психиатром. Доступные средства самоубийства (такие как огнестрельное оружие или наркотики) изымаются, а любой психотропный препарат используется с осторожностью и выписывается в умеренных дозах. Необходимо, чтобы кто-либо из близких пациента взял на себя ответственность за его медикаментозное лечение.

Пациенты группы невысокого риска часто выражают свои суицидальные намерения или предпринимают минимальные попытки самоубийства при четко определяемом экстернальном (рассчитанном на окружающих) кризе. Социальная поддержка в таких случаях обычно бывает легко реализуемой и эффективной. Но поскольку многие суицидальные попытки, которые на первый взгляд представляются достаточно тривиальными, при более внимательном рассмотрении обнаруживают более серьезные основания, все пациенты, поступающие в ОНП после суицидальной попытки, должны быть тщательно обследованы. Если у врача остаются сомнения в отношении безопасности отпуска "суицидального" пациента домой, а немедленное получение психиатрической консультации невозможно, то пациент должен быть госпитализирован.

## 1.2 Угроза насилия

По данным литературы, психически больные, поступающие в ОНП или стационары в связи с агрессивным поведением, составляют от 4 до 60%; такая вариабельность, несомненно, отражает концентрацию подобных пациентов в определенных медицинских учреждениях. Агрессивное поведение с проявлениями насилия, как правило, обусловлено злоупотреблением алкоголя или наркотиков, бредом, нервно-психическими расстройствами или личностными нарушениями. Следовательно, тщательная оценка состояния такого пациента осуществляется при условии соблюдения определенной осторожности и применения, необходимых мер обуздания.

Первостепенное значение при этом имеет обеспечение адекватных мер предупреждения травмы, которую пациент может нанести себе или другим. В тех случаях, когда пациент доставляется в ОНП полицией, адекватное "обуздание" может быть уже достигнуто, а опасные предметы отобраны. Кроме того, присутствие полицейских часто бывает весьма полезным в подобных ситуациях, особенно вначале.

В некоторых полицейских отделениях в настоящее время используются такие средства иммобилизации буйных индивидуумов, как приспособление Taser, электронный усилитель (принуждения) и оружие самозащиты полицейского. Возможные осложнения при использовании этих средств указывают на необходимость дальнейшей проверки и оценки их безопасности, прежде чем они смогут широко применяться медицинским персоналом.

В том случае, когда подобный пациент доставляется без полицейского сопровождения или становится агрессивным уже после поступления в отделение, персонал ОНП должен предпринять необходимые меры с целью контроля опасного поведения пациента. Когда у пациента в руках оказывается оружие большой разрушительной силы (огнестрельное оружие или граната), персоналу ОНП, вероятно, лучше покинуть помещение и положиться на помощь полиции. Если у буйного пациента обнаруживается только нож или какой-либо тупой предмет (что бывает чаще), то персонал ОНП может быстро взять инициативу в свои руки.

Там, где персонал ОНП вынужден самостоятельно справляться с буйными пациентами, рекомендуется преобладание в силе. Если потенциально опасный пациент видит, что 5-10 человек приближаются к нему с намерением утихомирить его, он обычно уступает и смиряется. Для большей безопасности при приближении могут использоваться матрацы; с помощью двух из них затем делается "сандвич", т.е. пациент оказывается зажатым между двумя матрацами, что облегчает его обуздание. Какой бы метод при этом не использовался, при приближении к буйному пациенту необходимо сохранять спокойствие. Кроме того, следует разъяснить пациенту необходимость его обуздания, даже если подобное разъяснение представляется бесполезным.

После иммобилизации пациента обыскивают с целью изъятия холодного оружия, наркотиков или любых опасных предметов и материалов.

Решение о развязывании пациента принимается врачом или парамедицинским персоналом на основании оценки состояния и поведения пациента, а не в результате предложенной им взятки или вследствие угроз с его стороны. Развязывание производится поэтапно: сначала освобождаются две конечности, затем все четыре и до полного снятия пут.

Фармакологическая иммобилизация осуществляется после получения как можно большей информации, позволяющей поставить предварительный диагноз. Решение о фармакологической иммобилизации может быть принято после получения основных анамнестических данных и результатов объективного исследования и лабораторных анализов, если пациент продолжает проявлять агрессивность, и демонстрирует неконтролируемое поведение. Хотя в подобной ситуации используются различные препараты, безусловным преимуществом перед остальными обладает только лоразепам (ативан), сильный бензодиазепин с широким терапевтическим диапазоном (среди препаратов своего класса) и быстрым началом действия; он легко вводится парентерально или перорально. Лоразепам является единственным бензодиазепином, который может надежно вводиться внутримышечно; его эффективность при парентеральном и пероральном применении примерно одинакова, что весьма облегчает расчет его индивидуальной дозы. Альтернативные медикаменты, например барбитураты короткого действия, имеют гораздо более узкий терапевтический диапазон, а нейролептики, такие как фенотиазины, имеют определенный недостаток: препараты с наибольшим Седативным эффектом вызывают одновременно и наиболее выраженную ортостатическую гипотензию. Обычная доза лоразепама составляет 1-2 мг (перорально или внутримышечно) каждые полчаса до достижения адекватной седатации.

## 2. Консультативная помощь и направление пациента

В идеале все ОНП должны иметь возможность вызова консультанта-психиатра в любое время. Однако во многих случаях врач ОНП вынужден довольствоваться более ограниченными возможностями. Многие пациенты, поступающие в ОНП с теми или иными психическими расстройствами, не требуют немедленного и специфического лечения. Во многих случаях тактика диагностики и лечения подобных пациентов может носить совсем не психиатрический характер. Решение о направлении пациента в другое учреждение зависит от оценки вероятности проявления им агрессии по отношению к самому себе или другим. Проявления склонности к насильственным действиям включают враждебное поведение, вербальную агрессивность и заявления о намерении совершить насилие. Такие пациенты подлежат срочной госпитализации. Выраженная дезориентация и спутанность сознания требуют исключения органического поражения мозга. При отсутствии таких показаний целесообразно проведение консультации с психиатром или направление пациента в психиатрическое учреждение. Очень важно, чтобы передача такого пациента под наблюдение психиатров произошла именно в ОНП. Результаты обследования пациента в ОНП должны быть переданы консультанту-психиатру.

## Литература

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. / Под Н52 ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. - М.: Медицина, 2001.
2. Медицина критических состояний. Общие проблемы. Зильбер А.П., Петрозаводск, издательство ПГУ, 1995 год.