



**Тактика фельдшера при
работе с пациентами с
острыми расстройствами
психики.**

**Вопросы госпитализации в
психиатрический
стационар.**

Данилова С.Л., врач – психиатр
высшей категории, зам. гл. врача
ГБУЗ АО «АГКБ № 6»

Психические расстройства, требующие оказания неотложной медицинской помощи:

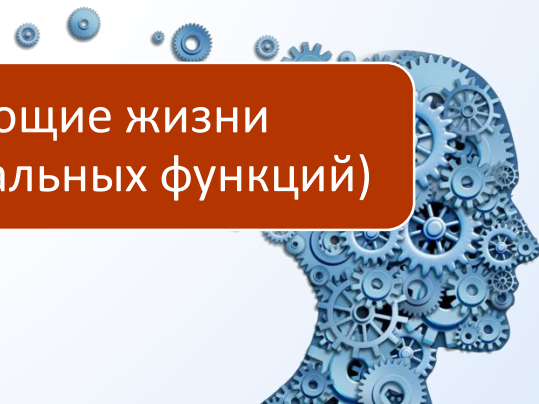
все расстройства, сопровождающиеся выраженными нарушениями психических функций;

независимо от нозологической принадлежности психических расстройств,

уровень нарушений может быть:

- психотическим (наличие бреда, галлюцинаций, сопровождаются неправильной оценкой и трактовкой происходящего, нелепыми поступками) или
- непсихотическим

в клинической картине могут присутствовать угрожающие жизни физические симптомы (состояния с нарушением витальных функций)



Состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи

Агрессия – склонность к разрушительным действиям и нападению на окружающих;

Аутоагрессия – нанесение повреждений себе.

Суицидальное поведение – разновидность аутоагрессии, включающая любую активность, направленную на лишение себя жизни (мысли, высказывания, угрозы, попытки, покушения и пр.);

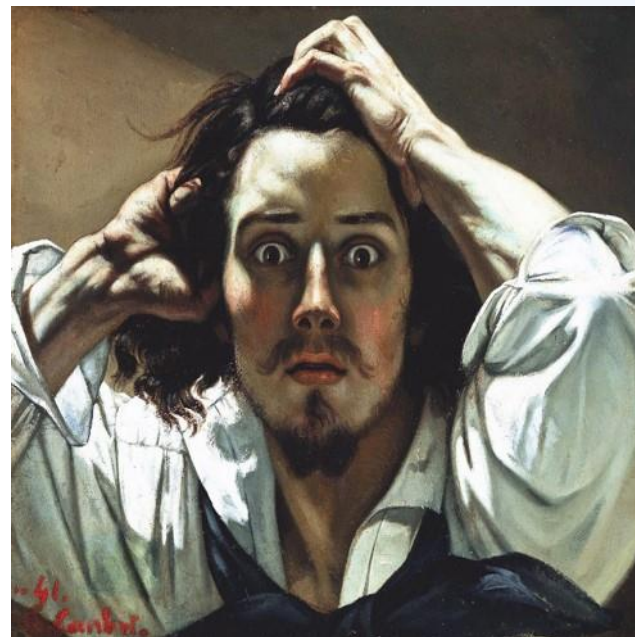


Адриан Браувер. Пьяница



Состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи

Психомоторное возбуждение — двигательное беспокойство разной степени выраженности от суетливости до разрушительных действий (агрессия и аутоагрессия), часто сопровождающееся речевым возбуждением (многоречивость, выкрики фраз, слов, отдельных звуков). Наряду с этим характерны выраженные аффективные расстройства: тревога, растерянность, гнев, веселье и т. д.



Г. Курбе «Отчаявшийся»,
«Обезумевший от страха»

Психомоторное возбуждение:

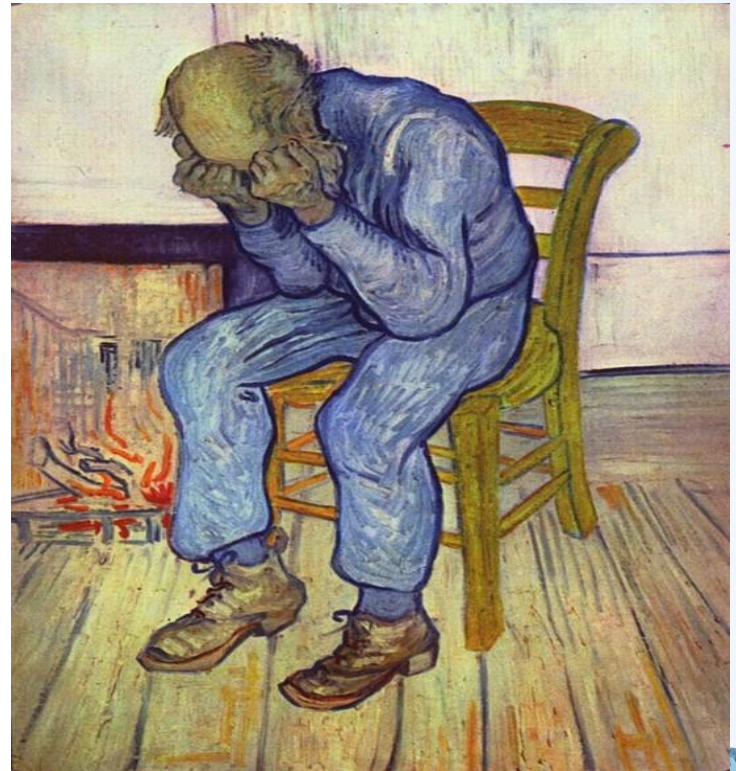
**без дополнительных
симптомов**

с дополнительными
(преимущественно
психотическими: бредовыми,
галлюцинаторными,
депрессивными и смешанными)
симптомами.



Состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи

Ступор – (от лат. stupor «оцепенение, оглушенность») — двигательное расстройство, в виде полной обездвиженности с отсутствием речевой продукции (мутизм) и ослабленными реакциями на раздражители, в том числе болевые;



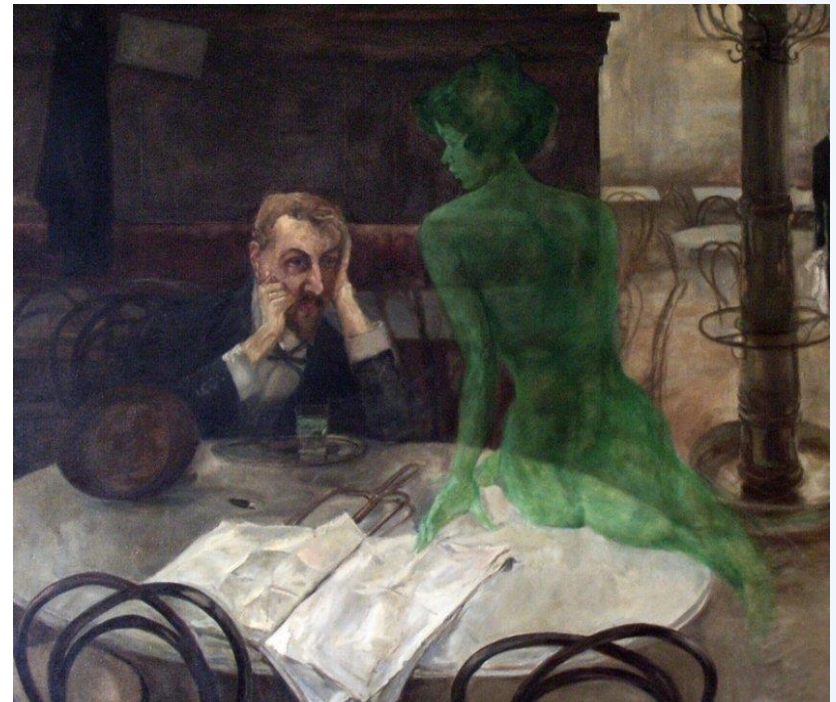
Винсент Ван Гог
«Горюющий старик»



Состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи

Делирий – синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями, сопровождающимися образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени.

Галлюцинации преимущественно носят характер сценopodobных, подвижных, множественных, часто угрожающего содержания;



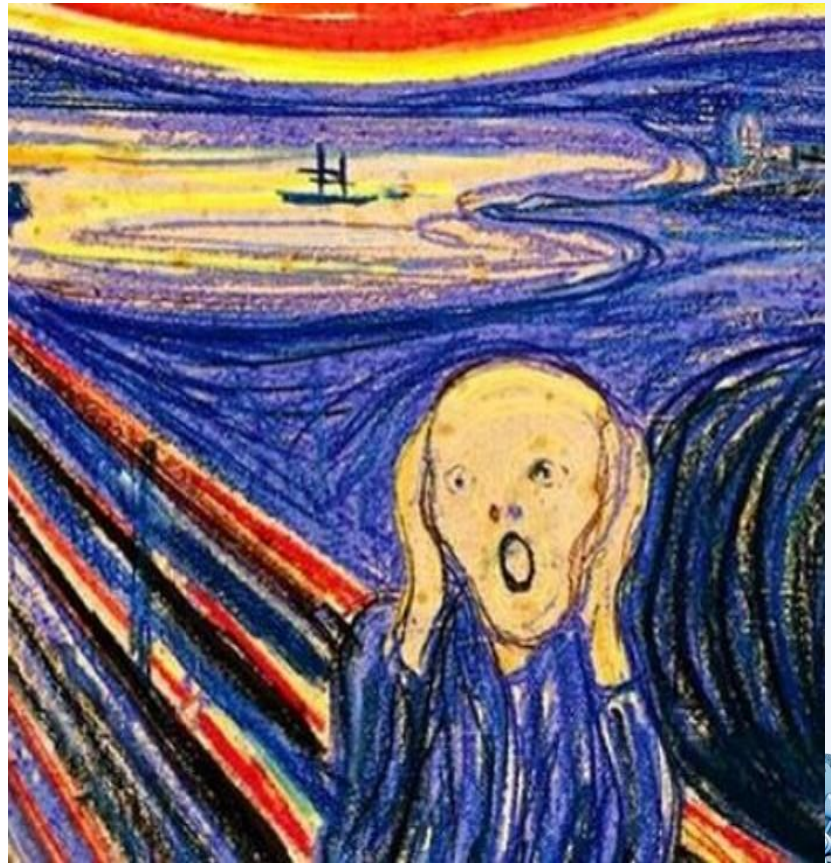
Пьющий абсент
Олива Виктор
1901



Состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи

Галлюциноз – состояние, обусловленное наплывом галлюцинаций преимущественно какого-либо одного вида.

Протекает при ясном сознании и сопровождается аффектом тревоги и страха;



Э. Мунк, «Крик»



Состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи

Острый бред – характеризуется образностью, отрывочностью, непоследовательностью. Сопровождается аффектом страха, тревоги, предчувствием беды, катастрофы. Больной считает, что все вокруг изменилось, в том числе окружающие люди: незнакомые люди кажутся знакомыми, знакомых больной не узнаёт, считает их подставными, замаскированными под близких ему людей. Больному кажется, что ведётся «непонятная игра».

Отмечается бред инсценировки, особого значения, преследования. На фоне экспансивного аффекта развивается бред величия.



Сальвадор Дали,
«Взрывающаяся голова»



Стратегия оказания неотложной помощи пациенту с психическим расстройством

**обеспечение
безопасности самого
больного
(предотвращение
самоубийства или
самоповреждения)**

**предотвращение
нанесения возможного
вреда окружающим и
медицинскому
персоналу
(предотвращение
проявления агрессии).**



Неотложная медицинская помощь при острых психических расстройствах включает:

фармакотерапия;

физическое удержание (фиксацию пациента);

Доставка/направление на прием к психиатру, а при необходимости – в стационар.



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.

Основной принцип
оказания помощи
при острых
психопатологических
состояниях

**синдромологический и
симптоматический
ПОДХОД.**

Назначение
лекарственных
средств

показано для купирования или
уменьшения выраженности
психомоторного возбуждения.



Медикаментозное лечение

применяются **нейролептики** седативного (аминазин) и антипсихотического действия (галоперидол), **транквилизаторы** (феназепам, диазепам). При психомоторном возбуждении предпочтение следует отдавать транквилизаторам.

В тяжелых случаях **допускаются комбинации** феназепама или диазепама с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.



Медикаментозное лечение

Наименование ЛС	Путь введения	Доза, способ применения
Феназепам	в/в или в/м	начальная доза для взрослых — 1 мг (1 мл 0,1% раствора) с возможным одно - или двукратным повторным введением через 30–40 мин
Диазепам	в/в или в/м	средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
В случаях, когда пациент получал ранее нейролептики и отмечалась хорошая переносимость препаратов, возможно введение:		
Хлорпромазин (аминазин)	в/м	разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2.5% раствора) под контролем артериального давления
Галоперидол	в/м или в/в	5–10 мг с возможным одно - или двукратным повторным введением через 30–40 мин.



Госпитализация в психиатрический стационар

Требует соблюдения Закона РФ от 02.07.92 № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”

Ст. 28. Госпитализация лица, в том числе лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, **осуществляется добровольно** - по его просьбе или при наличии его согласия на госпитализацию, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона

Ст. 29. Лицо, страдающее психическим расстройством, **может быть госпитализировано** в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, **без его согласия** либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя



Основания для госпитализации в психиатрический стационар (ст. 28 Закона № 3185-1)

наличие у лица
психического
расстройства
И

либо
постановление судьи

решение врача-
психиатра о проведении
психиатрического
обследования или
лечения в стационарных
условиях



Основания для **недобровольной** госпитализации в психиатрический стационар (ст. 29 Закона № 3185-1)

Психическое расстройство пациента 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.

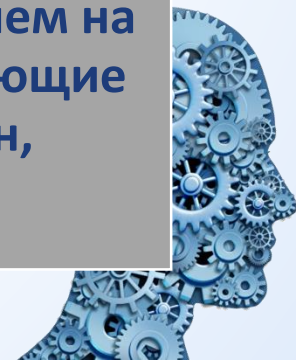


Критерии недобровольной госпитализации в психиатрический стационар (в соответствии со ст. 29 Закона № 3185–1)

п. «а» ст. 29: **«Опасность для себя и окружающих»**

Критерий подразумевает **непосредственную опасность**. Перечня диагнозов, с которыми человек автоматически становится опасным для окружающих, не существует.

Необходимо конкретно описать состояние больного с указанием на его особенности, высказывания или действия, свидетельствующие о такой опасности. Простого указания, что больной опасен, недостаточно.



Критерии недобровольной госпитализации в психиатрический стационар (в соответствии со ст. 29 Закона № 3185–1)

п. «б» ст. 29: **«Беспомощность»**

Пассивная опасность для себя, причинение ущерба здоровью в результате пренебрежения заботой о своих интересах.

Вопрос о необходимости госпитализации этих больных возникает в связи с потерей или временным отсутствием ухаживающих за ними родных или опекунов.



Критерии недобровольной госпитализации в психиатрический стационар (в соответствии со ст. 29 Закона № 3185–1)

п. «в» ст. 29: **«Существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи»**



Состояния, характеризующиеся **определенной остротой** (обострения, приступы заболевания), симптоматика при которых **не обуславливает непосредственную опасность** для себя или окружающих, хотя необходимость лечения таких больных в условиях стационара представляется очевидной.



Важно!

Определение наличия или отсутствия у лица психического расстройства, а также установление диагноза психического заболевания является компетенцией врача-психиатра (ст. 20 Закона).

Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер (ст. 20 Закона)

Врачи других специальностей (фельдшеры), встречаясь со случаями, вызывающими подозрение на наличие психического расстройства, свои диагностические **заключения об этом могут выносить предположительно**, например: «Острое психическое расстройство?».

Важно, чтобы **решение врача (фельдшера) было достаточно мотивировано описанием психического состояния пациента.**
Психический статус должен описываться, а не квалифицироваться!
В дальнейшем необходима консультация врача-психиатра.



Кто может обратиться к врачу – психиатру с заявлением о психиатрическом освидетельствовании гражданина?

ст. 25 Закона № 3185–1. Заявление о психиатрическом освидетельствовании может быть подано врачу – психиатру:

- родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию,
- врачом любой медицинской специальности,
- должностными лицами и иными гражданами (например, сотрудники полиции).

Заявление должно быть подано в письменном виде и содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость освидетельствования

В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, **заявление может быть устным.**



Важно!

В случаях, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие):

- **находится в состоянии помрачённого сознания** (делирий, онейроид, сумеречное состояние),
- **имеет место острый психоз** с выраженной растерянностью, крайней загруженностью психотическими переживаниями,
- **выраженное слабоумие**, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно (но легко склонить такого пациента к подписи под документом о согласии на госпитализацию)

во всех этих случаях помещение в больницу должно оформляться только как недобровольное.



Алгоритм госпитализации пациента в психиатрический стационар

Беседа врача/фельдшера с пациентом:

- установление первоначального контакта;
- определение диагноза на синдромальном уровне (выявление расстройств психики);
- определение тактики ведения больного.

- Вызов бригады СМП
- Оформление направления в психоневрологический диспансер (на консультацию врача – психиатра)

Консультация врача – психиатра (психиатрическое освидетельствование):

- установление диагноза психического заболевания,
- принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном/добровольном порядке



Применение мер физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации

Регламентируется ст. 30 ч.2 Закона РФ от 02.07.92 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Регламентировано только при недобровольной госпитализации и пребывании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.



Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации

Их применение возможно только в тех случаях, когда иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц.

Решение о применении ограничительных мер принимает врач-психиатр. Он также определяет формы и период времени, на который эти меры устанавливаются, делая соответствующую запись в медицинской документации.



Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации

При необходимости разрешена фиксация больного при помощи специальных ремней, также допускается применение простыней, широких полотенец (при физическом ограничении **недопустимо душить больных, а также давить коленями на грудь!**).

Фиксация в четырех точках - это самый распространенный метод физического ограничения в психиатрической практике (за 4 конечности, между ремнем и фиксированной конечностью должен оставаться зазор 1-1,5 см)



Проблемы применения мер физического стеснения при оказании медицинской помощи

Первая проблема — медицинская

Длительное вынужденное положение пациента приводит к замедлению кровотока в венах нижних конечностей, что на фоне применения лекарственных средств может способствовать **развитию тромбоза** с последующей ТЭЛА. Необходимо постоянно помнить об угрозе возникновения данного фатального осложнения.

Вторая проблема — юридическая

Правовая база разработана только для психиатрической практики. Действующим законодательством РФ меры физического стеснения в соматической клинике не регламентированы. **Нет правовой основы, в том числе и алгоритма фиксации пациента в общемедицинской практике.**



Проблемы применения мер физического стеснения при оказании медицинской помощи

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» в «Стандарте оснащения блока интенсивной терапии и реанимации неврологического отделения для больных с ОНМК» п. 8 предусмотрены «Наборы для мягкой фиксации конечностей». Однако **регламент их применения, равно как и перечень состояний, при которых должны применяться указанные наборы, отсутствуют.**

необходима консультация врача-психиатра



Содействие работников полиции при осуществлении недобровольной госпитализации

- Ст. 2 и 27 (ч.2) Федерального закона от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции»

- ч. 3 статьи 30 Закона РФ от 02.07.92 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

- Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами (утв. приказами Минздрава России от 30.04.1997 № 133 и МВД России № 269)



Содействие работников полиции при осуществлении недобровольной госпитализации

содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации

обеспечение безопасных условий доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра

принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц

при необходимости принимать меры для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации (медицинской эвакуации)

полиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности и своевременно принимать меры



Правила поведения медицинского работника при работе с пациентами с проявлениями признаков агрессии/психомоторного возбуждения

Если вы приехали по вызову к агрессивно настроенным либо пьяным пациентам, не рискуйте и сразу вызывайте полицию

Не следует пытаться входить в физический контакт с больным, в том числе и для обследования соматического состояния, пока больной не успокоится и даст свое согласие на осмотр или не будет физически стеснен.

Уведомите руководителя

В опасных ситуациях защищайтесь с использованием любых подручных средств. Самозащиту закон допускает, несмотря на все ограничения



Правила общения с пациентами с острыми расстройствами психики

- При беседе с возбужденным психотическим пациентом (особенно с параноидным синдромом (бредом) **не следует делать в его присутствии какие-либо записи.** Присутствие, как минимум, еще одного сотрудника - обязательно.
- Лучше **избегать прямого контакта глаз** при агрессивном состоянии пациента.
- Следует вести себя **уверенно, спокойно и доброжелательно** по отношению к больному.
- В начале беседы с возбужденным пациентом для установления контакта лучше **задать нейтральные вопросы**, отвлекающего характера от конфликтной ситуации, например, «хочет ли он сейчас покурить», «можно ли ему сейчас измерить давление».
- Не следует спорить и разубеждать пациента, тактика: **слушать, позволить выговориться, не противоречить.**
- В начале общения с агрессивным пациентом необходимо **соблюдать дистанцию** на расстоянии 70 – 100 см (расстояние вытянутой руки), это создает относительно «безопасную зону» между персоналом и пациентом.
- Стоять или сидеть лучше рядом с дверью (чтобы из комнаты можно было быстро выйти).



**Благодарю за
внимание!**

