Житомирський інститут медсестринства

Відділення післядипломної освіти молодших медичних

спеціалістів

КУРСОВА РОБОТА

Слухачи циклу «Медсестри психіатричних установ»

Варіант № 20

Тема :"Невідкладні стани в психіатрії"

Виконав: УкраїнецьЮ.Л.

Керівник:Милашевська Є.М

М.Житомир 2014р.

Невідкладні стани в психіатрії

При наданні невідкладної допомоги психічно хворим необхідно встановити точний діагноз гострого синдрому і основного психічного захворювання, що викликало цей синдром, і обов'язково контролювати поведінку пацієнта. Якщо основне психічне захворювання діагностувати не вдається, слід виключити органічну етіологію збудження або іншого гострого психічного порушення, оскільки призначення великих доз галоперидолу, хлорпромазину і інших нейролептиков всередину (як при купіруванні манії або шизофренії) може привести до летального результату. Найбільш актуальною проблемою диференціальної діагностики при невідкладних психічних станах є встановлення органічної або неорганічної природи гострого психічного синдрому. При першій зустрічі з хворим лікар повинен зберігати терпіння, витримку, спокій, ввічливість.

У психіатричній практиці невідкладні стани визначаються не інтенсивністю переживань хворого, а психомоторними проявами захворювання або очікуваними діями і поведінкою пацієнта. Екстрена допомога при психічних захворюваннях разом з медикаментозним лікуванням включає спеціальні заходи по догляду, спостереженню і нагляду. Слід підкреслити, що невідкладну допомогу надають не лише при гострих, але і при хронічно протікаючих психотичних порушеннях, що супроводжуються небезпечними діями хворих.

З усіх категорій невідкладних станів в психіатрії виділяють три основні, пов'язані з:

спробою або загрозою суїциду;

некерованим психомоторним збудженням;

зарозумілості, квапливості і дій, що принижують людську гідність пацієнта. У перші ж хвилини контакту необхідно заспокоїти хворого, який дає згоду на лікування, госпіталізацію в стаціонар і т. д.

Завжди треба пам'ятати про можливий прояв агресії з боку хворого, тому під час бесіди з ним обов'язкова присутність інших осіб (санітара, середнього медпрацівника), які, у разі потреби, швидко прийдуть на допомогу. Під час огляду оточуючі хвору особу повинні стояти так, щоб можна було забезпечувати постійний контроль за його поведінкою, унеможливити втечу, самогубство або напад. Крім того, не можна показувати пацієнтові, що він небезпечний для оточення, що його охороняють, це може посилити його патологічну пильність і підозрілість і привести до відповідних наслідків.

Якщо виникає необхідність утримувати пацієнта, його ноги треба фіксувати в області стегон, руки - в області плечових суглобів, не заподіюючи болю. Хворого в стані збудження транспортують в супроводі не менше трьох чоловік, двоє з яких повинні знаходитися поряд з ним, один - ззаду. Перевозити хворих доцільніше в положенні лежачи. При посадці в машину і виході з неї пацієнта необхідно підтримувати за руки.

Спроби або загроза суїциду

Найчастіше невідкладну допомогу доводиться надавати суїциїдальним хворим: у 95% осіб, які здійснюють суїциїдальні спроби, діагностують психічну патологію, у 80% з них - депресію, у 10% -шизофренію, у 5% -деменцію і делірій. Найбільш високий ризик суїциду у хворих з маячною депресією. Суїциїдальних спроб відбувається в 8 разів більше, ніж здійснених суицидов. Близько 70% суїцидів здійснюють жінки, близько 1% пацієнтів з суїциїдальними спробами здійснюють суїцид, близько 30% -роблять повторні спроби. Ризик рецидиву суїциду особливо високий впродовж трьох місяців після першої спроби. При дослідженні психічного статусу хворого лікар повинен дізнатися, чи є у нього суїциїдальні думки, особливо якщо він знаходиться в стані депресії.

У пацієнта необхідно запитувати прямо, чи хоче він померти. Вісім з десяти осіб, які все-таки здійснюють самогубство, підтверджують свої наміри, 50% -відкрито говорять про готовність до суїциду. Якщо хворий повідомив про свої суїциїдальні наміри, а потім стає спокійним і менш ажитованим, слід проявляти особливу пильність. У кожному конкретному випадку необхідно детально з'ясовувати, наскільки сильна суїциїдальна настроєність пацієнта. З цією метою треба ретельно проаналізувати затвердження хворого, обов'язково враховуючи діагноз, а також спосіб суїциду, обставини, при яких була зроблена суїциїдальна спроба і т. д. Якщо хворий наніс собі важкі тілесні ушкодження або прийняв отруйну речовину, то, окрім медикаментозного або хірургічного лікування, дуже важливо запобігти можливості повторення суїциїдальних спроб.

Слід оцінити стан психіки хворого, особливе його відношення до суїциїдальної спроби. Якщо лікар вважає, що можлива повторна спроба самогубства, то треба обов'язково попередити про це медперсонал, обслуговуючий хворого. Пацієнта не можна залишати одного біля вікон, в туалеті і т. д. у нього не повинно бути лез і інших різальних предметів. Неспокійному хворому краще призначити седативний засіб. Якщо лікар отримує ухильні відповіді на питання типу : "До чого ви прагнули, здійснюючи суїцид"?, Чи "дійсно ви хочете померти"?, Чи "можна бути упевненим в тому, що ви не повторите суїциїдальну спробу, поки вам надається допомога"?, "Як ви відноситеся до того, що залишилися живі"?, то існує вірогідність повторення суїциїдальної спроби.

Суїциїдальні прояви досить часто відзначаються у хворих шизофренією, особливо на ранніх стадіях захворювання. Акт суїциду хворі виконують без дій, розрахованих на залучення до себе уваги. За відсутності соматичних протипоказань в таких випадках хворим призначають хлорпромазин або інший препарат фенотиазинового ряду.

Ризик суїциду досить високий у хворих депресивним психозом. Основою суїциїдальної поведінки у пацієнтів в депресивній фазі маніакально-депресивного психозу можуть бути маячні ідеї самознищення, винності, іпохондрії, самотності, а також такі чинники, як страх, ажитація, безсоння. Для хворих характерні несвідоме відчуття провини, докори сумління, ревізія усього минулого життя з фіксацією уваги на своїх помилках і проступках, тяжкість яких вони перебільшують. Моральні страждання або душевний біль (психалгія) часом стають нестерпними. На тлі меланхолійної пригніченості нерідко виникають вибухи відчаю зі збудженням і суїциїдальними спробами - меланхолійний раптус.

При психогенних (реактивних) депресіях суїциїдальній поведінці сприяють психогенні, психологічно зрозумілі і індивідуально значимі для конкретної особи чинники, такі як смерть близьких, ситуаційно обумовлені міжособові і соціальні конфлікти, невиліковна хвороба та ін.

Раптові імпульсивні суїциїдальні спроби спостерігаються у пацієнток з післяпологовою депресією в перші дні після пологів. До передвісників суїциду відносять такі симптоми, як занепокоєння, втрата апетиту, порушення сну, нав'язливі ідеї та ін.

Суїциди часто здійснюють особи, що зловживають алкоголем і наркотиками. Самогубства нерідкі серед самотніх осіб літнього віку, що страждають хронічними і злоякісними захворюваннями з прогностично несприятливим результатом.лід вирішити, чи треба госпіталізувати хворого, оскільки не усі пацієнти цього потребують. Наявність в анамнезі імпульсивної поведінки або плану здійснення суїциду, а також відсутність достатньої соціальної підтримки є показаннями до госпіталізації.

Лікування

У стаціонарі хворим призначають антипсихотичні препарати або антидепресанти, рекомендується індивідуальна і сімейна психотерапія. Додаткові заходи залежать від конкретного захворювання.

Невідкладна допомога при повішенні включає відновлення прохідності дихальних шляхів, звільнення шиї від утрудняючого чинника, ротової порожнини - від слизу. За відсутності тетраплегії голові надають положення максимального потиличного розгинання, проводять непрямий масаж серця і вентиляцію легенів. При неможливості негайного транспортування пацієнта в реанімаційне відділення необхідно виконати тотальну кураризацію і інтубацію трахеї на місці події, ввести гідрокортизон в дозі 250 міліграм внутрішньом'язово, преднізолон в дозі 60 міліграм внутрішньовенно. Якщо за відсутності порушення дихання з'являється психомоторне збудження, рекомендується введення натрію оксибутирата в дозі 40-50 міліграм/кг внутрішньовенно, седуксена - по 1 мл 0,5% розчину 2-3 рази в добу внутрішньовенно.

На стаціонарному етапі лікування слід пам'ятати про можливі наслідки і ускладнення: гострих психотичних епізодах, ретроградній амнезії, пневмоніях, хондроперихондриті хрящів гортані і церебральній резидуально-органічній недостатності, психоорганічному синдромі різної міри вираженості.

Стани збудження і агресивності

Найбільш виражені прояви агресії і насильства у психічно хворих спостерігаються при з будженні і страху. Стан збудження не дозволяє повноцінно провести первинне клінічне і психіатричне обстеження, проте хворі, яких оглянути неможливо, зустрічаються рідко. Грубі дотики, різкі рухи, шум, яскраве світло можуть утрудняти контакт з хворим, оскільки вони посилюють його страх, який зазвичай є причиною збудження. Не рекомендується стояти над хворим, це може його налякати, краще сісти поруч і неголосно терпляче пояснити, що ви - лікар і хочете йому допомогти. Доктор повинен розуміти, що його власні емоції можуть негативно позначатися на взаємовідношенні з пацієнтом і правильності оцінки клінічного стану хворого. Багато хворих в гострому стані неспокійні, вимогливі і ворожі. Якщо стан пацієнта викликає сильну тривогу, слід постаратися зрозуміти її причину. Якщо є побоювання, що хворий може проявити агресію, оглядати його необхідно у присутності супроводжуючої особи або санітара.

Психотропні засоби до встановлення діагнозу застосовують тільки як виняток. При огляді пацієнта слід уникати фізичного примусу, але якщо в цьому виникає необхідність, заходи мають бути рішучими і адекватними. Якщо пацієнт - жінка, при огляді має бути присутньою медсестра.

Особливості догляду за збудженими хворими з психотичними розладами. При організації догляду за збудженими хворими необхідно враховувати, що, незалежно від нозологічної основи психічного захворювання вони здійснюють безліч зайвих дій, не піддаються умовлянням, чинять опір спробам заспокоїти їх. Для більшості таких пацієнтів характерна несподіванка вчинків, психомоторне збудження часто супроводжується мовним, хворі голосно, іноді безглуздо кричать. Вони не в змозі контролювати свої вчинки, під впливом маячних ідей, розладів сприйняття або у зв'язку із засмученою свідомістю хворі нерідко здійснюють дії, що представляють небезпеку і для них, і для оточення, які не завжди можуть правильно оцінити стан пацієнта, врахувати можливі наслідки його поведінки.

Гострий початок захворювання нерідко викликає у оточення страх. Головне завдання при цьому - встановити характер захворювання і негайно приступити до надання допомоги. При догляді і нагляді за збудженим хворим в першу чергу треба забезпечити безпеку самого пацієнта і його оточення, створити сприятливі умови для надання допомоги. У палаті, в якій знаходиться хворий, не повинні знаходитися сторонні, окрім тих, хто братиме участь в організації нагляду за ним, необхідно прибрати колючі, різальні і інші предмети, які можуть бути використані як засоби самогубства або в якості знаряддя нападу.

Медпрацівник ні в якому разі не повинен проявляти страху перед хворим, відноситися до нього дбайливо, спокійно, терпляче, але в той же час бути твердим і рішучим. Щоб уникнути несподіваного удару або нападу, необхідно підійти до хворого збоку, усадити його, покласти руки на його кисті рук і спробувати заспокоїти, пояснюючи, що йому нічого не погрожує і його стан скоро пройде і т. п. Спокійна бесіда нерідко зменшує збудження. Якщо встановити контакт з хворим не вдається, необхідно удатися до лікарських засобів, що купірують збудження. При відмові хворого прийняти ліки їх вводять насильно. Проте заспокоєння хворого, що настало під впливом фармакологічних засобів, часто носить тимчасовий характер, і після припинення дії препарату збудження виникає з колишньою силою. Заспокоєння пацієнта ні в якому разі не повинне усипляти пильність лікаря. Основні правила нагляду за хворим, що страждає психозом, - ретельність, безперервність і дієвість.

При маніакально-депресивному психозі поведінка хворого в стані маніакального збудження значною мірою обумовлена підвищеним настроєм, прагненням до діяльності. Зазвичай такого пацієнта вдається відвернути від небажаних дій. Заборони викликають у таких хворих гнів і роздратування, а слово робить сприятливий вплив.

При організації лікування і догляду за депресивним хворим слід завжди пам'ятати про можливість наполегливого повторення спроб самогубства. Хворий з депресивним синдромом потребує негайного встановлення особливо строгого нагляду. У палаті мають бути вилучені усі предмети, які можуть бути використані з метою суїциїдальних спроб. Пацієнта слід роздягнути і укласти в ліжко, при цьому санітар повинен невідступно знаходитися біля нього і обов'язково усюди супроводжувати (навіть у туалет).

Ліжко і одяг пацієнта необхідно періодично уважно оглядати, щоб він нічого не ховав, після прийому ліків медсестра обов'язково повинна перевірити порожнину рота хворого.

Оскільки депресивні хворі перестають стежити за собою, необхідно допомагати їм умиватися, робити туалет порожнини рота. Треба стежити за випорожненням, оскільки при депресії часто розвивається запор. При наполегливій відмові хворого від їжі медсестра зобов'язана спробувати умовити його поїсти. При необхідності слід розпочати годування з ложки, проявляючи при цьому терпіння і наполегливість. Рекомендується рідка їжа з високою енергетичною цінністю. Даючи хворому їжу, треба пам'ятати, що в стані психомоторної загальмованості йому важко робити жувальні рухи. Якщо відмова від їжі є засобом здійснення прагнення померти голодною смертю, то хворого годують насильно.

Від своєчасності, адекватності і правильності лікування гострого психотичного стану і проведення середніми медпрацівниками комплексу заходів, що забезпечують безпеку самого хворого і людей, що оточують його, багато в чому залежать доля пацієнта і ефективність подальшого лікування психічного захворювання.

Якщо пацієнта не вдається заспокоїти словесно, застосовують заходи по утриманню його від здійснення небезпечних дій і одночасно медикаментозне купірування стану збудження. З цією метою вводять аміназин або тизерцин по 50-100 міліграм. Ефективним способом купірування усіх видів збудження є внутрішньовенне введення 2 мл 2,5% розчину аміназина з 20 мл 40% розчину глюкози (якщо вдається утримати пацієнта при проведенні цієї маніпуляції). При необхідності через 3 год ін'єкцію можна повторити або ввести аміназин внутрішньом'язово. Завжди слід пам'ятати про гіпотензивну дію аминазина і тизерцина, тому для профілактики зниження АТ впродовж 20-30 хв хворий повинен знаходитися в горизонтальному положенні. Після заспокоєння пацієнта частину дози нейролептиків можна призначати всередину. При кожному з клінічних варіантів збудження потрібно застосування додаткових медикаментозних засобів, які нерідко вводять одночасно з аміназином або тизерцином.

Шизофренія

Кататонічне збудження - ця нецілеспрямована, хаотична, безглузда поведінка, раптові імпульсивні вчинки, нерідко агресивні дії. Характерні дурачливість, гримасіння, манірність, безглуздість поведінки. У таких хворих зазвичай відзначаються страхітливі психотичні стани, що супроводжуються вегетативними ознаками: розширенням зіниць, тахікардією, пітливістю. Дії пацієнтів бувають імпульсивними, можливі раптові прояви агресії і насильства.

Галлюцинаторно-маячне збудження найчастіше пов'язане з маренням переслідування і слуховими галюцинаціями. Хворі відчувають страх, тривогу, розгубленість, іноді виконують галюцинаторні накази і потенційно здатні до насильства. Нерідко вони злісні, напружені і не йдуть на контакт, часто розмовляють з "галюцинаторними голосами", відповідають на їх питання або до чогось прислухаються. При різкому збудженні хворі під впливом марення і галюцинацій нападають на уявних переслідувачів або втікають, рятуючись від них.

При обох шизофренічних синдромах слід уникати форм поведінки і інтонацій, які можуть налякати пацієнта.

Невідкладна допомога включає призначення всередину або внутрішньом'язово однієї з похідних фенотиазина: аміназина, етаперазина, трифтазина. Фізично міцним пацієнтам вводять до 250-500 міліграма аміназина (хлорпромазину). Можна призначити галоперидол (внутрішньом'язово по 4 мл 0,5% розчину і більше), триседил в дозі 5-10 міліграм/добу або трифтазин (стелазин до 20-40 міліграма/добу), терапевтичний ефект робить клопиксол-акуфаз в індивідуальній дозі 50-150 міліграм внутрішньом'язово.

Діагноз шизофренії можна поставити тільки у тому випадку, якщо пацієнт знаходиться в повній свідомості. Для цього можна використати Первинний перелік симптомів, запропонований Карлом Шнейдером, який включає :

· первинне марення;

· слухові галюцинації (голоси людей, осуджуючих хворого або коментуючих його дії);

· відчуття того, що хтось ззовні намагається управляти думками або тілом хворого;

· відчуття, ніби хтось "витягає думки з голови" або, навпаки, "впроваджує" їх хворому.

Діагностичною ознакою іноді може служити складність встановлення контакту з хворим.

Маніакальне збудження

Маніакальне збудження може досягати такого ступеня, що з'являється необхідність застосування фізичних заходів обмеження активності. Цей стан часто важко диференціювати з гострою шизофренією, що супроводжується збудженням.

Оскільки невідкладна терапія в обох випадках передбачає госпіталізацію, використання седативних засобів фенотиазинового ряду або галоперидолу, то диференціальну діагностику можна відкласти.

Маніакальний стан проявляється підвищеним настроєм, мовним і психомоторним збудженням, часто поєднується з тривожним або депресивним фоном і значною дратівливістю, ворожістю до оточення.

Пацієнти можуть висловлювати швидкоплинні ідеї переслідування. Вони то веселі, то гнівливі, злісні, дратівливі, то співають, танцюють, майже не сидять на місці, в усе втручаються, беруться за декілька справ відразу, жодної не закінчуючи. Мова хворих швидка, сумбурна від численних ідей, фрази часто не закінчені, вони перескакують з однієї теми на іншу. Деякі думки відразу збуджують хворих, інші асоціюються не по сенсу, а по співзвучності або іншим ознакам. Хворі переоцінюють свої сили і можливості, часто висловлюють маячні ідеї величі, здійснюють безліч безглуздих, нерідко небезпечних для життя вчинків, якщо їм заперечують, хворі гнівливі і агресивні. Маніакальні хворі зазвичай охриплі від постійних розмов, змарнілі від безсоння, проте бадьорі і повні планів на майбутнє. Перші симптоми цілеспрямованого маніакального збудження нерідко проявляються незвичайною діяльністю вночі.

Невідкладна допомога. Призначають клопиксол-акуфаз по 50-150 міліграм внутрішньом'язово індивідуально відповідно до стану пацієнта. Інша схема лікування передбачає призначення аміназина (хлорпромазину) до 250 міліграма. Одночасно з аміназином можна ввести галоперидол - до 20-30 міліграма/добу або триседил - 10-15 міліграм/добу. Одночасно призначають літію карбонат всередину по 1,5-1,8 г/добу або літію оксибутират внутрішньом'язово по 2 мл 20% розчину. Цей же препарат можна застосовувати внутрішньовенно повільно в ізотонічному розчині натрію хлориду або в 40% розчині глюкози (разова доза - 1200-1600 міліграм, добова - 1600-3200 міліграм). Надалі ці препарати призначають як парентерально, так і всередину (для курсового лікування маніакального стану). Депресивне збудження.

Депресивне збудження (меланхолійний раптус) виникає у хворих з депресією зазвичай при різкому посиленні депресивних переживань у вигляді катастрофічного наростання почуття нестерпної туги, безвиході, відчаю. Пацієнти кидаються, кричать, стогнуть, виють, ридають, наполегливо наносять собі ушкодження, у них активно проявляються суїциїдальні тенденції.

Невідкладна допомога включає призначення тизерцина або хлорпротиксена з одночасним введенням амитриптилина до 200 міліграма/сут внутрішньом'язово.

Епілептичне збудження

Епілептичне збудження проявляється при присмерковому розладі свідомості у хворих епілептичною хворобою, тому для його розпізнавання важливо з'ясувати наявність епілептичних припадків в анамнезі.

Для цього розладу психіки характерні раптовий початок і таке ж раптове закінчення. Спостерігаються злісно-напружений афект, дезорієнтація, контакт з хворим неможливий.

Під впливом гострих бредово-галюцинаторних переживань збудження досягає апогею. Хворий надзвичайно небезпечний, оскільки може несподівано накинутися на оточення і нанести їм важкі ушкодження.

Хворі скроневою епілепсією іноді здійснюють насильницькі дії під час припадку, який триває 1-2 хв. Після припадку впродовж 10 хв і більше у пацієнта спостерігається сплутаність свідомості, він нічого не пам'ятає, не може контактувати з оточенням, хоча іноді здійснює цілеспрямовані дії.

У окремих випадках, коли потрібно термінову седативну терапію, внутрішньом'язово вводять діазепам в дозі 10-20 міліграм. При необхідності препарат вводять повторно. Епілептичне збудження купірують аміназином, тизерцином або хлорпротиксеном. За відсутності цих лікарських засобів внутрішньовенно повільно вводять 2-10 мл 2,5% розчину гексенала або 10-20 мл 20% розчину натрію оксибутирата.

Психогенне збудження

Психогенне збудження зазвичай пов'язане з гострою психічною травмою або ситуацією, загрозливою життю (землетрусом, катастрофою та ін.). Воно проявляється у рамках афективно-шокових станів. Відзначаються психомоторне збудження, виражені афективні і вегетативні порушення. Клінічна картина варіює від одноманітного монотонного збудження (при цьому хворий видає нечленороздільні звуки) до хаотичного безглуздого збудження, фугиформної панічної втечі, нанесення самоушкоджень. Можливі суїциїдальні тенденції. При катастрофах паніка охоплює великі групи людей. У хворих спостерігаються прискорене серцебиття, сухість у роті, пітливість, тремтіння кінцівок, глибоке судорожне дихання, страх смерті. Симптоми паніки зазвичай зникають після того, як лікар або медсестра заспокоять пацієнта, а також після призначення всередину діазепаму в дозі 5-10 міліграм або інших препаратів бензодиазепинового ряду.

Невідкладна допомога потрібна у важких випадках, при яких призначають аміназин, тизерцин або хлорпротиксен. У ряді випадків вводять клопіксол-акуфаз по 50-100 міліграм внутрішньом'язово, в легких випадках - реланіум - по 2-5 мл 0,5% розчину в 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або в 20% розчині глюкози або еленіум - до 10-15 міліграма/добу внутрішньом'язово або внутрішньовенно. При незначному збудженні ці препарати призначають всередину: реланіум - по 10-30, еленіум - по 40-50, феназепам - до 5 міліграма/добу.

Психопатичне збудження

Психопатичне збудження виникає у пацієнтів з аномаліями розвитку особистості услід за дією зовнішніх дратівливих чинників, при цьому реакція у відповідь неадекватна причині, що викликала її. Збудження супроводжується агресивністю і злісністю, які спрямовані на осіб, що образили хворого. Нерідкі загрози, вигуки, цинічні лайки, характерні також виражена напруженість, афективність, демонстративна поведінка хворого, його прагнення притягнути до себе увагу оточення. При істеричному варіанті психопатичного збудження спостерігають бурхливі емоційні реакції, наполегливе прагнення хворого добитися співчуття, жалості від оточення. Міміка і психомоторика у таких хворих підкреслено химерні, виразні, експресивні. На відміну від хворих психогенним збудженням, вони враховують обстановку і нерідко можуть утримувати себе від небезпечних дій, якщо знають про можливу відповідальність. Небезпеку представляють агресивні дії відносно оточення, а також демонстративні суїциїдальні дії, які часто завершуються летальним результатом. Психопатичні особи часто в хворобливому стані прибігають до алкоголю або наркотиків, що різко посилює психопатичне збудження.

Невідкладна допомога включає заходи корекції поведінки хворого. Необхідно спокійно і твердо сказати пацієнтові, що його поведінка нікого не лякає, навіть не справляє враження, що він повинен заспокоїтися і узяти себе в руки, оскільки не є психічнохворим і відповідальний за свої вчинки. При істеричному збудженні можна різким окриком або іншим способом змусити хворого заспокоїтися або перемкнути його увагу. Для лікування цього стану призначають аміназин, тизерцин або хлорпротиксен, які надалі, у міру зменшення вираженості збудження, замінюють транквілізаторами (елениумом, седуксеном, феназепамом та ін.).

Хворих, що знаходяться в стані збудження, госпіталізують в психіатричний стаціонар. При короткочасних епілептичних пароксизмах або легкому психогенному і психопатичному збудженні госпіталізація не потрібна.

Аментивне збудження

Аментивне збудження - цей стан сплутаної свідомості з втратою усіх видів орієнтування, у тому числі усвідомлення власної особи. Характерне інкогерентне, незв'язне мислення. Пацієнти знаходяться в стані хаотичного збудження, активні в межах ліжка, не йдуть на контакт, їх мова незв'язна і найчастіше складається з окремих слів. Відзначаються виражена емоційна лабільність (від плаксивості до ейфорії) або повна індиферентність. У висловлюваннях хворих нерідко звучать фрагментарні маячні переживання, а по їх поведінці можна припустити наявність розладів сприйняття. Апогей аментивного стану може проявлятися кататоноподібною симптоматикою у вигляді збудження або ступора з хореоформними гіперкінезіями. На відміну від деліріозного, збудження при аменції одноманітне і обмежується ліжком. Епізодів прояснення свідомості в денні години, як при делірії, не відзначається.

Невідкладна допомога включає проведення дезинтоксикаційної терапії. Збудження купірують введенням 2-5 мл 2,5% розчину аміназина внутрішньом'язово і 20 мл 30% розчину натрію тіосульфату внутрішньовенно. Якщо соматичний стан є протипоказанням до призначення аміназина, то рекомендується ввести внутрішньовенно повільно 30 мл 30% розчину натрію тіосульфату у поєднанні з 5 мл 25% розчину магнію сульфату і підшкірно 1 мл 2% розчину пантопону.

Показано також внутрішньовенне (краплинно або струминно) або внутрішньом'язове введення 20-30 міліграм діазепаму (седуксена, реланіума), можна призначити еленіум по 40-50 мл внутрішньом'язово або всередину, феназепам в дозі 5-8 міліграм/добу всередину.

Хороший ефект дає систематичне внутрішньовенне краплинне введення ноотропила (пірацетаму) в дозі 6-8 г, у важких випадках - по 16-18 г/добу (у 5 мл 20% розчину міститься 1 г пірацетаму).

Тяжкість стану хворого з аментивним порушенням свідомості утрудняє його транспортування, тому нагляд і догляд за ним необхідно організовувати в умовах соматичного відділення.

Алкогольний делірій

Алкогольний делірій (біла лихоманка) розвивається у осіб, що страждають алкоголізмом, і виникає через 72-96 год після прийому алкоголю. Спочатку характерний похмільний стан, потім наростають страх, несвідома тривога, передчуття біди, що насувається. Іноді перед засипанням виникають галюцинації, сон стає тривожним, із страхітливими сновидіннями.

На 3-4-у ніч з'являються агрипнія і яскраві зорові галюцинації, хворому бачиться безліч рухливих комах, дрібних тварин, змій, іноді бісів із страхітливими фантастичними образами на цьому фоні. Спостерігаються також слухові галюцинації: пацієнтові здається, що його дратують, лають і т. д. Можуть бути тактильні галюцинації - почуття повзання комах по шкірі.

Алкогольний делірій зазвичай триває 3-5 днів. До характерних симптомів відносять:

· порушення сну, млявість (аж до агрипнии);

· вегетативні розлади;

· надмірну пітливість;

· гіперемію обличчя і кон'юнктиви;

· почастішання пульсу до 150 уд/хв.

Важливими дифференциально-диагностическими ознаками алкогольного делірію є:

· тремтіння усього тіла;

· міоклонії;

· хореоформні гіперкінези;

· атаксія.

Невідкладна допомога. Передусім слід обстежити хворого, щоб виключити у нього наявність інфекцій і переломів. Потрібна також корекція порушення електролітного балансу, особливо магнію і калію. Внутрішньом'язове введення 10-20 міліграм діазепаму сприяє купіруванню алкогольного делірію і знижує вірогідність розвитку епилептоїдного припадку. Традиційний метод купірування психомоторного збудження і усунення безсоння - призначення 0,5-0,7 г барбаміла і 100 мл 40% спирту. Сильні нейролептики типу аміназина і тизерцина слід застосовувати з обережністю, враховуючи їх гіпотензивну дію і ризик розвитку колапсу. Безпечніше і ефективне внутрішньовенне або внутрішньом'язове введення еленіума (100-150 мл/добу) або феназепама (до 10 міліграма/добу). Застосовують також комбінації препаратів : 0,6 г барбаміла і 50 міліграм димедролу внутрішньом'язово; 50 міліграм димедролу і 50 міліграм дипразина внутрішньом'язово; 30-40 мл 20% розчину натрію оксибутирата внутрішньовенно повільно і 20-40 міліграм седуксена внутрішньом'язово.

Одночасно з психотропними засобами вводять 1 мл 0,06% розчину коргликона або 1 мл 0,025% розчину дигоксину і 10 мл 20% розчину глюкози внутрішньовенно, а також 2 мл 20% розчину камфори підшкірно. Доцільне призначення 40-80 міліграм преднізолону всередину і великих доз вітамінів : 5 мл 5% розчину тіаміну броміду (вітаміну В,) 3-4 рази в день внутрішньом'язово або внутрішньовенно, одночасно - 1-2 мл 1% розчину нікотинової кислоти, 1-2 мл 5% розчину піридоксину гидрохлорида (вітаміну В6), а також 20-50 міліграм цианокобаламина (вітаміну В12) внутрішньом'язово, 0,05 г вітаміну В15 2-3 рази в день всередину.

При вираженому делірії із-за небезпеки розвитку колапсу нікотинову кислоту слід застосовувати обережно, доцільніше ввести 2-3 мл 1% розчину нікотинаміду. Одночасно внутрішньовенно вводять 40% розчин глюкози і 10% розчин натрію тіосульфату (по 10 мл). При наростанні церебральної гіпертензії повторно призначають внутрішньовенно 10-12 мл 10% розчину натрію хлориду. Для усунення набряку головного мозку у важких випадках застосовують сечовину або манітол.

Використана література

1. Каплан Г.И., Седок Б.Дж. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. - Т. 2. - М.: Медицина, 1994. - 524 с.

. Воронков Г.Л., Дзюб Г.К., Пуцай С.А. Неотложная помощь в психиатрии / Учебное пособие для врачей-интернов. - К.: Здоров’я, 1989. - 216 с.

. Кузнецов В.Н. Неотложная помощь в психиатрии / В кн.: Скорая и неотложная медицинская помощь / Под ред. проф. И.С. Зозули, И.С. Чекмана. - К: Здоров’я, 2002. - 514-532 с.

. Руководство по психиатрии / Под ред. акад. Г.В. Морозова. - Т. 2. - М.: Медицина, 1988. - 640 с.

. Кузнецов В.Н., Чернявский В.М. Психіатрія / Посібнік для лікарів-інтернів. - К.: Здоров’я, 1993. - 343 с.

. Сторей Питер, Бьюли Томас Г. Неотложная помощь в психиатрии и наркологии / В кн.: Екстренная помощь в медицинской практике / Под ред. Колина Ожильви. - М.: Медицина, 1984. - 60-80 с.

. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь / Под ред. акад. Е.И.Чазова. - М.: Медицина, 1988. - 604 с.