

Оказание неотложной помощи в психиатрии и неврологии

Неотложная помощь при ОНМК

- * **ОНМК** - характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.
- * К инсультам относят инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг и субарахноидальное кровоизлияние¹, имеющие этиопатогенетические и клинические различия.
- * С учётом времени регрессии неврологического дефицита, особо выделяют преходящие нарушения мозгового кровообращения (неврологический дефицит регрессирует в течение 24 часов, в отличие от собственно инсульта) и малый инсульт (неврологический дефицит регрессирует в течение трёх недель после начала заболевания).

Виды инсультов

- * **Ишемический (мозговой инфаркт)**, который наступает вследствие воздействия факторов, которые не позволяют крови свободно проходить по сосудам и снабжать клетки мозга кислородом. Его развитие возможно после закупорки, устойчивого и резкого спазма и сужения просвета и встречается примерно в 85% случаев.
- * **Геморрагический инсульт**, который развивается в результате выхода крови из сосуда, стенка которого разрывается (не вследствие травмы) и сдавливает ткани, приводя к их постепенному отмиранию.

Факторы риска

- * Для сосудистых заболеваний мозга и сосудистых заболеваний сердца факторы риска во многом одинаковы. Их можно разделить на внутренние и внешние. Например, ожирение, сахарный диабет, отягощённая наследственность (инсульт, инфаркт, гипертония у ближайших родственников), пол, возраст — факторы внутренние. Эмоциональный стресс, малоподвижный образ жизни, вредные привычки (злоупотребление алкоголем, курение), неблагоприятные условия окружающей среды — внешние.
- * Факторы риска можно разделить и по другому признаку: нерегулируемые (возраст, пол, раса) и поддающиеся воздействию (неправильное питание, недостаток физической активности, курение, злоупотребление алкоголем).
- *

Как определить, что у человека инсульт

Есть такое правило: на английском оно звучит как **FAST (ФАСТ)**, которое помогает понять, что нужно вызывать врачей.

- 
- **F - это face, лицо.** Об инсульте говорит его асимметрия. Попросите человека улыбнуться. Если улыбка неровная, это опасный признак.
 - **A - это arm.** Онемение, ограниченные движения руки или ноги с одной стороны.
 - **S - это speech, речь.** Невнятная речь, её непонимание.



■ **T - это time, время.** Если вышеперечисленные признаки возникли резко, нужно немедленно вызывать «скорую помощь». Врачи сразу должны взять пациента на госпитализацию в специализированное учреждение.



Какие препараты* нужно принимать после инсульта

1 ГРУППА

■ **Препараты, снижающие давление (гипотензивные).** Они препятствуют повышению давления, держат его в норме. Пусть небольшие дозы, но принимать их необходимо всем! Доказано: это снижает вероятность повторного инсульта.

2 ГРУППА

■ **Препараты, разжижающие кровь (антиагреганты или антикоагулянты).** Необходимы перенесшим ишемический инсульт. В зависимости от причины инсульта (атеросклероз, артериальная гипертония, мерцательная аритмия и др.) назначают антиагреганты или антикоагулянты. У трети больных с инсультом есть мерцательная аритмия: в полости сердца образуются тромбы, и, отлетая, они закупоривают сосуды головного мозга. Тогда назначаются оральные антикоагулянты. Новое поколение этих препаратов (на основе прямых ингибиторов тромбина) защищает от повторного инсульта. Такие же лекарства пациентам с мерцательной аритмией доктор назначает для профилактики первого инсульта.

3 ГРУППА

■ **Препараты, нормализующие уровень холестерина в крови (гиполипидемические).** Они необходимы определённой категории пациентов после перенесённого ишемического инсульта.

4 ГРУППА

■ **Противодиабетические препараты.** Назначаются пациентам, у которых есть сахарный диабет.
*Дозы, названия, режим приема лекарств каждому пациенту должны быть свои, в зависимости от сопутствующих заболеваний.

INSULTOVNET.RU

Критерии тяжести состояния пациентов

- * Тяжесть состояния больного определяют в зависимости от наличия и степени выраженности уже имеющихся или грозящих развиться в ближайшее время нарушений жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения и др.), способных негативно повлиять на жизнь больного. Основные степени тяжести состояния больного: удовлетворительная, среднетяжелая, тяжёлая, крайне тяжелая, критическая и терминальная.
- * Степени состояния больного оценивают на основании двух критериев — физического обследования и результатов лабораторно-инструментальной диагностики. Особое значение имеет определение функционального состояния сердечно-сосудистой системы и системы органов дыхания.

Удовлетворительное состояние больного

- * Состояние больного определяют, как удовлетворительное, если функции жизненно важных органов относительно компенсированы. Как правило, общее удовлетворительное состояние больного остается таковым при легких формах болезни. Субъективные и объективные проявления заболевания у таких больных чаще выражены неярко, их сознание обычно ясное, положение активное, питание не нарушено, температура тела нормальная или субфебрильная, пульс 60-90 уд./мин, артериальное давление (АД) 110-140/60-90 мм рт. ст., частота дыхания (ЧД) — в пределах нормальных значений (16-20 уд./мин).

Физическое объективное состояние больного средней тяжести

- * О состоянии больного средней тяжести говорят при субкомпенсации — заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Такое физическое состояние больных обычно наблюдают при заболеваниях, протекающих с выраженными субъективными и объективными проявлениями. Больные могут жаловаться на интенсивные боли различной локализации, выраженную слабость, одышку при умеренной физической нагрузке, головокружение.
- * Сознание больного обычно ясное, однако иногда бывает оглушенным. Двигательная активность нередко ограничена: положение больных в постели вынужденное или активное, но при этом они могут обслуживать себя. В ряде случаев отмечают высокую температуру с ознобом, распространенные отеки подкожной клетчатки, выраженную бледность или желтушное окрашивание кожи и склер, умеренный цианоз или обширные геморрагические высыпания. При исследовании сердечно-сосудистой системы отмечают тахикардию (частота сердечных сокращений — ЧСС в покое > 100 уд./мин) либо брадикардию (< 40 уд./мин), аритмию, повышение ($> 140/90$ мм рт. ст.) или понижение ($< 110/60$ мм рт.ст.) АД.
- * При среднетяжелом объективном состоянии больного ЧД в покое превышает 20 уд./мин, при этом может наблюдаться нарушение проходимости — бронхиальной или верхних дыхательных путей (ВДП). Возможны также неоднократная рвота, выраженная диарея, умеренное желудочно-кишечное кровотечение. При осмотре больного могут быть обнаружены признаки местного диффузного перитонита. Таким больным необходима неотложная врачебная помощь и экстренная госпитализация в связи с возможным быстрым прогрессированием заболевания и развитием опасных для жизни осложнений.

Тяжелое состояние больного

- * Состояние больного определяют, как тяжелое, когда развившаяся в результате заболевания декомпенсация функций жизненно важных органов представляет непосредственную опасность для жизни больного либо может привести к его глубокой инвалидизации. Тяжелое состояние больного наблюдается при осложненном течении болезни с ярко выраженными и быстро прогрессирующими клиническими проявлениями.
- * Больные жалуются на нестерпимые длительные боли в области сердца или в животе, выраженную одышку в покое (> 40 уд./мин), длительную анурию и т. п. Нередко больной стонет, просит о помощи, черты его лица заострены. В других случаях сознание значительно угнетено (ступор или сопор), возможны бред, выраженные менингеальные симптомы. Положение больного пассивное или вынужденное, он, как правило, не может себя обслуживать, нуждается в постоянном уходе.
- * Могут наблюдаться значительное психомоторное возбуждение или судорожное состояние. О тяжелом общем состоянии больного свидетельствуют нарастающая кахексия, анасарка (в сочетании с водянкой полостей), признаки резкого обезвоживания организма (снижение тургора кожи, сухость слизистых оболочек), выраженная бледность кожи или диффузный цианоз в покое, гиперпиретическая лихорадка либо значительная гипотермия. При исследовании сердечно-сосудистой системы у таких больных выявляются нитевидный пульс, выраженное расширение границ сердца, резкое ослабление I тона над верхушкой, значительные артериальная гипертензия (АГ) или гипотония, нарушение проходимости крупных артериальных или венозных стволов.
- * У больных в тяжелом состоянии отмечают тахипноэ > 40 уд./мин, выраженную обтурацию ВДП, затянувшийся приступ бронхиальной астмы (БА) либо начинающийся отек легких. О тяжелом состоянии свидетельствуют также неукротимая рвота, профузный понос, признаки распространенного перитонита, массивного продолжающегося желудочно-кишечного (рвота типа «кофейной гущи», мелена), маточного или носового кровотечения. Такие больные нуждаются в экстренной госпитализации; их лечение проводят, как правило, в палате интенсивной терапии.

Крайне тяжелое состояние больного

- * Крайне тяжелое состояние больного характеризуется настолько резким нарушением основных жизненно важных функций организма, что без экстренных и интенсивных лечебных мероприятий больной может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут. У таких больных сознание обычно резко угнетено, вплоть до комы, хотя в ряде случаев остается ясным. Положение чаще пассивное, иногда отмечаются двигательное возбуждение, общие судороги с вовлечением дыхательной мускулатуры.
- * Лицо мертвенно-бледное, с заостренными чертами, покрыто каплями холодного пота («маска Гиппократата»), пульс определяют только на сонных артериях; АД не определяется, тоны сердца едва выслушиваются. ЧСС достигает 60 уд./мин. При тотальном отеке легких дыхание становится клокочущим, изо рта выделяется пенная мокрота розового цвета, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные незвучные влажные хрипы. У больных, находящихся в астматическом статусе, дыхательные шумы над легкими не выслушиваются.

Критическое терминальное (предсмертное) состояние пациента

- * При терминальном состоянии больного наблюдают полное угасание сознания, мышцы расслаблены, рефлексы (в том числе корнеальный) исчезают. Роговица становится мутной, нижняя челюсть отвисает. В критическом состоянии у больного даже на сонных артериях пульс не прощупывается, АД не определяется, тоны сердца не выслушиваются, хотя при этом на ЭКГ еще регистрируется электрическая активность миокарда. У них отмечаются редкие периодические дыхательные движения по типу дыхания Биота.
- * Предсмертное состояние больного может длиться несколько минут или час. Появление на ЭКГ изоэлектрической линии или волн фибрилляции и прекращение дыхания свидетельствуют о наступлении клинической смерти. Непосредственно перед смертью у больного могут развиваться судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Продолжительность состояния клинической смерти составляет всего несколько минут, тем не менее, своевременно начатые реанимационные мероприятия могут вернуть человека к жизни.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ ИНСУЛЬТЕ

*

В первую очередь у больного инсультом оцениваются жизненно важные функции: степень нарушения сознания, состояние сердечнососудистой и дыхательной систем. Во вторую очередь определяют степень нарушения мозговых функций и оценивают высшую нервную деятельность.

* **Оценка степени нарушения сознания**

* В 1974 году нейротравматологами из шотландского города Глазго была предложена довольно простая шкала для оценки состояния пациентов с черепно-мозговыми травмами. Оценочные критерии настолько получились удачными, что впоследствии данная **шкала Глазго** стала использоваться и для оценки состояния пациентов с различными типами инсультов.

Шкала Глазго

- * **Шкала Глазго** оценивает состояние больного по трем признакам:
- **Открывание глаз:**
 - Произвольное - 4 балла
 - Как реакция на голос - 3 балла
 - Как реакция на боль - 2 балла
 - Реакции нет - 1 балл
- **Речевая реакция и характер словесных ответов:**
 - Больной ориентирован, быстрый и правильный ответ на заданный вопрос - 5 баллов
 - Больной дезориентирован, спутанная речь - 4 балла
 - Словесный бред, ответ по смыслу не соответствует вопросу - 3 балла
 - Нечленораздельные звуки в ответ на поставленный вопрос - 2 балла
 - Речь отсутствует - 1 балл
- **Двигательные реакции и активность:**
 - Выполнение движений по команде - 6 баллов
 - Целесообразное движение в ответ на болевое раздражение - 5 баллов
 - Отдергивание конечности в ответ на болевое раздражение - 4 балла
 - Патологическое сгибание конечности в ответ на боль - 3 балла
 - Патологическое разгибание конечности в ответ на боль - 2 балла
 - Нет реакции - 1 балл

* Все эти признаки оцениваются баллами (большой балл соответствует лучшему состоянию), после чего баллы суммируются, и по сумме баллов определяется уровень нарушения сознания. Чем больше сумма баллов, тем в более лучшем состоянии находится больной (меньше угнетено его сознание):

- 15 баллов - полностью **ясное сознание**;
- 14-13 баллов - **оглушение**;
- 12-9 баллов - **сопор**;
- 8-4 баллов - **кома** (сумма менее 8 баллов говорит о непосредственной угрозе жизни пациента);
- 3 балла - **смерть** головного мозга.

- * В России наряду со **шкалой Глазго** применяется **классификация сознания по Коновалову**:
 - **Ясное сознание.** Адекватное реагирование на окружающее, эквивалентное восприятие самого себя, полная сохранность всех функций с активным бодрствованием. При диагностировании: полная ориентировка, быстрое выполнение инструкций;
 - **Оглушение.** Снижение собственной активности, частичное выключение сознания с сохранностью словесного контакта, повышение порога восприятия всех внешних раздражителей. При диагностировании: частичная или полная дезориентировка в месте, времени и ситуации, сонливость, замедленное выполнение команд;
 - **Сопор.** Выключение сознания при отсутствии словесного контакта и сохранности координированных и защитных реакций на болевые раздражители. При диагностировании: выполнение словесных команд полностью отсутствует; координированные защитные движения на болевые раздражители;
 - **Кома.** Полное выключение сознания с тотальной утратой восприятия окружающей среды и самого себя с выраженными неврологическими и вегетативными нарушениями:
 - *Кома 1-й степени.* Нецеленаправленная реакция на болевой раздражитель; нескоординированные защитные движения;
 - *Кома 2-й степени.* Отсутствие защитных движений на болевой раздражитель.
 - *Кома 3-й степени* (запредельная кома). Дестабилизация дыхательной и сердечнососудистой систем.
- * При обширных поражениях головного мозга встречается состояние, называемое "**синдромом запертого человека**", когда параличом полностью поражена вся двигательная мускулатура, за исключением мышц глаз. При этом пострадавший при полной неподвижности сохраняет способность мигать и совершать глазами движения вверх-вниз.

Общемозговая неврологическая оценка

- * Общемозговая симптоматика говорит о масштабах поражений нервной ткани головного мозга:
 - нарушение сознания;
 - субъективное ощущение затуманенности сознания;
 - головная боль;
 - шум в голове;
 - головокружение;
 - заложенность в ушах;
 - боль в глазах;
 - тошнота и рвота;
 - высокая температура.
- * При разрыве сосуда кровь может достигнуть мозговых оболочек. В этом случае появляются признаки раздражения мозговых оболочек (менингеальный синдром):
 - головная боль;
 - тошнота и рвота;
 - напряжение мышц затылка;
 - симптом Кернинга (автоматическое сгибание ноги в коленном суставе при сгибании ноги в тазобедренном суставе);
 - симптом Брудзинского (при сгибании вперед головы лежащего на спине пациента, происходит сгибание его ног).

Очаговые симптомы

1. **Нарушение чувствительности.** Возникают ощущения без раздражителей (ползание мурашек, онемение, покалывание, чувство холода) на отдельных участках кожи лица и конечностей.
2. **Двигательные расстройства.** Проявляются в виде параличей конечностей или частей конечностей, мышц мимической мускулатуры лица, языка. При тщательном неврологическом обследовании могут быть обнаружены изменения сухожильных и кожных рефлексов, появление патологических рефлексов. При параличе возможны автоматические движения - зевание, плачь, кашель, зеркальные движения конечностей (когда парализованная конечность повторяет движения здоровой конечности).
3. **Зрительные расстройства.** Частичная или полная утрата зрения. При изучении нарушений зрения важно убедиться, что нет причин другого характера, влияющих на результат тестирования.

Очаговые симптомы

1. **Нарушение чувствительности.** Возникают ощущения без раздражителей (ползание мурашек, онемение, покалывание, чувство холода) на отдельных участках кожи лица и конечностей.
2. **Двигательные расстройства.** Проявляются в виде параличей конечностей или частей конечностей, мышц мимической мускулатуры лица, языка. При тщательном неврологическом обследовании могут быть обнаружены изменения сухожильных и кожных рефлексов, появление патологических рефлексов. При параличе возможны автоматические движения - зевание, плачь, кашель, зеркальные движения конечностей (когда парализованная конечность повторяет движения здоровой конечности).
3. **Зрительные расстройства.** Частичная или полная утрата зрения. При изучении нарушений зрения важно убедиться, что нет причин другого характера, влияющих на результат тестирования.

Нарушение высшей нервной деятельности

1. Снижение памяти, концентрации внимания.
2. Степень нарушения речевых функций (афазия).
3. Выполнение сложных движений при отсутствии чувствительности и координации движений.
4. Утрата способности узнавания знакомых предметов, запахов, цвета (зрительная агнозия, слуховая агнозия).
5. Нарушение последовательности сложных движений при сохранении составляющих их элементарных движений (типа, пописал, но забыл штаны снять).
6. Дезориентировка в собственном теле.

Симптоматика	Ишемический инсульт	Геморрагический инсульт	Субарахноидальное кровоизлияние
Начало	Замедленное	Быстрое — от нескольких часов	Мгновенное -1- 5 мин
Головная боль	Незначительная	Резкая, выраженная	Резкая, сильная
Тошнота или рвота	Не типична	Сопутствует	Сопутствует
Повышение АД	Очень характерно	Очень характерно	Нет
Состояние сознания	Кратковременная потеря	Длительная потеря сознания	Временная потеря (несколько минут)
Повышенное напряжение (ригидность) мышц затылка	Нет	Часто	Характерно
Парезы и парестезии	Развиваются часто, с самого начала заболевания	Развиваются часто, с самого начала заболевания	Развиваются редко и не характерны для начала заболевания
Расстройства речи	Часто	Часто	Редко
Примеси в ликворе при люмбальной пункции	Бесцветный	С примесями крови	Кровянистый
Кровоизлияние в глаз (сетчатку)	Отсутствует	Зачастую отсутствует	Встречается часто

Неотложная помощь при инсульте

- * Квалифицированная медицинская помощь при геморрагическом инсульте состоит из снижения артериального давления, ликвидации внутричерепного кровоизлияния. Бывают экстренные ситуации, когда требуется сделать вскрытие черепа и зашить пораженный, порванный сосуд. В противном случае возможен летальный исход.
- * Медицинская помощь при ишемическом инсульте заключается в понижении и стабилизации артериального давления, снятии спазма, устранении закупорки в кровеносных сосудах. Вспомогательные лекарственные препараты — ноотропы, никотиновая кислота.
- * Общие лечебные мероприятия также направлены на восстановление таких функций, как движение, речь, способность ориентироваться, соблюдать координацию движений и равновесие. Больной не должен нарушать постельный режим.

Первая помощь при инсульте в домашних условиях

- * Первое, что необходимо сделать при возникновении подозрений на инсульт — вызвать скорую помощь.
- * Алгоритм самостоятельных действий при оказании доврачебной помощи: 1. Обеспечить приток свежего воздуха. Необходимо ослабить галстук или воротник одежды, открыть окно, если это случилось в помещении.
- * 2. Пострадавшего укладывают на горизонтальную поверхность, приподнимая головной конец тела. Можно использовать снятую верхнюю одежду, подушки, сумки или любой другой мягкий валик. Если нет возможности уложить человека, то рекомендуется придать ему полусидячее положение.
- * 3. Если случилась рвота, необходимо очистить дыхательные пути от рвотных масс. При сильной жажде можно давать небольшое количество воды, но тщательно следить, чтобы больной не поперхнулся. Это может произойти из-за паралича мышц лица, шеи и гортани.
- * 4. В редких случаях начинаются судороги, но если это случилось — нужно уложить больного, повернуть голову набок. Необходимо постараться раскрыть челюсти и вложить что-то мягкое — салфетку, полотенце, рукав кофты. Это позволит предотвратить откусывание языка, отколов зубов и переломов челюсти.

Мягкая фиксация у больных в психозе

- * Фиксация больных по понятным причинам может быть необходимым мероприятием. Ведь она предотвращает травматизм и другие негативные последствия. Агрессивное, в том числе полностью не адекватное поведение, может быть устранено другими методами. Например, медикаментозным погружением в сон. Но постоянно сделать это не представляется возможным.

Виды фиксации

- * 4 главных способа фиксации:
 - фиксация в 3-4 точках (запястья и лодыжки);
 - пояс Поззи;
 - гериатрическое кресло;
 - пластмассовые наручники.

Фиксация пациента в четверых точках

- * Фиксация по четырем точкам – это, пожалуй, наиболее распространенный метод физического ограничения в психиатрической практике. Такую фиксацию в четырех точках применяют в тех крайних случаях. Например, если неуправляемое поведение пациента достигает опасных масштабов. Т.е. больной отказывается от дополнительного медикаментозного лечения. А изоляция временного характера ровно как убеждения словами либо не доступны, либо неэффективны.
- * Так, например, пациентов с саморазрушительным и(или) агрессивным поведением в острых фазах интоксикационного психоза (к примеру, при отравлении психоактивными веществами) чаще всего подвергают такой процедуре. Их фиксируют в течении такого времени, пока токсины и опасные метаболиты не будут нейтрализованы, выведены из организмов.
- * Фиксацию применяют в том числе при делирии, особенно на фоне алкогольного наркотического или иного абстинентного синдрома. Ведь при этом не исключены случаи, когда больного бывает необходимо без присмотра, хотя бы на короткое время.

Фиксирующий пояс

Пояс Поззи представляет собой широкий ремень из различного, но прочного материала. Это может быть кожа, холста или ткани. Пояс надевается на талию больного и закрепляют на кровати раме, у которой кроме того должны быть боковые загородки. Известен вариант крепления к креслу.

- * Пояс Поззи ограничивает свободное передвижению больного с деменцией или делирием по палате, если по психиатрическому или соматическому его состоянию требуется соблюдение постельного режима. Возможные осложнения, такие как, сдавливание живота, нарушения кровообращения, ссадины.
- * А также наиболее опасное для жизни — самопроизвольное удушение. Последнее характерно в том случае, когда больной старается вылезти из пояса. Данный фактор практическую ценность пояса Поззи существенно снижает.

Гериатрическое кресло

- * Гериатрическое кресло достаточно широко используют, в частности для пожилых больных с выраженной деменцией. Оборудование представляет собой кресло на широком и поэтому устойчивом основании, возможен вариант с колесами. Кресло имеет замыкающую доску, которая закрепляется у подлокотников.
- * Дезориентированного, спутанного, возбужденного, больного, благодаря усаживанию в гериатрическое кресло несколько ограничивают. Он перестает бродить по отделению или палате и утрачивает возможность мешать другим больным и наносить им вред. Кроме того он не может провоцировать ответные действия агрессивного характера.
- * В числе основных преимуществ данного вида фиксации следует отметить, что больной пребывает в довольно комфортном положении, со свободными руками. То есть у него сохраняется возможность самостоятельно кушать, пить, принимать лекарства, рисовать и писать. Кресло вполне безопасно, потому что его трудно перевернуть.
- * Еще одно преимущество — это потенциальная возможность постоянного контакта пациента в кресле с мед. персоналом и другими людьми, включая родственников.

Пластмассовые наручники

- * Пластмассовые наручники (США). Достаточно редкая форма фиксации, она оправдана, когда нужна, например, экстренная эвакуация из корпуса или палаты (пожар, пожарные учения и т.п.). В этих случаях панически возбужденным и (или) агрессивным и больным временно можно надеть пластмассовые наручники.
- * По большому счету они не отличаются от обычных металлических. Но более комфортные, так как изготовлены из менее травматической пластмассы и снабжены мягкими внутренними прокладками.