

## **Первая медицинская помощь пострадавшим с острыми психическими нарушениями**

Можно утверждать, что все люди, оказавшиеся в очаге катастрофы или стихийного бедствия, переживают травматический психический стресс и поэтому нуждаются в той или иной помощи врача-психиатра. Известно, что среди пострадавших получивших те или иные телесные повреждения (травмы), 10 - 15 % нуждаются в стационарном и более 50 % - в амбулаторном лечении у психиатров. Доказано, что острые психические нарушения, развивающиеся именно в те моменты, когда необходимо экстренно принимать решение и действовать для спасения жизни, дезорганизуют поведение пострадавших, тем самым увеличивая вероятность получения ими телесными повреждениями (особенно это относится к землетрясениям, крупным техногенным катастрофам). Острые нарушения сами по себе могут создавать чрезвычайные ситуации - такие, как массовые панические реакции, коллективные самоубийства и др. Одной из важнейших задач является оказание первой медицинской (психиатрической) помощи пострадавшим с острыми психическими нарушениями в ЧС.

Первая психиатрическая помощь, подобно другим видам первой медицинской помощи в ЧС, оказывается в очаге катастрофы или на его границе:

- в порядке само- и взаимопомощи в первые же часы катастрофы, населением или спасателями - парамедиками;
- в порядке доврачебной (фельдшерской) помощи по прибытию в район бедствия среднего медицинского персонала;
- в порядке первой врачебной помощи, на догоспитальном этапе и при эвакуации - в стационаре-изоляторе.

Первая психиатрическая помощь представляет собой комплекс мероприятий не по поддержанию функций органов жизнеобеспечения, а по предупреждению причинения пострадавшим вреда (ущерба) окружающим и самому себе и, таким образом, спасению жизни.

Необходимо отметить, что целевое обучение населения каждого конкретного региона с использованием средств массовой информации для подготовки людей к действиям в условиях, возможных в данном регионе катастроф и стихийных бедствий, преподавания в доступной форме основ психологии и психиатрии будет служить целям профилактики травматического психического стресса.

Существуют простые приемы восстановления самоконтроля в ЧС, например, при испуге рекомендуется сделать глубокий вдох и выдохнуть воздух сквозь плотно сжатые зубы (при этом слышится шипение). При растерянности рекомендуется задать себе громко вопрос: "Вася, это ты?" и так же громко ответить: "Да, это я!". Не рекомендуется с целью снятия страха прибегать к приему спиртного, поскольку даже незначительная передозировка существенно нарушит координация движений и способность

оценивать обстановку, что в условиях действий по спасению жизни может оказаться роковым. Не рекомендуется так же употреблять лекарство успокаивающего действия без назначения врача- психиатра из-за возможности побочного действия, подобного действию алкоголя.

Для оказания первой психиатрической помощи в порядке взаимопомощи, а так же в порядке доврачебной и врачебной помощи необходим навык распознавания и медицинской сортировки по признаку остроты и тяжести психического нарушения. Первая психиатрическая помощь должна оказываться при наличии у пострадавшего психоза. **Психоз** - психическое нарушение, при котором человек ведет себя неадекватно, поведение его не поддается коррекции, делает человека опасным для окружающих и для него самого.

В очаге катастрофы можно ожидать развития следующих форм явного острого психического нарушения поведения (психоза):

- *речедвигательное возбуждение* - поведение колеблется от безуспешных попыток овладеть ситуацией, беспорядочного, создающего хаос метания с неуместными выкриками, обрывками команд, до панического бегства; создается не только большая опасность для жизни пострадавшего, но и опасность, способствующая возникновению панических реакций;

- *растерянность* - бросается в глаза нелепая суетливость, утрата способности к целенаправленным действиям, неадекватность отдельных поступков, неуместная, иногда вызывающая протесты окружающих мимика, дурашливость, невыполнение элементарных и психологически оправданных распоряжений; создается большая опасность для жизни пострадавшего, он становится помехой при спасательных работах;

- *ступор* - пострадавший практически обездвижен, лежит с закрытыми глазами, бездеятелен даже в ситуации острой опасности, иногда имеет место "страусиная" реакция, проявляющаяся стремлением " замереть, спрятаться, сжаться в комок" (отмечается часто в поведении детей); создает опасность для жизни пострадавшего, его необходимо быстро эвакуировать;

- *депрессия* - обращает на себя внимание поведение, свидетельствующее о переживании горя и отчаяния; пострадавший полностью погружен в свое переживание, безучастен к окружающему, сидит в постоянной позе, иногда стереотипно раскачивается, обычно это происходит вблизи от места внезапной смерти родных и близких; создается вероятность попыток самоубийства, возникает опасность сопротивления при проведении спасательных работ;

- *галлюцинация и бред* - как правило поведение носит характер организованного, но не адекватного обстановке; пострадавшие "прислушиваются к чему то", "выполняют чьи - то команды", высказывают идеи преследования, воздействия или напротив, величия, могущества; обычно такие психические нарушения являются проявлением ранее имеющегося психического расстройства; создается очень большая опасность для окружающих и для жизни пострадавшего из-за непредсказуемости его

действий, эти пострадавшие подлежат немедленной эвакуации с сопровождением.

Все названные состояния могут внезапно, часто без видимых причин, сменятся "отчаянными" агрессивными действиями а адрес тех, кто оказывает помощь или просто оказался рядом.

Названные психические нарушения служат основанием для оказания первой психиатрической помощи по жизненным показаниям, так как делают пострадавших опасными для окружающих и самих себя, что является основанием для их изоляции и строгого наблюдения за ними.

Первая психиатрическая помощь может быть представлена как строго ограниченный набор действий, направленных на благополучную изоляцию и эвакуацию пострадавших, с острыми психическими нарушениями, с доставкой их в специализированные стационары, где они будут получать психиатрическую помощь. Названный набор включает:

- мероприятия по медицинской сортировке и эвакуации (транспортировка или сопровождение до стационара-изолятора, изоляция, эвакуация до специализированного стационара);
- иммобилизацию и строгое наблюдение в стационаре-изоляторе (фиксирование пострадавших ремнями без причинения вреда для транспортировки или сопровождения до стационара - изолятора);
- применение стандартного набора психофармакологических средств (шприц-тюбика из стандартной укладки) в целях успокоения пострадавшего.

Иммобилизация (фиксирование) пострадавшего специальными ремнями для его сопровождения или транспортировки должна осуществляться с соблюдением правила "не навреди". Разрешается фиксирование предплечий за спиной (при необходимости, так же ног), фиксирование пострадавшего к носилкам (койке) посредством специальных ремней (если их нет, широким полотном, свернутыми полотенцами или простынями) через грудь к спине или бокам носилок (койке). При фиксации необходимо следить за тем, чтобы не были повреждены или чрезмерно сильно сдавлены конечности. Необходимо постоянное наблюдение за общим состоянием пострадавшего. Категорически запрещается фиксирование к носилкам (койке) способом "хомут", когда ремень охватывает шею сзади, пропускается вперед под мышками и привязывается к спинке носилок (койке), так как при этом неминуемо сдавливаются плечевые сосудисто-нервные пучки и возможно развитие параличей рук. Следует иметь ввиду, что правильное и своевременное фиксирование (иммобилизация) пострадавшего при острых психических нарушениях - эффективное и простое средство спасения.

Применение психофармакологических средств из стандартных упаковок является преимущественным методом первой психиатрической помощи на догоспитальном этапе. Средством выбора является внутримышечное введение препарата из ряда транквилизаторов - бензодиазепинов -

"реланиум" в дозировке 2 - 4 мл (в ампуле и шприц - тубике содержится 2,0 мл). Внутривенно вводить этот препарат при первой психиатрической помощи не рекомендуется так как при этом может развиваться анафилактический шок. Препарат "феназепам" на догоспитальном этапе применять также не рекомендуется, так как его действие сопровождается резким падением артериального давления, что будет осложнять спасательные работы.

### **Нервные и психические болезни.**

Под влиянием различных причин - ушибов, сдавливания, отравлений (алкоголем, свинцом или другими ядами, при инфекционных заболеваниях - дифтерии, тифе и др.) - возникают заболевания периферических нервов. Поражение одного нерва называется мононеврит, нескольких нервов - полиневрит.

Повреждение или заболевание нервов проявляются болями, расстройствами чувствительности, параличами или порезами и похудением мышц. Периодические боли по ходу нерва без какого - либо серьезного расстройства движений или чувствительности называется невралгией. Наиболее часто встречаются следующие заболевания черепно-мозговых и периферических нервов.

*Неврит лицевого нерва.* Признаки: лицо скошено в здоровую сторону, глаз закрывается не полностью, не удается оскалить зубы, свиснуть или задуть пламя.

Лечение. Тепло на больную сторону лица, диатермия, светолечение. По назначению врача - внутрь дибазол, силицилаты. При зиянии глаза - защитная повязка.

*Невралгия тройничного нерва.* Признаки: резкие дергающие или жгучие боли в области лица, слезотечение, светобоязнь.

Лечение. По назначению врача жаропонижающие и потогонные средства (аспирин, пирамидон). Тепловые процедуры.

Профилактика. Избегать сквозняков, переохлаждения.

*Невралгия и неврит седалищного нерва.* При невралгии седалищного нерва (ишиас) боли распространяются по задней стороне нижней конечности. Если поражен не седалищный нерв, а образующие его спинно - мозговые корешки, такое заболевание называется радикулитом. Причины: простуда, острые инфекции (грипп, ангина и др.), раздражение нерва воспалительными процессами, заболевание позвоночника. Признаки: резкие боли при попытке поднять разогнутую ногу больного, лежащего на спине. При неврите седалищного нерва, кроме боли по ходу нерва, наблюдается похудание (атрофия) мышц голени, нарушается чувствительность кожи.

Лечение. Постельный режим, тепловые процедуры (грелки, горчичники, банки, светолечение и др.) по ходу нерва. По назначению врача - внутрь аспирин, пирамидон и другие лекарственные средства.

*Неврастения* - функциональное заболевание, возникающее на почве чрезмерного переутомления нервной системы, нервных потрясений,

неблагоприятных условий быта. Признаки: раздражительность, бессонница, головные боли, потливость, сердцебиение, дрожание пальцев рук.

Уход и лечение. Отдых, частое пребывание на свежем воздухе. По назначению врача - лекарственные успокаивающие средства.

Кроме неврастении, различают и другие неврозы: истерия, психостепию, невроз навязчивости, который возникает при перенапряжении нервной системы, чаще всего у лиц, неустойчивых в нервно - психическом отношении.

Патологические изменения характера называются психопатией. Люди, страдающие неврозом или психопатией, вменяемы и отвечают за свои поступки.

Душевные болезни характеризуются странностями поведения и неправильными поступками. Очень важно, как можно раньше выявить лиц со странностями поведения, чрезмерно возбудимых или необычайно тихих, уединяющихся, находящихся в подавленном состоянии, и немедленно докладывать о них врачу и командиру подразделения.

*Эпилепсия* (падучая болезнь) - заболевание, проявляющееся в приступах внезапной потери сознания и судорожного состояния. Причины: родовые травмы, нейроинфекции (сифилис, менингит, энцефалит), интоксикация (алкоголь), опухоль мозга. Признаки: припадки с потерей сознания, сопровождающиеся судорогами; больной падает (иногда с криком), мышцы лица и конечностей судорожно сокращаются, лицо постепенно становится синюшно - багровым, зрачки расширяются и не реагируют на свет, изо рта выделяется слюна, иногда непроизвольно выделяется моча и кал, припадок длится до трех минут, после чего наступает глубокий сон, при пробуждении больной ничего не помнит о припадке.

*Истерический припадок* возникает из - за различного рода душевных переживаний. Признаки: сознание сохранено, зрачки реагируют на свет, иногда бывают судороги.

Уход и лечение. Оградить больного от ушибов (подложить шинель, пальто, одеяло). Оставить в покое и не будить. При истерическом припадке удалите из помещения всех окружающих, громко сказать, чтобы больной это слышал, что припадок проходит и лечения не требуется.

Особого упоминания заслуживает тот факт, что оказание первой медицинской помощи при стихийных бедствиях, авариях и катастрофах является суровым испытанием для тех кто оказывает эту помощь. Общеизвестно, что в подобных ситуациях у всех пострадавших, даже не получивших телесных повреждений, возникают тяжелые психические травмы, влекущие за собой в течении большего или меньшего отрезка времени неустойчивость психической деятельности. Во время землетрясения в Армении и в первые сутки после него у 90% обследованных здоровых лиц отмечались острые психические нарушения в виде заторможенности, угнетенности, молчаливости, оцепенения, безотчетной тревоги и беспокойства, иногда равнодушия и безучастия к окружающему (так называемый ступор).

В то же время, воздействию психических стрессов, в сочетании с предельным физическим и физиологическим перенапряжением, подвергается и личный состав работающий в очаге поражения.

Все это свидетельствует о том, что оказание медицинской помощи в экстремальных условиях, представляет собой труд, характеризующийся чрезвычайно нервнопсихическим и физическим напряжением всего организма лиц, оказывающих помощь (не только медицинскую) в очаге катастрофы.

Очень важно в этих условиях сохранить хладнокровие и уверенность в себе, суметь подавить панику, неминуемо возникающую в местах массовых бедствий и являющуюся одной из главных причин гибели большого числа людей, оказавшихся в этой ситуации.