

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕР ФИЗИЧЕСКОГО СТЕСНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ржевская Н.К.¹, Руженков В.А.¹

¹ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия (308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85), e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

На основе литературных данных и результатов собственного исследования приводятся статистические данные о распространенности состояний психомоторного возбуждения в психиатрической и общемедицинской практике, требующих применения мер физического стеснения к пациентам для предотвращения самоповреждений, обеспечения условий для проведения лечебных манипуляций и избежания травмирования медицинского персонала. Установлено, что состояния психомоторного возбуждения, трактуемые врачами-реаниматологами как «делирий», встречаются в отделениях реанимации в 70–80% случаев, а в отделениях неврологии — в 10–25% случаев. При этом регламентирующая применение мер физического стеснения нормативная документация до настоящего времени не разработана, и медицинским работникам приходится основываться на «здравом смысле». Излагаются взгляды врачей-психиатров, неврологов, реаниматологов на этические и медицинские аспекты мер физического стеснения (при возникновении состояний психомоторного возбуждения у пациентов) и возможность применения вместо них медикаментозной седации. Обсуждается необходимость консультации врача-психиатра всех пациентов, к которым применяются меры физического стеснения при возникновении состояний психомоторного возбуждения в условиях соматической больницы.

Ключевые слова: острые психические расстройства, психомоторное возбуждение, меры физического стеснения, соматические заболевания, биомедицинская этика, деонтология, отделение реанимации и интенсивной терапии, неврологическое отделение

BIOETHICAL ASPECTS OF THE USE OF PHYSICAL RESTRAINT AT MEDICAL AID RENDERING

Rzhevskaya N.K.¹, Ruzhenkov V.A.¹

¹Belgorod National Research University, Belgorod, Russia (308015, Belgorod, street Pobedy, 85), e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

On the basis of literature and the results of our own research provides statistics on the prevalence of agitation in both psychiatric and somatic practice, requiring the use of physical restraint to prevent self-harm, providing conditions for holding medical manipulations and to avoid injury to medical staff. It was found that the agitation which reanimatologists treat as «delirium», meets in intensive care units in 70–80% of cases, and in the neurology units at 10–25% of cases. Normative documentation for the use of physical restraint is not approved, the medical staff has to be based on the «commonsense». We present the views of psychiatrists, neurologists, reanimatologists on ethical and medical aspects of the physical restraint at the agitated patients, and the possibility application pharmacological sedation instead of them. We discussed the need for inspection by psychiatrist for all patients, which are subject physical restraint during the agitation in the somatic hospitals.

Keywords: acute mental disorders, agitation, physical restraint, somatic diseases, biomedical ethics, deontology, intensive care unit, neurology unit

Деонтология (греч.: *deon* – «должное» и *logos* – «учение; наука о должном») – раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и вообще должного – всего того, что выражает требования нравственности в форме предписаний (Словарь по этике, 2010). Биоэтика понимается как продолжение и современная форма традиционной медицинской этики. Основное ее отличие от последней состоит в том, что в принятии значимых и жизненно важных решений участвуют как врач, так и пациент, соответственно бремя ответственности распределяется между обоими. Более того, во многих случаях в выработке

таких решений участвует и третья сторона [3]. Деонтологический и биоэтический подходы особенно важны в практике клинической психиатрии, в случаях, когда пациент в силу особенностей психического состояния отказывается от оказания ему помощи в добровольном порядке при решении вопроса о применении мер физического стеснения или реализации принудительных мер медицинского характера согласно определению суда. В соответствии с п. 2 ст. 30 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: «Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинских работников. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации». Таким образом, согласно Закону меры физического стеснения могут применяться к пациентам на этапе недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и в период пребывания в нем лица, страдающего психическим расстройством; психическое расстройство пациента должно соответствовать критерию «тяжелое» (ст. 29 Закона) и обуславливать его непосредственную опасность для себя или окружающих (п. а ст. 29 Закона); должно быть обеспечено постоянное наблюдение (контроль) медицинских работников.

В случае развития психомоторного возбуждения с риском физического насилия у пациента, проходящего стационарное лечение в добровольном порядке, рекомендуется произвести его удерживание с немедленным введением седативных лекарственных средств [4, 5].

В соматической клинике, в частности в отделении неврологии, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 06.07.2009 № 389н (ред. от 27.04.2011) «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 острыми нарушениями мозгового кровообращения» п. 8 предусмотрены «Наборы для мягкой фиксации конечностей». Однако регламент их применения, равно как и перечень состояний, при которых должны применяться указанные наборы, отсутствуют.

Меры физического стеснения также широко применяются в отделениях реанимации и интенсивной терапии. При этом деонтологические и этические проблемы анестезиологии и реаниматологии разработаны недостаточно. Анестезиолог-реаниматолог, в отличие от

врачей других специальностей, должен исходить из приоритета защиты не здоровья, а жизни больного, и уже на этом уровне трудно отделить этические регуляторы действий врача или медицинской сестры от правовых [8]. С точки зрения авторов, многие «ненадлежащие» действия анестезиолога-реаниматолога, не подпадая под понятие преступления, тем не менее неприемлемы с точки зрения этики. В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) пациент (в частности, ребенок) может стремиться удалить инородное тело (интубационную трубку, повязку, дренаж, зонд, электроды), изменить приданное ему положение тела (как правило, на антифункциональное). В таком случае персонал применяет фиксацию больного до полной невозможности его «неправильных» движений. Авторы отмечают, что такой вариант является агрессивным и подталкивает больного в сторону пассивного сопротивления, что неизбежно ухудшает прогноз, а для неподготовленного посетителя выглядит жестоким, что извращает понимание ситуации [8].

Пациенты, подвергающиеся фиксации, чаще всего обнаруживают кратковременные состояния широкого спектра психомоторного возбуждения. При этом реаниматологическая трактовка понятия, к примеру «делирий», является более широкой, чем психиатрическая, в результате получены данные, что делирий развивается у 60–80% реанимационных больных [2]. Синонимы термина «делирий» в реаниматологической практике достаточно обширны: «острая энцефалопатия», «острый мозговой синдром», «острая когнитивная недостаточность», «обратимая деменция», «экзогенный психоз», «острая церебральная недостаточность», «токсическая энцефалопатия», «метаболическая энцефалопатия», «септическая энцефалопатия», «алкогольный делирий», «реанимационный психоз» [2] и не отражают его истинную клиническую картину. Это входит в классификационные и терминологические противоречия с представлениями отечественной психиатрической школы, но реаниматологи используют его для своевременного выявления нарушенного сознания у пациентов [2]. С нашей точки зрения, в таких случаях целесообразна консультация врача-психиатра, поскольку феноменологически сходные клинические картины могут относиться к различным видам психических реакций (эндогенным, экзогенным, психогенным) и требовать дифференцированного подхода к терапии. То же самое касается и кардиологических отделений. В частности, при остром инфаркте миокарда психические расстройства регистрируются в 30–80% случаев [6, 7], в значительном числе случаев – психотического уровня. Установлено [1], что с возрастом увеличивается частота острых психозов: так, в возрасте 70–80 лет у лиц женского пола эта цифра составляет 8,1%, а в возрастной категории старше 80 лет – уже 23,4%. Показатель частоты развития острых психозов у мужчин изменяется в пределах 2,4–5,7%, постепенно повышаясь при переходе к старшей возрастной группе.

В своем обзоре [9], который мы частично цитируем, авторы указывают, что возбуждение или параноидные состояния, вызывающие необходимость применения седативных мер, являются частой проблемой в отделении интенсивной терапии, их распространенность составляет 15–40%. Прогнозируется дальнейший рост данной патологии у пожилых пациентов и пациентов с тяжелой патологией, требующих медицинского вмешательства. Последствия психомоторного возбуждения в отделении интенсивной терапии являются потенциально опасным для жизни в результате возможности самостоятельной экстубации, удаления катетеров и других инвазивных приспособлений.

«Меры физического стеснения в форме обертывания рук хлопковыми бинтами в виде боксерских перчаток, или нетугое привязывание рук к кровати так, чтобы туловище и ноги могли относительно свободно перемещаться, часто используются во многих европейских и североамериканских отделениях интенсивной терапии. Они вызывают критику в Великобритании, так как вызывают страдания пациентов, а также дискомфорт у ближайших родственников и медицинского персонала. Стоит отметить, что эти методы используются только под строгим наблюдением медицинского персонала в случаях ауто- и гетероагрессии пациента и неэффективной фармакологической седации.

Касаясь этических проблемы применения мер физического стеснения, авторы утверждают, что для решения выбора между физическим и фармакологическим ограничением следует проанализировать характер соответствующих методов, их содержание, последствия для пациентов и других лиц (родственников, медицинского персонала). Предполагается, что в основном состояние пациента не позволяет принять самостоятельное решение и осознать необходимость применения мер физического стеснения как составляющей полноценной медицинской помощи. Если пациент по своему состоянию может осознанно сделать этот выбор, то этических проблем не возникает, и пожелания пациента обязательно учитываются. Когда это решение о стеснении принимается лечащим врачом, то все равно на первом месте всегда стоят интересы пациента».

Фармакологическое купирование психомоторного возбуждения считается «гуманнее» и «более приемлемым» [9], а физическое стеснение выглядит жестоким и может вызвать стресс для пациента или родственников. Отношение ближайших родственников или широкой общественности к использованию физических ограничений пациентов в критических состояниях не было изучено. Таким образом, для удовлетворения законных требований интересов пациента необходимо проведение детального обсуждения с семьей, лицами, осуществляющими уход, близкими друзьями пациента, чтобы выяснить и проанализировать его внутренние убеждения и систему ценностей.

В Великобритании [10] меры физического стеснения могут применяться к лицам старше 16 лет, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения и представляющим опасность для себя или окружающих, в бредовых состояниях, страдающих слабоумием (т.е. психическими расстройствами, диагностика и лечение которых находятся в компетенции врача-психиатра). Физические ограничения не применяются в случаях, когда пациент критически относится к своему состоянию и сознательно отказывается от подобных мер, а также в случаях наличия физических травм у пациента, которые могут усугубиться применением физических ограничений.

Пациенты, к которым применяются меры физического стеснения, должны быть недееспособным по определению. Статья 6 Закона Mental Capacity Act (2005) о применении мер физического стеснения предусматривает использование ограничительных мер только при необходимости предотвращения возможного серьезного вреда жизни и здоровью. Использование ограничений должно основываться на принципах «использовать во благо» и «не навреди».

В рекламе фиксирующих ремней (для психиатрии, хирургии, неврологии и отделений интенсивной терапии и реанимации) указывается, что ремни для крепления кистей рук широкие и изготавливаются из мягких, но прочных материалов. Большинство ремней выполнены из корд-капроновой стропы с поролоновой прослойкой. Современные ремни обеспечивают безопасность больных, так как их поверхность очень мягкая, благодаря чему у пациента не травмируются связанные участки тела. Подобные ремни имеют внутренние поролоновые накладки, которые позволяют оставить в петле ремня небольшую слабину, но при этом у больного не будет возможности освободиться.

С целью верификации частоты и биоэтических аспектов применения мер физического стеснения при оказании помощи в отделениях неврологии и реанимации пациентам, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения, нами проведено в городах Белгород и Москва анонимное анкетирование 42 врачей (16 врачей-неврологов и 26 врачей-реаниматологов).

Большинство – 62,5% врачей-неврологов отметили, что состояния психомоторного возбуждения в их практике встречаются у 10% пациентов, остальные 37,5% наблюдали его более чем у 25%. При этом 75% считали необходимым применение мер физического стеснения для 50% пациентов с признаками психомоторного возбуждения, а 25% сообщили, что применение таких мер требуется подавляющему большинству данного контингента пациентов (70–100%).

Для фиксации пациента, находящегося в состоянии психомоторного возбуждения, в неврологическом отделении использовались подручные материалы, так как специальные

средства и приспособления, с точки зрения опрошенных, не предусмотрены. Фиксацию пациентов осуществлял непосредственно средний медицинский персонал. Записи в медицинской карте стационарного больного о факте применении к нему мер физического стеснения и их длительности делали эпизодически 68,8% врачей-неврологов, а 31,2% – всегда.

Большинство врачей-неврологов – 62,5% никогда не слышали о нормативных документах, регламентирующих применение мер физического стеснения при психомоторном возбуждении в соматической клинике, а 37,5% считали, что в данной ситуации нужно руководствоваться «здравым смыслом». При этом 87,5% врачей-неврологов убеждены, что в клинической практике можно избежать применения мер физического стеснения как способа оказания помощи при психомоторном возбуждении. В то же время 12,5% убеждены, что от применения фиксации возбужденных пациентов отказываться можно только в редких случаях. Также важность фиксации пациента, находящегося в состоянии психомоторного возбуждения, для оказания ему полноценной помощи 62,5% врачей-неврологов оценили в 8–10 баллов по 10-балльной шкале, а оставшиеся 37,5% – в 5–7 баллов.

Большинство – 75% врачей-неврологов отмечали у пациентов различные осложнения, вызванные применением мер физического стеснения, и только 25% их не фиксировали. Оценивая реакцию пациентов на факт применения к ним мер физического стеснения, 37,5% врачей-неврологов охарактеризовали ее как нейтральную, столько же – как негативную и 25% не спрашивали у пациентов об их отношении к фиксации.

Большинство – 65,4% врачей анестезиологов-реаниматологов отметили, что состояние психомоторного возбуждения в их практике встречалось у 40% пациентов, остальные 34,6% наблюдали его 50–80% случаев. При этом 61,4% врачей-реаниматологов сообщили, что применение мер физического стеснения требовалось подавляющему большинству данного контингента пациентов (более 70%), остальные 36,8% считали необходимым применение подобных мер менее чем у половины таких пациентов (20–40%).

Для фиксации пациента, находящегося в состоянии психомоторного возбуждения, в реанимационном отделении использовались специальные средства в виде ремней-фиксаторов. Фиксацию пациентов осуществлял непосредственно средний медицинский персонал, однако в редких случаях в реализации мер физического стеснения участвовали и сами врачи-реаниматологи. Записи в медицинской карте стационарного больного о факте применении к нему мер физического стеснения и их длительности 92,3% врачей анестезиологов-реаниматологов делали эпизодически, и только 7,7% осуществляли их всегда.

Более половины – 69,2% врачей-реаниматологов считали, что при использовании фиксации пациентов в состоянии психомоторного возбуждения необходимо руководствоваться «здравым смыслом» и «традициями специальности», оставшиеся 30,8% отметили, что никогда не слышали о нормативных документах, регламентирующих применение мер физического стеснения в соматическом стационаре. При этом 46,2% убеждены, что в клинической практике невозможно избежать применения мер физического стеснения. Остальные 53,8% отметили, что в редких случаях можно отказаться от применения фиксации возбужденных пациентов. В то же время важность фиксации пациента, находящегося в состоянии психомоторного возбуждения, для оказания ему полноценной помощи 69,2% врача анестезиолога-реаниматолога оценили в 9–10 баллов по 10-балльной шкале, а оставшиеся 30,8 % – в 7–8 баллов.

Большинство – 73,1% врачей-реаниматологов не отмечали у своих пациентов каких-либо осложнений, вызванных применением мер физического стеснения, и только 26,9% фиксировали различные негативные последствия. Оценивая реакцию пациентов на факт применения к ним мер физического стеснения 53,8% врачей-реаниматологов охарактеризовали ее как нейтральную, остальные 46,2% врачей не спрашивали у пациентов об их отношении к фиксации.

Поскольку ни действующим законодательством, ни инструкциями МЗ РФ меры физического стеснения в соматической клинике не регламентируются, то исходя из Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» при возникновении психотических расстройств в соматической клинике (в том числе в ОРИТ) необходимы консультация врача-психиатра и решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке (при наличии тяжелого психического расстройства, обуславливающего непосредственную опасность пациента для себя или окружающих) и применение мер физического стеснения. При этом не всегда возможно (в силу медицинских противопоказаний) назначение нейролептиков и транквилизаторов с целью купирования психотических расстройств. При возникновении алкогольного делирия фиксация может быть необходима в течение нескольких суток. Фактически, в таком случае врачей отделения реанимации должен консультировать врач-психиатр. То же касается и неврологического отделения, где наблюдаются пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения, деменцией.

Список литературы

1. Гринберг М.Л., Габинский Я.Л. Острые психозы в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5, № 7.— С. 50–55.
2. Делирий в реаниматологической практике. Обзор литературы / К.А. Попугаев, И.А. Савин, А.Ю. Лубнин и др. // Анестезиология и реаниматология. – 2012 г. – №4. – С. 19–28.
3. Игнатъев В.Н., Юдин Б.Г. Биоэтика // Новая философская энциклопедия. URL: <http://iph.ras.ru/elib/0414.html> (дата обращения: 10.03.2015).
4. Кузнецов В.Н. Неотложная помощь в психиатрии // Скорая и неотложная медицинская помощь / Под ред. И.С. Зозули, И.С. Чекмана. – К.: Здоров'я, 2002. – С. 514–532.
5. Садикова Н.Б. 10000 советов медсестре по уходу за больными. – М.: Современный литератор, 1999. – 832с.
6. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений) // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / Под ред. А.Б. Смулевича, А.Л. Сыркина. – М.: Либрис, 1994. – С. 12–19.
7. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и соавт. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 2. – С. 4–9.
8. Шмаков А. Н., Кохно В. Н. Этические и деонтологические аспекты анестезиологии и реаниматологии. – Новосибирск: Сибмедиздат, 2003. – 126 с.
9. Physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations / M. Nirmalan, P.M. Dark, P. Nightingale, J. Harris // British Journal of Anaesthesia. – 2004. – Vol. 92, № 6. – P.: 789–792.
10. Wilson S., Cochran D. Clinical Guidelines for the use of physical restraints in the Intensive Care and High Dependency Units. – 2008. – URL: <http://www.ggram.com/doc/nursing-home-restraint-guidelines.html> (дата обращения: 05.04.2015).

Рецензенты

Ретюнский К.Ю., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Екатеринбург;

Поддубный Н.В., д.ф.н., профессор кафедры социальной работы и психологии автономной некоммерческой организации высшего профессионального образования «Белгородский университет кооперации, экономики и права», г. Белгород.