

---

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

---

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский,  
А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина,  
А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов**

## **НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ**

**Учебно-методическое пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2015**

УДК 616.89-02-083

ББК 56.14

H52

**H52 Неотложные состояния в психиатрии:** учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.

**Авторы:**

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова д-р мед. наук, профессор **А. Г. Софронов**;

профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, д-р мед. наук **В. Э. Пашковский**;

доцент кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, канд. мед. наук **А. Е. Добровольская**;

заведующая соматопсихиатрическим отделением СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе **Е. Ю. Тявокина**;

профессор кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения ИЭФБ им. И. М. Сеченова РАН д-р мед. наук **А. Ю. Егоров**;

заведующий подстанцией СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» канд. мед. наук **В. В. Шепелевич**;

ассистент кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова **В. А. Некрасов**.

**Рецензент:**

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» канд. мед. наук, доцент **С. В. Гречаный**.

В учебно-методическом пособии дан обзор современных представлений о неотложных состояниях в психиатрии и оказании медицинской помощи при них.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов.

Утверждено  
в качестве учебно-методического пособия  
Ученым советом ГБОУ ВПО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
протокол № 6 от 26 июня 2015 г.

© Коллектив авторов, 2015  
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	5
ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....	7
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ .....	11
ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ .....	12
ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ .....	16
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЮТ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	18
ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (F00-F09).....	18
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (F10-F19).....	19
ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА (F20-F29).....	20
РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА) (F30-F39) .....	21
Маниакальные синдромы .....	21
Депрессивные синдромы .....	22
НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F40-F48).....	23
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации .....	23
Паническое расстройство .....	24

---

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ (F50-F59) .....	25
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ (F60-F69).....	25
УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (F70-F79).....	26
ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....	27
Агрессия.....	27
Аутоагрессия.....	29
Психомоторное возбуждение.....	33
Психомоторное возбуждение без психотических симптомов (психопатическое возбуждение).....	39
Ступор.....	41
Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами.....	44
Непсихотические реакции без нарушений витальных функций. Острая реакция на стресс.....	46
Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога) .....	47
Абстинентный синдром (синдром отмены) .....	49
Алкогольные психозы .....	52
Злокачественный нейролептический синдром.....	61
Серотониновый синдром .....	64
ЛИТЕРАТУРА .....	67
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ .....	68
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ .....	71

## ВВЕДЕНИЕ

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (класс V) (МКБ-10) под психическим расстройством подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не включаются в группу психических расстройств.

Психические расстройства подразделяются на психотические и непсихотические. Психотические расстройства характеризуются радикальным искажением реальности в сознании пациента, обусловленным глубокой депрессией, бредом, галлюцинациями и другими выраженными нарушениями психической деятельности. В структуре психотического расстройства могут наблюдаться тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности. Существенным признаком психоза является непонимание пациентом факта собственного психического расстройства, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию (анозогнозия).

Для непсихотических психических расстройств характерно сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажения общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны и здесь, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом.

К психическим расстройствам, требующим оказания скорой медицинской помощи, относятся все расстройства, независимо от их нозологической принадлежности, сопровождающиеся выра-

женными нарушениями психических функций. При этом уровень нарушений может быть психотическим или непсихотическим, а в клинической картине могут присутствовать угрожающие жизни физические симптомы (состояния с нарушением витальных функций). Скорая медицинская помощь может понадобиться при осложнениях (нежелательных явлениях) плановой психофармакотерапии (злокачественный нейролептический синдром, серотониновый синдром).

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Независимо от нозологической принадлежности психических расстройств, выделяют следующие состояния, требующие оказания скорой 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.).

**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. Выделяют психомоторное возбуждение без дополнительных симптомов и с дополнительными (преимущественно психотическими: бредовыми, галлюцинаторными, депрессивными и смешанными) симптомами.

**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.

**Непсихотические реакции без нарушения витальных функций** — состояния, проявляющиеся острыми переживаниями (реакциями). Характерными проявлениями являются тревога, сниженное настроение, возбуждение или заторможенность, нарушения продуктивности мышления. Возникают в психотравмирующих ситуациях (реакция на стресс) и в своем развитии не достигают уровня психоза. На

фоне личностных расстройств, органических заболеваний головного мозга, а также при депрессии, эти реакции могут быть очень выраженными, неадекватными ситуациями, могут спровоцировать агрессию, аутоагрессию, суицидальное поведение.

**Непсихотические реакции с нарушениями витальных функций** — острые реакции на стресс или патологические личностные реакции, наблюдающиеся на фоне острой соматической патологии. В одних случаях эти реакции возникают одновременно с острой соматической патологией, например при получении травмы в чрезвычайной ситуации, в других — могут провоцировать развитие опасных для жизни состояний (коронарный синдром, нарушение мозгового кровообращения и т. п.), и ухудшать их течение. Нарушения пищевого поведения, проявляющиеся резким ограничением приема пищи, злоупотреблением диуретическими и слабительными средствами могут приводить к развитию опасных для жизни состояний (метаболические расстройства, тяжелая кахексия).

**Психотические состояния без нарушения витальных функций** — состояния, проявляющиеся грубыми нарушениями психической деятельности, вызванными неадекватными переживаниями, имеющими в своей основе аффективные, бредовые и галлюцинаторные синдромы, синдромы помрачения сознания, деменцию, а также их сочетания. Наиболее часто встречаются следующие состояния:

**а) делирий** — синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями, сопровождающиеся образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и во времени. Галлюцинации преимущественно носят характер сценopodobных, подвижных, множественных, часто угрожающего содержания;

**б) галлюциноз** — состояние, обусловленное наплывом галлюцинаций преимущественно какого-либо одного вида. Протекает при ясном сознании и сопровождается аффектом тревоги и страха;

**в) 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 узнает, считает их подставными, замаскированными под близких ему людей. Больному кажется, что ведется «непонятная игра». Отмечается бред инсценировки,



особого значения, преследования. На фоне экспансивного аффекта развивается бред величия, мессианства;

**г) диссоциативные и конверсионные расстройства** — состояния, возникающие у истерических, астенических и нарциссических личностей, связанные с травматическими событиями, внутриличностными конфликтами или нарушенными взаимоотношениями. Конверсия означает замещение тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенные припадки). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, диссоциативный ступор).

Психотические состояния наряду с симптомами помрачения сознания, бредом и галлюцинациями могут проявляться агрессией, аутоагрессией, суицидальным поведением, психомоторным возбуждением, ступором.

**Психотические состояния с нарушением витальных функций** — психотические состояния, наблюдаемые у больного одновременно с тяжелой соматической патологией. В одних случаях эти состояния могут быть реакцией психики на острую соматическую патологию, например, делирий или аменция при черепно-мозговой травме или интоксикации. В других случаях острая соматическая патология может манифестировать на фоне имеющихся острых или хронических психических расстройств. Наиболее часто встречаются следующие состояния:

**а) мусситирующий делирий** — синдром помрачения сознания, при котором наблюдается дезориентировка в месте и времени, галлюциноз, двигательное беспокойство в форме простых, стереотипно повторяемых движений в пределах постели (потирание руками, стряхивание мнимых предметов с одежды или постели, натягивание одеяла и т. п.). Речь тихая, невнятная, часто состоит из повторяющихся отдельных звуков, слогов, междометий (бормотание). Отсутствует реакция на внешние раздражители. Признаком утяжеления состояния, и, соответственно, ухудшения прогноза, служит развитие аменции, сопора и комы. При выздоровлении, как правило, отмечается выпадение памяти на события и переживания, имевшие место незадолго до начала расстройства и в период острых и подострых его проявлений (ретро- и антероградная амнезия);

**б) аментивное состояние** — синдром помрачения сознания, состояние острой спутанности, в основе которого лежит дезинтеграция и выпадение функций сознания. Основные признаки: полная дезориентировка в месте, времени и собственной личности, бессвязность (инкогерентность) мышления, проявляющаяся в неспособности к анализу, синтезу, обобщению, абстракции, осмыслению ситуации в целом, астеническая речевая спутанность, амнезия периода нарушения сознания. К дополнительным симптомам относят: расстройства восприятия (нестойкие иллюзии, галлюцинации, сенестопатии, психосенсорные расстройства), расстройства мышления (фрагментарные бредовые интерпретации, параноидные включения), аффективные расстройства (растерянность, страх, тревога, эмоциональная лабильность). При некоторых заболеваниях может быть повышенное (эйфорическое) настроение. Развивается чаще всего вследствие тяжелых и длительных, истощающих организм соматических заболеваний.

**Синдром отмены (абстинентный синдром)** — комплекс психических и соматовегетативных симптомов (например, мышечные боли, недомогание, тошнота, рвота, тремор, потливость и т. д.) различного сочетания и различной тяжести, возникающих при прекращении или уменьшении употребления психоактивного вещества, которое принималось многократно, обычно в течение длительного времени и/или в больших дозах. Синдром отмены является одним из обязательных проявлений синдрома зависимости. Может осложняться делирием и другими психотическими состояниями.

Перечисленные выше состояния являются симптомами или синдромами многих психических расстройств, при этом их наличие в клинической картине, как правило, носит необязательный (факультативный) характер. Они, хотя и имеют различное происхождение, структуру, клиническое и прогностическое значение, тесно взаимосвязаны. Так, делирий при алкоголизме развивается по мере утяжеления синдрома отмены и в частных случаях, наряду с другими симптомами, может проявляться агрессией, аутоагрессией, суицидальным поведением, психомоторным возбуждением и т. д. Эти состояния являются факультативными симптомами делирия, так как не всегда встречаются в клинической картине. При этом из-за тяжести других проявлений делирия, показания для скорой медицинской помощи сохраняются. Утяжеление психического или физического состояния может сопровождаться появлением новых симптомов,

например, в случае непсихотических реакций (см. выше). Важной особенностью психических расстройств является то, что они опасны не только для жизни больного, но и для окружающих. Психически больные могут дезорганизовать работу различных, в том числе медицинских, учреждений, затруднив оказание медицинской помощи другим пациентам, особенно при массовом поступлении пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

## ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

Оказание скорой психиатрической помощи регламентируется Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее — Закон) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 1998 г. № 108 «О скорой психиатрической помощи» (далее — Приказ). Согласно этим нормативно-правовым актам, определение наличия или отсутствия у лица психического расстройства, а также установление диагноза психического заболевания (по правилам, изложенным в комментарии к части 1 ст. 10 Закона) является компетенцией врача-психиатра. Врачи других специальностей, встречаясь со случаями, вызывающими подозрение на наличие психического расстройства, свои диагностические заключения об этом могут выносить предположительно, например: «Острое психическое расстройство?». В дальнейшем необходима консультация врача-психиатра.

Психиатрическое освидетельствование и госпитализация (медицинская эвакуация), могут быть добровольными, или недобровольными, когда пациент освидетельствуется и доставляется в стационар вопреки его желанию. Закон (ст. 23, п. 4) предусматривает, что недобровольное освидетельствование осуществляется в случае, если по имеющимся данным обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать; а недобровольная госпитализация — в случае, если у него врачом-психиатром установлено тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При одинаковых критериях недобровольного освидетельствования и госпитализации имеются различия в юридической процедуре. Решение о недобровольной госпитализации принимает врач-психиатр при соответствии состояния больного пунктам «а», «б» или «в», а решение о недобровольном освидетельствовании врач принимает только в случаях соответствия состояния критерию «а». В случаях, соответствующих только критериям «б» и «в», на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Скорая и неотложная психиатрическая помощь оказывается пациентам, которые нередко страдают тяжелыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность для себя и/или для окружающих. При этом такие меры, как газовые баллончики, наручники не применяются. Необходимо строгое выполнение ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому больному, окружающим его лицам и медицинскому персоналу. Данные правила регламентируются указанным выше приказом для бригад скорой психиатрической помощи. Оказание помощи пациентам с высоким риском агрессивного или аутоагрессивного поведения возможно только специализированными бригадами скорой психиатрической помощи.

1. Получив информацию о наличии психического расстройства, необходимо получить сведения о больном, совершившем опасные поступки или высказывающем угрозы, при вызове психиатрической бригады необходимо сообщить о высоком риске агрессии (аутоагрессии), описав подробности поведения больного. В соответствии со степенью опасности, особенно в случаях, когда больной вооружен, забаррикадировался, владеет приемами борьбы, рукопашного боя, врач перед выездом передает вызов сотрудникам полиции.

---

2. Медицинскому персоналу психиатрической бригады, прибывшему по месту вызова, необходимо помнить, что поведение больного в условиях оказания психиатрической помощи под влиянием психопатологических расстройств может внезапно меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность, как для больного, так и для окружающих.

3. При осмотре больного поведение членов бригады должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа с больным должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме.

4. Принимаемые персоналом и окружающими по указанию врача меры, определяемые конкретной обстановкой и особенностями состояния больного, должны выполняться быстро, согласованно и точно.

5. Распоряжения врача, имеющие отношение к больному, не всегда могут делаться открыто, иногда они даются в условной форме, негромким голосом, по ходу беседы. В связи с этим медицинскому персоналу необходимо быть постоянно внимательным, не отвлекаться, следить за ходом беседы врача, незамедлительно выполняя указания.

6. В случае если больной возбужден, напряжен, подозрителен, фельдшеры (фельдшер, санитар) бригады занимают места в непосредственной близости к больному таким образом, чтобы предупредить возможный опасный поступок или побег. Необходимо внимательно следить за поведением больного (направлением взгляда, движениями рук, мимикой и др.). Режущие, тяжелые предметы, сосуды с неизвестной жидкостью удаляются на безопасное расстояние.

7. Осмотр психически больных в учреждениях, на производстве осуществляется по возможности в отдельном помещении, в отсутствии сотрудников, без излишней огласки (необходимо принять меры, чтобы избежать ситуации, которая, по мнению пациента, может его компрометировать в глазах окружающих), а также вдали от работающих агрегатов.

8. Осмотр больного на предмет обнаружения и изъятия спрятанного им оружия, опасных предметов, медикаментов, а также документов производится по указанию врача (обычно перед транспортировкой).

9. Если больной заперся в помещении, забаррикадировался, следует выяснить у окружающих физические возможности укрывающе-

гося, имеет ли пациент оружие, куда выходят окна, и др. В необходимых случаях врач принимает решение о вызове сотрудников полиции, пожарных или спасательных служб.

10. До применения мер удержания (физического стеснения, иммобилизации), если они необходимы, вначале целесообразно попытаться уговорить больного, используя помощь окружающих, особенно лиц, пользующихся его доверием. В отдельных случаях в связи с особенностями состояния больного иммобилизацию его необходимо провести немедленно.

11. Когда больной возбужден, склонен к агрессии, чтобы избежать прямого удара (особенно ногой) всегда стараться находиться сбоку или несколько сзади от него. Если необходимость заставляет быть впереди больного, рекомендуется повернуться к нему несколько боком, выставив ногу вперед, смягчая тем самым возможный удар.

12. Для сопровождения возбужденного и агрессивного, оказывающего сопротивление пациента используют следующие приемы:

- а) находясь сбоку от больного, каждый из работников бригады охватывает его корпус руками, удерживая запястья его рук;
- б) подойдя сбоку или сзади, быстро и энергично берут его руки крест-накрест за спину (стоящий слева берет правую руку пациента, справа — левую). Препровождая пациента, идут сбоку от него, а не сзади (опасность удара ногой);
- в) лежащего больного стараются повернуть на живот, фиксируя руки за спиной. Запрещается применение любых грубых мер физического воздействия;
- г) если больной обороняется холодным оружием, палкой и др., приближаться к нему следует нескольким сотрудникам с разных сторон, держа перед собой какой-либо предмет (одеяло, пальто, матрац, стул и др.).

13. Маршруты пешеходного сопровождения больного не должны быть большими (по переходам корпусов больниц, учреждений и т. п.).

14. При посадке больного в транспорт следует проявлять осторожность в связи с возможностью травматизации. Во время транспортировки постоянно нужно контролировать поведение больного. Беседа (при возможности установления контакта) не должна затрагивать его болезненных переживаний, она должна быть отвлекающей и успокаивающей.

---

При транспортировке в ночное время, если это определяется состоянием больного (делирий и др.), необходимо включить освещение в салоне автомобиля. Следует помнить, что при высадке из автомобиля непосредственно перед приемным отделением психиатрического стационара больные могут предпринять попытку к бегству, проявить в связи с этим агрессию.

15. Автотранспорт должен располагаться на возможно более близком расстоянии к входу в помещение, удобном для быстрой посадки или высадки больного. Состояние автотранспорта должно соответствовать техническим и санитарно-гигиеническим требованиям (исправное отопление, отсутствие посторонних предметов, каких-либо плакатов, загазованности, не следует включать музыку и др.).

16. Транспортировать в автомобиле можно не более одного больного в состоянии возбуждения.

17. По прибытии следует сообщить персоналу приемного отделения об особенностях состояния больного, представляющего опасность. В необходимых случаях оказать помощь персоналу приемного отделения.

18. Одежда сотрудников психиатрической бригады не должна препятствовать движениям, в карманах не должно быть твердых предметов, которые могут явиться причиной травмы при иммобилизации больного.

19. Примененные меры по удержанию больного, его иммобилизации должны быть отражены врачом в направлении на госпитализацию (характер, длительность применения).

Применение мер физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, регламентируется ст. 30 ч. 2 Закона. Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре являются крайними мерами. 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. Мерами физического стеснения

и изоляции являются исключающие, нанесение переломов и увечий, формы сдерживания больного персоналом или фиксации больного с помощью широких эластичных полос материи, ремней (специальные кровати, с ремнями, специальные манжеты и др.), изоляция в отдельной палате и т. п. Такие меры осуществляются исключительно при постоянном контроле медицинского персонала.

### **ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

При оказании скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе лицам, страдающим психическими расстройствами, нередко возникает необходимость в проведении медикаментозной терапии. Проведение лечебных мероприятий показано как в случаях принятия врачом-психиатром решения о госпитализации пациента, так и не сопровождающихся госпитализацией.

1. В первом случае назначение лекарственных средств показано, прежде всего, для купирования или уменьшения выраженности психомоторного возбуждения. В зависимости от особенностей клинической картины и причины, вызвавшей возбуждение, применяются нейролептики седативного (хлорпромазин, левомепромазин), антибредового и антигаллюцинаторного действия (галоперидол), транквилизаторы (феназепам, диазепам).

2. Применение психотропных средств, для уменьшения аффективной напряженности, смягчения тревоги и страха, способствует большей безопасности при транспортировке пациента и приводит к уменьшению использования мер удерживания, фиксации, иммобилизации возбужденного больного в соответствии с Законом о психиатрической помощи.

3. Купирование или уменьшение психомоторного возбуждения с помощью лекарственных средств особенно показано в тех случаях, когда транспортировка больного занимает значительное время. На этом этапе, при наличии показаний, необходимо проводить лечебные мероприятия, направленные на коррекцию сопутствующих расстройств (судорожных припадков, явлений отека мозга, расстройств гемодинамики и др.).



4. При критических состояниях, наряду с применением психотропных средств, необходимо проведение комплекса терапевтических мероприятий, направленных на коррекцию и стабилизацию жизненно важных функций организма: восстановление объема циркуляции крови, коррекцию дыхательных и метаболических нарушений, коррекцию нарушений микроциркуляции и гемокоагуляции, предупреждение сердечно-сосудистой недостаточности, восстановление функции почек и др. В связи с нарушением микроциркуляции, все препараты следует вводить внутривенно. При психомоторном возбуждении предпочтение следует отдавать транквилизаторам.

После оказания необходимой помощи на догоспитальном этапе, дальнейшую терапию таким пациентам целесообразно проводить в отделениях интенсивной терапии и реанимации.

5. В случаях проведения лечебных мероприятий, не сопровождающихся госпитализацией пациента, речь идет о лицах с широким кругом состояний, в том числе не представляющих собой тяжелого психического расстройства, однако нуждающихся в неотложной помощи, которая может быть оказана во внебольничных условиях. Сюда относятся, в частности, расстройства непсихотического уровня (неврозы, психогенные реакции, декомпенсации при психопатиях), некоторые случаи транзиторных и рудиментарных экзогенно-органических психических нарушений (транзиторные психические расстройства сосудистого, интоксикационного генеза, часть аффективных, психопатоподобных состояний при хронических психических заболеваниях, побочные эффекты психотропных средств, назначаемых пациентам в психоневрологических диспансерах).

6. Дозы лекарственных препаратов, а также объем терапии изменяются в зависимости от выраженности психических расстройств, возраста, соматического состояния пациента, времени транспортировки до стационара и других факторов. Применение высших разовых доз психотропных средств допустимо у соматически здорового пациента. Если психические расстройства возникли на фоне глубоких метаболических расстройств (интоксикации, тяжелые соматические состояния, инфекции и пр.), следует применять минимальные дозы или отказаться от введения сильнодействующих психотропных препаратов. В этих случаях наиболее безопасным и эффективным является парентеральное введение транквилизаторов.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЮТ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

<b>Код по МКБ-10</b>	<b>Нозологические формы</b>
F00-F09	Органические, включая симптоматические, психические расстройства
F10-F19	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ
F20-F29	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
F30-F39	Расстройства настроения (аффективные расстройства)
F40-F48	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
F50-F55	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
F60-F69	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
F70-F79	Умственная отсталость

### **ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (F00-F09)**

Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов, а именно причиной этих расстройств явились болезни головного мозга, травма головного мозга или инсульт, ведущие к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами). Органические, включая симптоматические психические расстройства, возникают в связи:

- с травмой головного мозга;
- с сосудистым заболеванием;
- с эпилепсией;

- с опухолью головного мозга;
- с ВИЧ-инфекцией;
- с нейросифилисом;
- с другой вирусной или бактериальной нейроинфекцией;
- с другими заболеваниями;
- со смешанными заболеваниями;
- с неуточненными заболеваниями.

**Неотложные состояния при органических (в том числе симптоматических) психических расстройствах:**

- агрессия;
- аутоагрессия;
- психомоторное возбуждение без психотических симптомов;
- психомоторное возбуждение с психотическими симптомами (галлюцинаторно-бредовое, маниакальное, депрессивное, кататоническое, аментивное);
- ступор (депрессивный, кататонический);
- психотические состояния без нарушения витальных функций (делирий, галлюцинозы, бредовые расстройства);
- психотические состояния с нарушением витальных функций (мусситирующий делирий, аменция).

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (F10-F19)**

Этот блок содержит широкий спектр различных по тяжести и клиническим проявлениям расстройств, развитие которых всегда связано с употреблением одного или более психоактивных веществ (ПАВ), предписанных или не предписанных по медицинским показаниям. Идентификация психоактивного вещества должна основываться на возможно большем числе источников информации. К ним относятся данные, сообщенные самим индивидом, результаты исследования крови и других биологических жидкостей, характерные соматические и психологические признаки, клинические и поведенческие симптомы, а также другие очевидные данные, такие, как вещество, находящееся в распоряжении пациента, или информация от третьих лиц.

**Неотложные состояния при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ:**

- агрессия;
- аутоагрессия;
- психомоторное возбуждение без психотических симптомов;
- психомоторное возбуждение с психотическими симптомами;
- синдромы отмены алкоголя, опиоидов или других ПАВ;
- психотические состояния без нарушения витальных функций (алкогольный делирий и др., металкобольные психозы, интоксикационные психозы в результате употребления ПАВ и др.);
- психотические состояния с нарушением витальных функций (мусситирующий делирий и др.)

**ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА (F20-F29)**

*Шизофренические расстройства* обычно характеризуются существенными и характерными искажениями мышления и восприятия, а также аффективными нарушениями. Ясное сознание и интеллектуальные способности обычно сохраняются, хотя с течением времени может иметь место определенное снижение познавательных способностей. Диагноз шизофрении устанавливается, если на протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться все или несколько признаков:

- ощущение отражения мыслей (эхо), вкладывания чужой или похищения собственной мысли, передачи мысли на расстояние;
- бредовое восприятие и бред контроля извне;
- слуховые галлюцинации, комментирующие или обсуждающие больного в третьем лице;
- беспорядочность мысли и симптомы негативизма.

Течение шизофренических расстройств может быть продолжительным или эпизодическим с прогрессированием или стабильностью нарушений; это может быть один или несколько эпизодов болезни с полной или неполной ремиссией. При наличии выраженной депрессивной или маниакальной симптоматики диагноз шизофрении не следует ставить до тех пор, пока не будет ясно, что шизофре-

ническая симптоматика предшествовала аффективным нарушениям. Не следует диагностировать шизофрению и при наличии очевидной болезни мозга, а также в течение наркотической интоксикации или абстиненции.

*Острые и преходящие психотические расстройства.* Характеризуются острым развитием бреда, галлюцинаций, бессвязной и разорванной речи, выступающих изолированно или в любой комбинации. Промежуток времени между появлением любого психотического симптома и развитием полной клинической картины расстройства не превышает двух недель.

**Шизоаффективное расстройство.** Эпизодические расстройства, при которых одинаково ярко проявляется шизофреническая и аффективная симптоматика, на основании которой невозможно поставить диагноз только шизофрении либо только депрессивного или маниакального эпизода.

**Неотложные состояния при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах:**

- агрессия;
- аутоагрессия;
- психомоторное возбуждение без психотических симптомов;
- психомоторное возбуждение с психотическими симптомами;
- ступор;
- психотические состояния без нарушения витальных функций;
- психотические состояния с нарушением витальных функций.

## **РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА) (F30-F39)**

Этот блок включает в себя расстройства, при которых основным нарушением является изменение эмоций и настроения в сторону патологического снижения или повышения настроения. Изменения настроения обычно сопровождаются изменениями общего уровня активности. Большинство других симптомов являются вторичными.

### **Маниакальные синдромы**

*Гипомания.* Состояние, характеризующееся устойчивым подъемом настроения, повышенной энергичностью, активностью и

ощущением благополучия. Отмечается повышенная сексуальность и сниженная потребность во сне. Гипомания обычно не приводит к социальной декомпенсации, не сопровождаются галлюцинациями или бредом и зачастую такие пациенты остаются вне поля зрения психиатров.

*Мания без психотических симптомов.* Настроение приподнято вне связи с реальными обстоятельствами жизни больного и может варьироваться от беззаботной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Наблюдается ускорение темпа психических процессов, сверхактивность, при этом деятельность непродуктивна. Больные подвижны, многоречивы, отвлекаемы, сексуально расторможены. В некоторых случаях наблюдается раздражительность, конфликтность, агрессивное поведение (гневливая мания).

*Мания с психотическими симптомами.* В дополнение к описанным маниакальным симптомам отмечается бред (идеи богатства, величия), реже галлюцинации.

Выделяют манию с соответствующими настроению (конгруэнтными аффекту) психотическими симптомами и несоответствующими настроению (неконгруэнтными аффекту) психотическими симптомами. Примером последних может служить развитие бредовых идей преследования у маниакального больного.

### **Депрессивные синдромы**

К депрессивным синдромам относятся состояния, включающие обязательный симптом — снижение настроения от легкой печали, грусти до глубокой подавленности и факультативные симптомы — снижение психической активности, двигательные расстройства, соматические нарушения (нарушение ритма сердечной деятельности, похудание, запоры, снижение аппетита и т. п.). Классическая депрессия характеризуется тягостным аффектом в виде мучительной тоски, тревоги с ощущениями пустоты и подавленности. Побуждения снижены, мышление — замедленное по темпу, непродуктивное. Тоска ощущается как тяжесть на сердце и в груди. В тяжелых случаях наступает полная безучастность и обездвиженность (депрессивный ступор) или беспокойство, проявляющееся невозможностью оставаться на одном месте или суетливостью (ажитированная депрессия). При углублении меланхолического состояния, возникают бредовые идеи вины, неизвестной или неизлечимой болезни (ипохондрические),

обнищания и разорения, нигилистические (бред Котара). К соматическим симптомам относятся учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам (триада Протопопова), нарушения сна (ранние пробуждения), ухудшение самочувствия по утрам, заметное снижение аппетита, снижение веса, снижение либидо, у женщин — нарушение менструального цикла.

*Психогенные депрессии* клинически сходны с депрессией эндогенной, развиваются на фоне психотравмирующей ситуации. Содержание переживаний определяется психотравмирующими обстоятельствами. Тоскливое настроение усиливается к вечеру и при оживлении воспоминаний о несчастье.

Все виды депрессий, как психотические, так и непсихотические отличаются повышенным суицидальным риском.

**Неотложные состояния при расстройствах настроения (аффективных расстройствах):**

- агрессия;
- аутоагрессия;
- психомоторное возбуждение без психотических симптомов;
- психомоторное возбуждение с психотическими симптомами;
- ступор;
- непсихотические реакции без нарушения витальных функций;
- психотические состояния без нарушения витальных функций.

## **НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F40-F48)**

### **Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации**

Расстройства, возникшие вследствие чрезвычайно интенсивного или нетяжелого, но затяжного стресса. Стрессовые события или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным или преобладающим причинным фактором и расстройство не могло бы возникнуть без их влияния.

*Острая реакция на стресс.* Преходящее расстройство, которое развивается у человека в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. В рас-

пространенности и тяжести стрессовых реакций имеют значение индивидуальная ранимость и способность владеть собой. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние «ошеломления», с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного ступора) или ажитацией и сверхактивностью (реакция «полета» или фуги). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов и исчезает через 2–3 дня (часто через несколько часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия на стрессовое событие.

### **Паническое расстройство**

Паническое расстройство проявляется приступами (пароксизмами) выраженной тревоги — паническими атаками. Панические атаки сопровождаются тахикардией, потливостью, головокружением, одышкой тремором, переживанием страхов различного содержания (чаще всего страх смерти). В тяжелых случаях наблюдается потеря чувства реальности окружающего мира (дереализация) и дезорганизация поведения. Панические атаки в частных случаях провоцирует развитие острой сердечно-сосудистой патологии, способствуя в дальнейшем ее более тяжелому течению. Паническое расстройство приводит к появлению стойких опасений относительно привычного образа жизни, и тем самым ограничивает социальное функционирование человека.

#### **Неотложные состояния при реакциях на тяжелый стресс и нарушениях адаптации (F43):**

- агрессия;
- аутоагрессия;
- психомоторное возбуждение без психотических симптомов;
- психомоторное возбуждение с психотическими симптомами;
- ступор;
- непсихотические реакции без нарушения витальных функций;
- непсихотические реакции с нарушением витальных функций;
- психотические состояния без нарушения витальных функций.



---

## **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ (F50-F59)**

В эту группу входят: расстройства приема пищи (нервная анорексия и нервная булимия), расстройства сна неорганической этиологии; сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями; психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом. Опасность для жизни представляют тяжелые случаи алиментарной дистрофии, вызванной нервной анорексией и послеродовые психозы. Физиологические нарушения могут служить источником острой или хронической психической травмы, соответственно, вызывать реакцию на стресс.

**Неотложные состояния при поведенческих синдромах, связанные с физиологическими и физическими факторами:**

- непсихотические реакции с нарушением витальных функций;
- психотические состояния без нарушения витальных функций;
- психотические состояния с нарушением витальных функций.

## **РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ (F60-F69)**

Этот блок включает различные состояния и модели поведения клинической значимости, имеющие тенденцию к устойчивости и возникающие как выражение характерного образа жизни индивида и его взаимоотношений с окружающими. Некоторые из этих состояний и образцов поведения появляются рано, в ходе индивидуального развития, как результат одновременного воздействия конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются на более поздних этапах жизни.

Такие расстройства представляют собой чрезвычайные или значительные отклонения от способа, которым обычный человек данного уровня культуры воспринимает, мыслит, чувствует и общается с окружающими.

**Неотложные состояния при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте:**

- агрессия;

- аутоагрессия;
- непсихотические реакции без нарушения витальных функций;
- психомоторное возбуждение без психотических симптомов.

## **УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (F70-F79)**

Состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется, прежде всего, снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т. е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него.

Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими состояние пациента. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков.

Интеллектуальные способности и социальная адаптация со временем могут измениться, однако достаточно слабо. Это улучшение может явиться результатом тренировки и реабилитации. Диагноз должен базироваться на достигнутом, на настоящий момент уровне умственной деятельности.

### **Степени умственной отсталости различают с указанием на:**

- отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения;
- значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;
- другое нарушение поведения;
- без указаний на нарушение поведения.

### **Неотложные состояния при умственной отсталости:**

- агрессия;
- аутоагрессия;
- суицидальное поведение;
- психомоторное возбуждение без психотических симптомов;

- ступор;
- непсихотические реакции без нарушения витальных функций.

## ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

### Агрессия

Агрессия встречается при многих психических расстройствах, в частности при шизофрении, маниакальной фазе биполярного расстройства, злоупотреблениях психоактивными веществами и алкоголем, расстройствах личности и др.

**Клиническая картина.** Агрессивное поведение характеризуется насильственными действиями со стороны пациента, направленными на причинение физического, морального или иного ущерба людям или другим объектам окружающего мира. Агрессивное поведение противоречит нормам и правилам существования людей в обществе, нанося вред объектам нападения.

**Диагностика** основана на выявлении характерных для всех видов агрессии симптомов: высокой импульсивности, снижении или потере самоконтроля, непредсказуемых изменений настроения, оценке риска разрушительного поведения.

**Осмотр.** При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих агрессию — напряжение, гневливость, тревогу, растерянность, деперсонализацию и дереализацию, идеи преследования, воздействия, ревности и отравления.

**Дифференциальная диагностика.** При проведении дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что агрессивное поведение может иметь место как у психически здоровых, так и у психически больных. У последних существенное влияние на формирование агрессивного поведения и реализацию агрессии могут оказывать психопатологические проявления, главным образом актуальный психопатологический синдром. Наиболее опасны состояния помраченного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций. В реализации агрессии при всех психопатологических синдромах, кроме расстройств сознания, значительную роль играют преморбидные личностные установки больного.

Необходимые действия до приезда бригады СМП. Необходимо выяснить особенности поведения больного: проявляет ли он раздражительность, буйство, словесные и физические угрозы. Необходимо попытаться успокоить больного, в деликатной форме разъяснить ему неуместность его поведения. Следует, по возможности, предупредить доступ больного к колющим и режущим предметам, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения повреждений другим людям.

#### **Лечение.**

**Показания к госпитализации: абсолютные.**

**Мероприятия на догоспитальном этапе:** если больной возбужден, агрессивен и склонен к насильственным, разрушительным действиям — следует провести физическое стеснение пациента (наименее травматичные, исключающие возможность нанесения переломов и увечий формы сдерживания персоналом или фиксация с помощью эластичных полос материи, специальных манжеток). Физическое стеснение требует участия достаточного количества людей и применения минимума силы. В тяжелых случаях необходимо привлечение работников полиции. 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. Особая осторожность требуется при обращении с пациентом, если предполагается, что он вооружен или владеет каким-либо предметом, который может быть использован как оружие нападения.

#### **Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, далее феназепам) — при внутривенном или внутримышечном введении начальная доза для взрослых — 1 мг (1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

или

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении 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:

— хлорпромазина — при внутримышечном введении разовая доза 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) под контролем артериального давления

или

— галоперидола — 5–10 мг внутримышечное или внутривенное введение с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

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

#### **Часто встречающиеся ошибки.**

1. Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля его поведения.

2. Неправильное использование мер физического стеснения больного с последующей возможной травматизацией пациента или медицинского персонала.

3. Неиспользование корректоров при введении нейролептиков, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

### **Аутоагрессия**

К аутоагрессии относятся действия, направленные на причинение какого-либо ущерба своему здоровью: суицидальное поведение и преднамеренные аутодеструктивные поступки без осознанной цели лишить себя жизни.

Наиболее часто аутоагрессивные действия совершаются при психогенных реакциях на фоне расстройств личности, а также при галлюцинаторно-параноидных, кататонических, обсессивно-компульсивных синдромах.

**Клиническая картина.** *Суицидальное поведение* — включает любую сознательную активность, направленную на лишение себя жизни (мысли, высказывания, угрозы, попытки, покушения и пр.).

*Суицидальная попытка* — это действие с нефатальным исходом, в ходе которого человек намеренно инициирует самоповреждение с целью лишить себя жизни. Например, он намеренно употребляет лекарственное вещество в дозе, превышающей назначенную, или обычно используемую терапевтическую дозу. Суицидальное поведение обусловлено как психопатологическими, так и ситуационными причинами. К первым относятся — прежде всего, депрессия и злоупотребления

ПАВ, неизлечимая соматическая болезнь, ко вторым — социальные факторы — разочарование, потеря, недостаток социальной поддержки, импульсивность. Клиническая картина пресуицидального периода часто характеризуется депрессией с идеями самообвинения, чувством вины, несоответствия и безнадежности, ощущением низкой ценности собственной личности. Нередко суицид является реакцией на острую или хроническую психогению (психическую травму). Значительно реже суицид совершается на фоне психоза с императивными (настойчивыми, непреодолимыми) галлюцинациями, когда «голос приказывает совершить самоубийство». Суицидальные попытки могут иметь место у больных, получающих антидепрессанты, когда моторные компоненты депрессии восстанавливаются скорее, чем подавленность. Отличительной чертой демонстративно-шантажных суицидальных попыток является наличие в их мотивах желания извлечь из своих действий некую выгоду, которая будет заключаться или в разрешении межличностного конфликта, или в удовлетворении желаний, в которых окружающие ранее отказывали, или в достижении других, иногда неосознанных, субъективно значимых целей.

В основе *аутодеструктивных поступков* лежат мотивы избегания, протеста, призыва обратить на себя внимание. Мотивы могут быть также бредовыми (бред одержимости, воздействия, преследования). При этом больные наносят себе самопорезы предплечий, ожоги ограниченной локализации, укусы, преимущественно в области предплечий и кистей, линейные царапины на лице и груди посредством ногтей, а также наносят себе удары и другие повреждения, ведущие к появлению ссадин и кровоподтеков. В более тяжелых случаях могут быть глубокие непроникающие резаные и колотые раны шеи, груди. В других случаях больные принимают внутрь агрессивные жидкости или лекарственные средства, не имея достаточного представления об их действии на организм. При этом, несмотря на тяжелые анатомо-физиологические повреждения, цель лишить себя жизни отсутствует.

**Диагностика.** Важное значение имеют аутоагрессивные действия в анамнезе, наличие признаков бреда воздействия, одержимости, преследования, ипохондрического и дисморфоманического. Следует обратить внимание на кожные покровы больного. Здесь могут быть обнаружены кровоподтеки и следы различных повреждений, в том числе порезов, имеющих разную давность. При диагностике суици-

дального поведения необходимо выяснить, переживал ли пациент в ближайшем прошлом тяжелую стрессовую ситуацию, страдает ли он депрессией с идеями вины, самоуничтожения, чрезмерным чувством стыда, имеют ли место слуховые галлюцинации, требующие покончить с собой, злоупотребляет ли пациент алкоголем, как длительно, и в какой дозе, были ли запои; как давно и когда в последний раз у больного появились мысли о самоубийстве; с кем живет больной (недостаток социальной поддержки), каковы взаимоотношения в семье (выявление семейных конфликтов или отсутствия гармонии в семье); наличие или отсутствие четкого плана самоубийства, приготовления к самоубийству (например, накопление таблеток) и пр. Имеются известные трудности в разграничении аутоагрессивного и суицидального поведения, однако в частных случаях они могут представлять одинаковую опасность для больного.

**Осмотр.** При осмотре обращают внимание на выявление характера самоповреждений и психотических признаков, определяющих аутоагрессию — бред, галлюцинации, импульсивность.

**Дифференциальная диагностика.** Следует отличать суицидальное аутоагрессивное поведение от несуйцидальных аутодеструкций. В последнем случае нанесение самоповреждений мотивировано либо бредовой фабулой: «извлечь из тела насекомых», «удалить дурную кровь» и т. д., либо попытками уменьшить интенсивность «голосов», депрессивных переживаний посредством боли.

**Необходимые действия до приезда бригады СМП.** До приезда бригады СМП необходимо выяснить характер самоповреждений, особенности поведения больного — раздражительность, беспокойство, тревожность. Следует проверить наличие признаков жизни (дыхание, пульс, сердцебиение). Если больной в ясном сознании, необходимо выяснить наличие в психическом статусе раздражительности, беспокойства, тревожности, возбуждения, импульсивности, не критичности и отказа от помощи. Следует попытаться успокоить больного, и оказать ему медицинскую помощь. Если есть раны с сильным кровотечением, рекомендуется наложить тугую давящую повязку при помощи бинта из аптечки или подручными средствами, при отравлении выполнить промывание желудка и пр. Следует, по возможности, предупредить доступ больного к колющим и режущим предметом, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения самоповреждений.

**Лечение.****Показания к госпитализации: абсолютные.**

При наличии повреждений, требующих хирургической, токсикологической или иной помощи, целесообразна госпитализация в многопрофильный стационар с психосоматическим (соматопсихиатрическим) отделением. Во всех случаях суицидального поведения, если соматическое состояние больного не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрический стационар в установленном законодательством порядке. При наличии угрозы жизни пациенты с незавершенным суицидом должны быть госпитализированы в профильные отделения, в зависимости от вида суицида и тяжести состояния (при отравлениях в отделение токсикологии, при ранениях в отделение хирургии, реанимационные блоки и др.). Перед транспортировкой пациента с суицидальным поведением в стационар, надлежит тщательно осмотреть его вещи, предотвратив тем самым сокрытие предметов, которые могут быть использованы в дороге для самоубийства или нападения на окружающих. Во время перевозки медицинские работники должны постоянно следить за такими больными.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.** При необходимости оказания на месте хирургической, токсикологической или другой помощи вызывается бригада скорой помощи соответствующего профиля. При психомоторном возбуждении применяется медикаментозная коррекция. Основной задачей при суицидальном поведении на догоспитальном этапе является обеспечение безопасности жизни больного (неотложные медицинские мероприятия при отравлении или ранениях) и предотвращение повторного суицида. Необходимо осмотреть помещение, обратить внимание на орудие самоубийства, особенно на колюще-режущие предметы, флаконы, блистеры с таблетками, ампулы, шприцы. При наличии риска суицида необходим тщательный надзор за больным, удаление возможных средств самоубийства и решение психиатром вопроса о необходимости неотложной госпитализации.

**Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Феназепам — при внутривенном и внутримышечном введении начальная доза для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.



или

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении 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:

— хлорпромазина — при внутримышечном введении разовая доза 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) под контролем артериального давления

или

— галоперидола — 5–10 мг внутримышечно или внутривенно с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

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

**Часто встречающиеся ошибки.** Недооценка тяжести и характера самоповреждений — проникающих ранений грудной и брюшной полостей, трахеи. Оставление больного без наблюдения.

### Психомоторное возбуждение

Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами включает состояния, развивающиеся на фоне острых стадий инфекционных заболеваний, тяжелых черепно-мозговых травм, эпилепсии, острых и хронических интоксикаций вследствие злоупотребления ПАВ, гипоксии и токсических поражений головного мозга в прекоматозных и коматозных состояниях различной этиологии; на фоне аффективных психозов и психических расстройств шизофренического спектра. Особое место занимают состояния при аффективно суженном сознании — острых реакциях на стресс при экстремальных ситуациях (реактивный психоз).

Возбуждение усугубляет обменные нарушения в организме, ведет к избыточному расходованию энергетических и пластических ресурсов.

**Клиническая картина.** К острому психомоторному возбуждению относятся состояния, характеризующиеся дезорганизацией речевого, двигательного компонентов, нарушениями поведения, агрессив-

ностью, растерянностью, тревогой, страхом. Возбужденный больной совершает множество нецеленаправленных действий, не поддается уговорам и попыткам его успокоить. Познавательная деятельность в далеко зашедших случаях сопровождается полной потерей отражения окружающей действительности, что приводит к нелепым поступкам и речевой бессвязности. Выделяют следующие состояния психомоторного возбуждения с помрачением сознания.

*Аментивное возбуждение* — наблюдается в структуре соматогенных, послеродовых психозов, тяжелых интоксикаций. Возбуждение обычно ограничивается пределами постели.

*Возбуждение при деменции (суетливо-старческое)* — наблюдается при выраженном атеросклерозе мозговых сосудов и атрофических процессах головного мозга у больных пожилого и старческого возраста. Больные дезориентированы, устраивают «сборы в дорогу», складывают вещи, что-то разыскивают, стремятся выйти из дома. При попытке удерживания активно сопротивляются, иногда проявляют агрессию.

*Эпилептическое возбуждение* — встречается при эпилепсии и характеризуется внезапным началом, дезориентировкой в месте и времени. В структуре аффекта беспричинная тоска, тревога, витальный страх, злоба, гнев, экстаз. Агрессивно-разрушительные действия нередко приводят к тяжелым последствиям (увечьям, убийству). Могут отмечаться иллюзорно-галлюцинаторные эпизоды, отрывочные бредовые идеи. Длительность приступа варьирует от нескольких минут до нескольких часов, в редких случаях до 2–3 дней. Состоянию может предшествовать серия судорожных припадков, оглушенность, нередко дисфория. Выход внезапный, часто через сон. По выраженности отдельных симптомов выделяют галлюцинаторный, бредовой и дисфорический варианты. Дисфорический вариант с неистовым возбуждением представляет наибольшую социальную опасность.

*Делириозное возбуждение* — см. «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами» и «Алкогольный делирий».

Острые реакции на стресс могут сопровождаться аффективно суженным состоянием сознания, при этом наблюдается *психогенное (реактивно-обусловленное) возбуждение* — возникает при экстремальных психогенных воздействиях, в ситуациях, остро угрожающих жизни и характеризуется переживанием ужаса, отчаяния, глубоким аффективно-суженным состоянием сознания, утратой контакта

с окружающими, двигательными и вегетативными расстройствами. Проявляется бесцельным, лишенным сознательного плана, нецеленаправленным двигательным возбуждением: больные бегают в противоположных направлениях, пренебрегают опасностью, на лице выражение страха, ужаса. Иногда больные выкрикивают непонятные, отрывистые фразы, издают нечленораздельные звуки.

*Возбуждение при истерическом сумеречном помрачении сознания* — развивается на высоте или спаде аффективного напряжения в психотравмирующей ситуации. Нарушается ориентировка во времени, частично в месте, нередко возникает двойная ориентировка. Аффективная окраска определяется содержанием психической травмы: в структуре аффекта либо отчаяние, безысходность, недоумение, растерянность, страх, либо умиление, радость, довольство, бурное веселье. Восприятие обстановки избирательно: иллюзии, галлюцинации отражают доминирующие переживания. Мышление также обуславливается характером психической травмы, реальные отношения оттесняются или подменяются. Память нарушается частично: сохраняется избирательная способность воспроизведения отдельных эмоционально насыщенных моментов психотравмирующих ситуаций. Течение синдрома — волнообразное, длится от нескольких часов до двух недель. Выход постепенный, последующие воспоминания о пережитом — фрагментарны.

Психомоторное возбуждение наблюдается *при шизофрении* в следующих формах.

*Галлюцинаторно-бредовое возбуждение* возникает при сочетании угрожающих, чаще слуховых галлюцинаций и бреда преследования, отравления, воздействия. Переживания презрения, ненависти, угрозы со стороны окружающих сопровождаются аффектом страха, тревоги. Больные напряжены, тревожны, злобны. На высоте бредового аффекта бредовая активность возрастает, отмечается переход к этапу «бредовой атаки», иногда с попытками реализовать акцию расправы, «бредовой мести». В некоторых случаях больные вооружаются, баррикадируются, оказывают сопротивление при госпитализации.

*Кататоническое возбуждение* проявляется патетическим возбуждением, при этом больные оживлены, экзальтированы, восторженны. Характерна патетика, многоречивость, преимущественное употребление высокопарных выражений, сочетающихся с пением и декламацией. Возможно принятие театральных поз, «застывание»,

включение картин субступора и ступора. Импульсивное возбуждение характеризуется внезапной, ничем не мотивированной яростью и агрессией, когда больные вскакивают с постели, устремляются вперед, набрасываются на окружающих и сметают все на своем пути. Иногда они срывают с себя одежду, открыто мастурбируют. В речи, наряду с нецензурной бранью, встречаются эхолалии (повторение одинаковых слов и словосочетаний). Немое (безмолвное) возбуждение носит характер неистового, сопровождается хаотичными действиями, метанием, агрессией.

*Гебефреническое возбуждение* — двигательное возбуждение сочетается с манерностью, дурашливостью, гримасничаньем, нелепым, бессмысленным хохотом.

*Возбуждение при аффективных психозах.*

*Маниакальное возбуждение* характеризуется выраженным подъемом настроения, ускорением речемыслительной деятельности и двигательной активности с проявлениями восторга, оптимизма с грандиозностью замыслов. Идеаторное возбуждение достигает степени скачки идей. Характерны идеи величия, преследования, любовного очарования. Состояние маниакального возбуждения может сопровождаться раздражительностью, злобностью, агрессией (гневливая мания).

*Ажитированная депрессия* — подавленность настроения сочетается с речедвигательным возбуждением. Больных не оставляют мучительные предчувствия надвигающегося несчастья. Переживания наполнены ожиданиями чего-то страшного, ужасного. Тягостное чувство вины, самоосуждения, требования немедленной казни сочетаются с выраженной тревогой, беспокойством. Больные мечутся, не находят себе места, заламывают руки. В состоянии меланхолического раптусы они могут наносить самоповреждения, в том числе с суицидальной целью.

**Диагностика.** Пациент в состоянии психомоторного возбуждения малодоступен продуктивному контакту. Примерный перечень вопросов, адресуемых к родственникам больного, сводится к следующему:

- наличие хронических соматических заболеваний, текущих инфекций, интоксикаций;
- употребление алкоголя или других психоактивных веществ;
- наличие хронического психического расстройства (шизофрения, аффективный психоз, эпилепсия);
- режим приема психотропных и иных ЛС.

**Осмотр.** Необходимо выяснить характер поступков больного (хаотичность, нецеленаправленность, импульсивность), наличие агрессивных тенденций (угрозы расправы, устройство засад, хранение острых предметов).

**Дифференциальная диагностика.** Дифференциальную диагностику проводят между заболеваниями, сопровождающимися психомоторным возбуждением. При проведении дифференциальной диагностики необходимо оценить соматическое состояние больного, квалифицировать тип возбуждения, определить состояние сознания.

**Необходимые действия до приезда бригады СМП.** До приезда бригады СМП необходимо попытаться успокоить больного. Необходимо выяснить характер и степень психомоторного возбуждения: сопровождается ли оно физической агрессией, представляет ли опасность для окружающих, имеются ли в помещении, где находится больной, колющие и режущие предметы. Из комнаты, где находится больной, надо попытаться удалить колющие и режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы в качестве орудий нападения.

**Лечение.**

**Показания к госпитализации:** абсолютные.

Больные, у которых психомоторное возбуждение вызвано обострением хронического психического заболевания госпитализируются в психиатрический стационар. Больные с органическими психическими расстройствами, у которых психомоторное возбуждение развиваются на фоне тяжелого, опасного для жизни соматического состояния, госпитализируются в многопрофильные стационары. При выраженной тревожности, оглушении и спутанности сознания, отсутствии анамнестических данных, показана госпитализация без специфической лекарственной терапии в многопрофильный стационар, где возможно проведение обследования на предмет выявления токсичных веществ, инфекционного агента и исследование жизненно важных функций.

**Мероприятия на догоспитальном этапе:**

- Целесообразно удалить колющие, режущие и другие предметы, которые могут быть использованы в качестве орудий нападения или самоубийства.

- Необходимо расставить лиц, оказывающих помощь таким образом, чтобы исключить возможную попытку выпрыгнуть из окна или выбежать через дверь.
- Организовать участие сотрудников полиции, если больной вооружен, баррикадируется, т. е. создает реальную опасность здоровью жизни и окружающих.
- В исключительных случаях, если иными методами невозможно предотвратить опасные действия больного по решению врача-психиатра применяют меры физического стеснения (см. раздел 6 «Обеспечение безопасности»).

Во многих случаях удастся мягко и участливо успокоить больного, объяснить, что ему ничего не угрожает, что врачи его защитят, окажут помощь, помогут разобраться в проблемах и т. д. Предлагается введение лекарственного препарата. Лекарственные средства лучше вводить внутримышечно. Купирование психомоторного возбуждения проводится строго индивидуально в зависимости от выраженности психических расстройств, соматического состояния, возраста, времени транспортировки и т. д. Если возникает подозрение, что пациент получает психофармакотерапию или его состояние связано с передозировкой неизвестного препарата, лучше избегать назначения препаратов до прояснения ситуации.

При подозрении на экзогенное (травматическое, токсическое, инфекционное) происхождение психомоторного возбуждения, а также у пациентов старческого возраста следует воздержаться от введения лекарственных средств.

#### **Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Феназепам — при внутривенном или внутримышечном введении начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

или  
Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении 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 — при внутримышечном введении разовая доза 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) под контролем артериального давления.

или

Галоперидол — 5–10 мг внутримышечно или внутривенно с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

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

#### **Часто встречающиеся ошибки.**

1. Недооценка соматического статуса может привести к тому, что больной, нуждающийся в экстренной терапевтической, хирургической или токсикологической помощи ее не получит, или получит с опозданием.

2. Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля его поведения.

3. Недооценка опасности состояния психомоторного возбуждения для самого больного и окружающих (в том числе, игнорирование необходимости привлечения в помощь сотрудников полиции).

4. Пренебрежение методами безопасности.

5. Неиспользование корректоров при введении нейролептических лекарственных средств, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

## **ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ БЕЗ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ПСИХОПАТИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ)**

К психомоторному возбуждению без психотических симптомов относится психопатическое возбуждение. Оно является следствием декомпенсации психопатической личности и чаще всего наблюдается при истерическом расстройстве.

**Клиническая картина.** Психопатическое возбуждение часто психогенно обусловлено, является ответом на психотравмирующую ситуацию, но наблюдается несоответствие между слабым или умеренным внешним фактором и мощной ответной реакцией. Проявления его могут быть очень разнообразными, но все поведение в целом обычно носит отчетливо демонстративный характер со стремлением устроить или разжалобить окружающих. При удержании возбуждение возрастает. Рисунок поведения (выкрики, требования, угрозы,

брань) меняется в зависимости от действий окружающих и происходящих событий. На высоте возбуждения возникает двигательная буря, проявляющаяся криками, конвульсиями, метанием. Проявления возбуждения разнообразны — от грубых оскорблений, угроз и агрессивных актов до рыданий, самоповреждений и демонстративных суицидальных попыток.

**Диагностика.** Следует выяснить особенности психотравмирующей ситуации у больного или его родственников, выяснить, злоупотребляет ли пациент алкоголем, как длительно и в какой дозе, были ли у больного мысли о самоубийстве, каковы взаимоотношения в семье (выявление семейных конфликтов или отсутствия гармонии в семье).

**Осмотр.** Обратит внимание на демонстративность, театральность, выраженность эмоциональных реакций, стремление добиться сочувствия, жалости окружающих.

**Дифференциальная диагностика.** Следует дифференцировать с психопатоподобными состояниями при шизофрении, маниакальными эпизодами при аффективных психозах, острыми реакциями на стресс. Для отграничения психопатического возбуждения от психогенного важно знать, что лица с расстройством личности, каким бы нелепым ни было их поведение, все же учитывают обстановку, уступают более сильным людям, могут в конечном итоге удержать себя от опасных действий, если знают о возможной ответственности.

Необходимые действия до приезда бригады СМП. При психопатическом возбуждении нужно успокоить больного, постараться разрядить конфликтную ситуацию словами или действиями. При истерическом возбуждении иногда полезно оставить больного одного.

#### **Лечение.**

**Показания к госпитализации.** Обычно удается купировать психопатическое возбуждение без госпитализации.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.** Успокаивающая психотерапевтическая беседа, при проведении которой медицинский работник не должен обнаруживать страх перед больным или поддерживать его притязания.

#### **Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Феназепам — при внутривенном или внутримышечном введении начальная доза для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора)



с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

или

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении 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:

— хлорпромазина — при внутримышечном введении разовая доза 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) под контролем артериального давления.

или

— галоперидола — 5–10 мг внутримышечно или внутривенно с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

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

#### **Часто встречающиеся ошибки:**

1. Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля его поведения.
2. Отсутствие попыток проведения успокоительной беседы.
3. Пренебрежение методами безопасности.

### **Ступор**

По этиологическому фактору выделяют следующие формы ступора: кататонический, галлюцинаторный, депрессивный, апатический, маниакальный, алкогольный, эпилептический, психогенный.

#### **Клиническая картина.**

В противоположность возбуждению — ступор представляет собой состояние обездвиженности.

Ступор имеет следующие формы.

- *Кататонический ступор.* Эта форма ступора протекает на фоне неглубокого повышения мышечного тонуса и характеризуется длительным сохранением приданной больному позы, зачастую неудобной и требующей напряжения (симптом воздушной подушки — при поднятии головы у лежащего в постели больного

и приведении подбородка к груди между головой и подушкой длительное время сохраняется воздушное пространство). Характерны также симптом капюшона (натягивание на голову халата или одеяла, лицо при этом остается открытым), мутизм (отсутствие речевого общения с окружающими при сохранности анатомо-физиологических функций речевого анализатора), стереотипные позы (на боку, эмбриональная, положение стоя, с опущенной головой, вытянутыми вдоль туловища руками, положение сидя на корточках). Вариантом кататонического ступора является *негативистический ступор*. В основе этой формы лежат проявления негативизма — немотивированного сопротивления больного просьбам и действиям окружающих (изменить позу, совершить то или иное движение конечностями и т. п.). Другим вариантом кататонического ступора является *ступор с мышечным оцепенением* (выражается напряжением всех мышц-сгибателей). Характерной является своеобразная (эмбриональная) поза больных: голова наклонена, губы вытянуты вперед (симптом хоботка), спина согнута, плечи сдвинуты, руки согнуты и приведены, предплечья притиснуты к груди, пальцы сильно сжаты, ногти впиваются в ладони, ноги сдвинуты, бедра прижаты к животу, а голени к бедрам).

- *Галлюцинаторный ступор*. Галлюцинаторный ступор возникает, как правило, на высоте истинного вербального галлюциноза и проявляется общей обездвиженностью, мутизмом, мимическими реакциями, выражающими страх, тоску, удивление, отрешенность. Негативизм обычно отсутствует.
- *Депрессивный (меланхолический) ступор*. Является кульминацией идеомоторного торможения при меланхолической депрессии или сменяет тревожно-ажитированную депрессию в случае ее утяжеления. Сочетается с депрессивным бредом, чаще с бредом громадности и отрицания.
- *Апатический ступор* (астенический ступор, бодрствующая кома). Проявляется при тяжелых протрагированных экзогенно-обусловленных расстройствах, например при энцефалопатии Гайе—Вернике. Характеризуется прострацией, полным мышечным расслаблением, кахексией, профузными поносами.
- *Маниакальный ступор*. Характеризуется двигательным торможением при маниакальном аффекте при атипичных маниях.

- *Эпилептический ступор*. Как правило, появляется вслед за серийными припадками, и в связи с развитием сумеречного или онейроидного помрачения сознания. Характеризуется идеомоторным торможением с негативизмом и мутизмом. Сочетается с бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Сменяется исступленным возбуждением с аффектом ярости и разрушительными действиями.
- *Психогенный ступор*. Истерический ступор возникает либо внезапно, либо ему предшествует возбуждение, псевдодеменция. В состоянии ступора больные лежат в постели, нередко принимая эмбриональную позу. Вопросы, обращенные к больным, остаются без ответа, однако, если вопросы касаются психотравмирующей ситуации, возникают выраженные вегетативные реакции. Нередко ступорозному состоянию сопутствуют псевдодементно-пуэрильные черты. Ступорозно-депрессивный синдром в структуре реактивных психозов по своим проявлениям схож с депрессивным ступором. Отличием здесь являются бурные эмоциональные реакции, возникающие при упоминании о психической травме.

**Диагностика.** Клинико-анамнестический сбор данных на основе истории болезни и информации, полученной от родственников больного.

**Осмотр.** При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих ступор — полная неподвижность, полный или частичный мутизм (молчание); гипертонус мышц; негативизм (чаще пассивный); угнетение рефлекторных реакций; отсутствие реакций на внешние раздражители; отсутствие контакта с окружающими.

**Дифференциальная диагностика.** Дифференциальная диагностика имеет важное значение, так как определяет разную тактику неотложной терапии. При шизофрении состояния ступора и возбуждения перемежаются в течение суток. Для распознавания депрессивного ступора важна динамика его развития, ему обычно предшествует более или менее длительный период утяжеляющейся депрессии. Отграничению помогают также клинические признаки депрессии. Психогенный ступор возникает при острых психических травмах. Ступор при тяжелых соматических заболеваниях протекает с расстройством сознания на фоне основного заболевания и свидетельствует о тяже-

сти состояния. При этом отсутствуют как кататонические симптомы, так и депрессивные проявления, выражены симптомы основного заболевания.

**Необходимые действия до приезда бригады СМП.** До приезда бригады СМП необходимо выяснить наличие в анамнезе шизофрении, депрессии, мании, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма, осуществлял ли больной прием наркотиков: назначенных или рекреационных. До приезда бригады СМП необходимо осуществлять надзор.

#### **Лечение.**

**Показания к госпитализации:** абсолютные в психиатрический стационар. Госпитализация в психосоматическое (соматопсихиатрическое) отделение многопрофильного стационара осуществляется при наличии острых или обострении хронических соматических заболеваний.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.** Лечение лекарственными средствами при ступоре во внебольничных условиях не показано, так как попытки растормаживания больного могут вызвать возбуждение и тем самым создать дополнительные трудности при его транспортировке.

**Часто совершаемые ошибки.** Ошибки в дифференциальной диагностике между летальной кататонией и злокачественным нейролептическим синдромом.

### **Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами**

Встречается при травмах, сосудистых заболеваниях, новообразованиях головного мозга, эпилепсии, ВИЧ-инфекциях, нейросифилисе, других вирусных и бактериальных нейроинфекциях.

**Клиническая картина.** Представляет собой расстройство сознания, т. е. снижение ясности осознания окружающего с уменьшением способности направлять, концентрировать, поддерживать или переводить внимание. Нарушение когнитивной деятельности характеризуется нарушением непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительно сохранной памятью на отделенные события и дезориентировка во времени, в месте или собственной личности. Психомоторные расстройства отличаются быстрыми непредсказуемыми переходами от гиперактивности к гипоактивности, замедлением реакций, ускорением или заторможенностью

речи. Расстройство цикла «сон—бодрствование» определяется бессонницей, которая в тяжелых случаях заключается в полной потере сна, с наличием или отсутствием сонливости в дневное время или инверсия цикла «сон—бодрствование», утяжелением симптоматики в ночное время, беспокойными снами и кошмарами. Иллюзии и галлюцинации носят истинный характер. Отмечается быстрое развитие и суточные колебания симптоматики.

**Диагностика.** Диагностика основана на выявлении характерных для всех видов делирия симптомов: измененного сознания и внимания, искажения восприятия, иллюзий и галлюцинаций, психомоторных расстройств, расстройства ритма «сон—бодрствование», эмоциональных расстройств.

**Осмотр.** При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих делирий.

**Дифференциальная диагностика.** Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода. Делирий должен быть отграничен от других органических синдромов, особенно от деменции, от острых и транзиторных психотических расстройств и от острых состояний при шизофрении или от аффективных расстройств настроения при которых могут присутствовать черты, напоминающие спутанность.

#### **Необходимые действия до приезда бригады СМП.**

Необходимо выяснить:

- Наличие в анамнезе соматических заболеваний, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма.
- Осуществлял ли больной прием алкоголя или других психоактивных веществ.

До приезда бригады СМП необходимо осуществлять надзор.

#### **Лечение.**

**Показания к госпитализации:** абсолютные. Лечение соматогенного делирия проводится только в соматическом стационаре.

#### **Мероприятия на догоспитальном этапе.**

При необходимости (купирование психомоторного возбуждения, коррекция диссомнических расстройств), возможно введение транквилизаторов. Применяют препараты с осторожностью и в малых дозах, так как их передозировка может привести к затяжному выключению сознания, что, в свою очередь, затрудняет оценку состояния

больного, увеличивает риск осложнений (нарушения дыхания, аспирация, развитие пневмонии и тромбоэмболических осложнений) и значительно замедляет восстановление функций ЦНС.

**Часто встречающиеся ошибки:**

1. Подмена проведения интенсивной терапии седацией.
2. Ошибки в диагностике соматических заболеваний, обусловивших возникновение делирия.

**Непсихотические реакции без нарушений витальных функций.**

**Острая реакция на стресс**

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный (применительно к данному индивидууму) физический и психологический стресс, и которое обычно проходит в течение нескольких часов или дней.

**Клиническая картина.** В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и способность к адаптации к изменяющимся условиям обстановки. В отличие от других невротических и соматоформных расстройств, для острых реакций на стресс характерны уход от предстоящих социальных взаимодействий, сужение внимания, проявления дезориентации, гнев или словесная агрессия, отчаянье и безнадежность, неадекватная или бесцельная гиперактивность, неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культурными стандартами).

**Диагностика.** К диагностическим критериям острой реакции на стресс является смешанная и обычно меняющаяся картина, резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия.

**Осмотр.** При проведении диагностики следует обратить внимание на особо тяжелые формы острой реакции на стресс: ненормально громкую речь или повышенную речевую активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи), а также на отсутствие реакции на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

**Дифференциальная диагностика:**

- острые и транзиторные психотические расстройства в сочетании с острым стрессом;
- диссоциативные (конверсионные) расстройства;
- расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

Необходимые действия до приезда бригады СМП. Узнать наблюдались ли у пациента психические расстройства в прошлом, возникло ли расстройство спонтанно, неожиданно, внезапно. Оцените психотравмирующую ситуацию. Предшествовали ли психическому расстройству биологические причины: инфекции, интоксикации, прием гормональных средств, прием алкоголя или наркотиков. Не оставляйте пострадавшего одного. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом. Подтверждайте, что слушаете и сочувствуете.

#### **Лечение на догоспитальном этапе.**

**Показания к госпитализации:** При формировании гиперкинетической реакции требуется специализированная медицинская помощь и медикаментозное лечение.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.** Прежде всего, больного следует успокоить, проявить сочувствие, активно выслушать. Необходимо по возможности прояснить психотравмирующие события с целью уменьшения эмоционального напряжения пациента и оказания помощи в восстановлении способности к рациональному мышлению. При гиперкинетических реакциях показана медикаментозная терапия.

#### **Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора)  
или

Феназепам — при внутривенном или внутримышечном введении — начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора).

#### **Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)**

К этим расстройствам относятся рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с проявлениями опасности или угрозы для жизни. В большинстве случаев они наблюдаются в отсутствие явных причин или клинических признаков иного заболевания. В их происхождении определенную роль играют повторяющиеся стрессы, психологические конфликты, а также биологические механизмы.

Доказано существование наследственной предрасположенности обусловленной снижением порога возбуждения норадренергических и серотонинергических ядер ствола мозга, нарушением нейромедиаторных процессов в лимбической системе, а также недостаточностью периферических вегетативных структур.

**Клиническая картина.** Приступ начинается с ощущения дурноты. Затем возникает ощущение «удара», «толчка» в области сердца. Иногда больные ощущают, что «сердцебиения распространяются по всему телу». Нередки ощущения «провалов», «перебоев», «замирания» или «остановки сердца». К другим симптомам относятся удушье, потливость, приливы жара и холода, озноб, дискомфорт в левой половине грудной клетке, головокружение, страх смерти, внутреннее напряжение, учащенное мочеиспускание, тошнота, парастезии, ком в горле. К психическим симптомам относятся дереализация и страх сойти с ума.

**Диагностика.** К диагностическим критериям панического расстройства относятся пароксизмальность, полисистемность вегетативных симптомов, наличие эмоциональных расстройств, ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» «отдалилось», «страх сойти с ума».

**Осмотр.** Необходимо наряду с опросом провести физическое обследование больного, обращая внимание на сердцебиение, АД, учащенный пульс, потливость, озноб, тремор.

**Дифференциальная диагностика:**

- эпилепсия;
- гипоталамическая дисфункция;
- вестибулярные расстройства;
- синдром апноэ во сне;
- патология щитовидной железы;
- феохромоцитомы;
- артериальная гипертензия;
- пролапс митрального клапана;
- тревожные расстройства;
- шизофрения;
- депрессия;
- истерия.

**Необходимые действия до приезда бригады СМП.**

Узнать:

- 1) наблюдались ли приступы в прошлом;



- 2) возникали ли приступы спонтанно, неожиданно, внезапно;
- 3) возникали ли приступы во время ожидания неприятной ситуации;
- 4) возникали ли приступы во время психотравмирующей ситуации или при поездке в метро или в лифте;
- 5) предшествовали ли приступу биологические причины: инфекции, интоксикации, прием гормональных средств, прием алкоголя или наркотиков.

Самыми частыми мыслями при панических атаках являются: «я боюсь потерять контроль», «боюсь сойти с ума», «у меня начинается инфаркт». Необходимо по возможности успокоить и разубедить больного.

#### **Лечение.**

**Показания к госпитализации.** Если паническую атаку удастся купировать, больной в госпитализации не нуждается.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.** Прежде всего, больного следует успокоить, убедить в правильности диагноза и разъяснить, что его симптоматика не является следствием нераспознанного тяжелого соматического заболевания.

#### **Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора)

или

Феназепам — при внутривенном или внутримышечном введении начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора).

### **Абстинентный синдром (синдром отмены)**

#### ***Алкогольный абстинентный синдром***

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) — это комплекс вегетативных, соматоневрологических, психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекращением (через 6–48 часов) или резким сокращением количества употребляемого алкогольного напитка. Скорая медицинская помощь может потребоваться в случае тяжелого алкогольного абстинентного синдрома, наблюдаемого после многодневного массивного алкогольного эксцесса (запоя).

**Клиническая картина.** Тяжелый абстинентный синдром проявляется сильным влечением к алкоголю, резко сниженным настроением, идеями виновности и отношения, тревогой с параноидной настроенностью, страхами, эпизодическими иллюзиями или галлюцинациями, двигательным беспокойством, диссомнией, головокружением, гиперактузией, генерализованным тремором, гипергидрозом, тахикардией, тошнотой, рвотой. Возможны эпилептиформные припадки. На фоне соматической патологии (черепно-мозговая травма, сахарный диабет, язвенная болезнь, панкреатит, гепатит, инфекционное заболевание или острый воспалительный процесс любой локализации, острая и хроническая почечная недостаточность и др.). При тяжелом ААС высока вероятность развития алкогольного делирия.

**Диагностика.** Диагноз выставляют на основании развития специфических симптомов у больных алкоголизмом после прекращения приема алкоголя. Важный симптом ААС — это стремление опохмелиться.

**Осмотр.** Оценка клинических данных (время прошедшее после последнего приема алкоголя; наличие у больного тревоги, желания опохмелиться, диссомнических расстройств, тремора пальцев рук, век, языка и головы, атаксии в пробе Ромберга, тахикардии, жажды, озноба, повышенного потоотделения). Следует обратить внимание на степень дегидратации (тургор кожных покровов, сухость слизистых оболочек, снижение массы тела и т. д.).

**Пациенту и его родственникам следует задать следующие вопросы:**

1. Как давно, в каком количестве употребляет алкогольные напитки (в том числе пиво и слабоалкогольные коктейли)?
2. Может ли остановиться и контролировать прием алкоголя после первых доз?
3. Как давно начал опохмеляться и чем? Приносит ли это облегчение?
4. Имеется ли сильное желание (тяга) принять алкоголь или потребность в его постоянном приеме?
5. Бывают ли запои?
6. Отмечалось ли ранее подобное состояние, связываемое с прекращением употребления алкоголя?
7. Бывали ли в этом состоянии судорожные припадки?
8. Переносил ли ранее алкогольные психозы?

9. Имеются ли проблемы дома, в семье на работе и / или учебе из-за приема алкоголя?

10. Обращался ли ранее за медицинской или психологической помощью по поводу проблем с алкоголем?

Положительные ответы на два любых вопроса из вопросов 2–10 со значительной вероятностью указывают на наличие синдрома зависимости от алкоголя. Положительные ответы на вопросы 7–8 указывают на высокую вероятность развития осложнений ААС.

**Дифференциальная диагностика.** Следует отличать ААС от постинтоксикационного состояния, которое может отмечаться у людей, не страдающих алкоголизмом, на следующий день после массивной алкоголизации. Соматовегетативные проявления у обоих синдромов сходны. Базовым отличием будет отсутствие влечения к алкоголю у лиц, не имеющих алкогольной зависимости, а также усиление интоксикационных проявлений в случае приема алкоголя. При ААС прием алкоголя уменьшает соматовегетативные проявления и улучшает психическое состояние.

**Необходимые действия до приезда бригады СМП.** Не оставлять больного без присмотра.

**Лечение на догоспитальном этапе.**

**Показания к госпитализации.** Абсолютные при выраженном треморе, галлюцинациях, выраженной дегидратации, температуре тела свыше 38,3°C, эпилептическом припадке без указаний на эпилепсию в анамнезе, помрачении сознания, неврологических нарушениях (атаксия, нистагм, экстрапирамидные нарушения, офтальмоплегия), травмах, в том числе черепно-мозговых. Показаниями к госпитализации по скорой помощи служат также состояния, которые в частных случаях могут иметь место в клинической картине болезни: аутоагрессия, суицидальное поведение, психомоторное возбуждение. Для тяжелого ААС характерны разнообразные нарушения витальных функций, особенно опасны нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.

**Рекомендации для оставленных дома больных.** Необходимо строго следовать всем предписаниям врача. В случае утяжеления физического или психического состояния вызвать скорую помощь. После купирования ААС пациенту рекомендуется начать лечение алкогольной зависимости.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.**

**Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4).**

Феназепам — при внутривенном или внутримышечном введении начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

или

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

При психомоторном возбуждении, выраженной тревоге: дроперидол 2,5% раствор — 1–4 мл внутримышечно, галоперидол 0,5% раствор по 1–2 мл внутримышечно.

#### **Часто совершаемые ошибки:**

- Введение фуросемида без восполнения объема циркулирующей крови 0,9% раствором натрия хлорида и препаратами калия опасно развитием дегидратации, гипотензии, гипохлоремического и гипокалиемического алкалоза.
- Назначение лекарственных средств с антихолинергическим действием и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил (циклодол), биперидин (акинетон), хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), клозапин) может вызвать делирий.
- Назначение нейролептиков из группы фенотиазиновых производных (хлорпромазин) может привести к осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушениям работы печени.
- Назначение сердечных гликозидов может вызвать угрожающую брадикардию, фибрилляцию предсердий, желудочковую экстрасистолию.
- Быстрое внутривенное введение натрия хлорида провоцирует центральные нарушения, связанные с демиелинизацией нервных волокон.
- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепама или феназепама опасно развитием нарушения дыхания.

#### **Алкогольные психозы**

*Алкогольные (металкогольные) психозы* по течению разделяют на острые, затяжные и хронические, а также по преобладанию в клинической картине психопатологических синдромов: делириозного, галлюцинаторного, параноидного, бредового и др. Острые психозы раз-

виваются в состоянии абстиненции. Манифестируют, как правило, в вечерне-ночное время, наиболее часто возникают после тяжелых и длительных запоев, при употреблении суррогатов алкоголя, на фоне декомпенсированной соматической патологии и у личностей с признаками органического поражения головного мозга. Существенной особенностью острых алкогольных психозов является своеобразный полиморфизм клинических проявлений, не характерный для других экзогенно и эндогенно обусловленных состояний. Так, алкогольный делирий в частных случаях сопровождается транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами, вербальным псевдогаллюцинозом и т. д. При острых психозах важно учитывать и тяжесть состояния, так как делирий или другой психоз может протекать с отеком головного мозга и нарушением функций жизненно-важных органов и систем. Острые алкогольные психозы на фоне современной терапии продолжаются до десяти суток. Затяжные (протрагированные) и хронические психозы также могут иметь острое начало, но возможно постепенное формирование и нарастание симптоматики. Считается, что затяжные психозы продолжаются до полугода. Хронические алкогольные психозы, как правило, протекают на фоне глубоких изменений личности по органическому типу, могут продолжаться неопределенно длительное время и полностью инвалидизировать больного. В практическом отношении представляется удобной следующая классификация алкогольных (металкогольных) психозов:

- Алкогольные делирии (абортивный, типичный, мусситирующий, атипичный: систематизированный, с вербальным псевдогаллюцинозом, с транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами; острое течение).
- Алкогольные галлюцинозы (вербальный галлюциноз, галлюциноз с чувственным бредом, галлюциноз с психическими автоматизмами; острый, затяжной и хронический типы течения).
- Алкогольные бредовые психозы (алкогольный параноид, алкогольный бред ревности; острый, затяжной и хронический типы течения).
- Алкогольные энцефалопатии (острая энцефалопатия, хроническая энцефалопатия, энцефалопатия Гайе–Вернике, алкогольный псевдопаралич).

*Алкогольный делирий* манифестирует с выраженной тревогой и стойкой бессонницей, на фоне которых появляются парейдолические

иллюзии. Иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется зрительными и вербальными галлюцинациями. Характерны кратковременные транзиторные состояния помрачения сознания с нарушением ориентировки, которые больные описывают как «провалы», «забытье», «кошмары» (абортивный делирий). Симптоматика сохраняется «мерцающей» от нескольких часов до суток, после чего галлюциноз становится статичным состоянием. Галлюцинации носят угрожающий характер, поведение определяется их содержанием. Постепенно галлюциноз усложняется, становится сценopodobным. Одновременно нарастает оглушение. Теряется ориентировка в месте и времени, но сохраняется в собственной личности (типичный делирий). Характерны переживания бытового и профессионального плана. Нарастание признаков помрачения сознания сопровождается уменьшением двигательной и речевой продукции, активность больного ограничивается постелью. Он становится безучастным к окружающей обстановке, перебирает одеяло, что-то неразборчиво бормочет, не узнает близких (мусситирующий делирий). Повышается температура тела, резко снижаются диурез, и падает артериальное давление. Без лечения это состояние имеет неблагоприятный прогноз для жизни. Алкогольный делирий может иметь включения из симптомокомплексов других психопатологических регистров (атипичный делирий). Абортивный делирий отличается кратковременностью, своеобразной пароксизмальностью проявлений, с характерным разрешением психотических эпизодов после непродолжительного сна. Абортивный делирий может повторяться в течение суток или трансформироваться в типичный.

*Алкогольный галлюциноз* — психоз с преобладанием слуховых, вербальных галлюцинаций, бреда и аффективных тревожных расстройств. Острые тяжелые алкогольные галлюцинозы по клиническим проявлениям приближаются к делирию. Так, на высоте психоза может развиваться галлюцинаторная спутанность, близкая по клиническим проявлениям к помрачению сознания. Однако абсолютное большинство алкогольных галлюцинозов протекает при ясном сознании.

Острые алкогольные галлюцинозы манифестируют с акаозмов и фонем на фоне бессонницы. Они сопровождаются тревогой, двигательным беспокойством, аффектом недоумения. Эти явления могут исчезнуть критически после глубокого сна. Одновременно ослабе-

вают и аффективные расстройства. В случаях дальнейшего развития психоза появляются множественные вербальные псевдогаллюцинации с бредом отношения, воздействия, обвинения, преследования или физического уничтожения. Характерны приступы страха и паники. Затяжные и хронические алкогольные галлюцинозы характеризуются стойким вербальным псевдогаллюцинозом с присоединением выраженных депрессивных и бредовых расстройств.

*Алкогольный параноид* проявляется чувственным бредом, тревожно-депрессивным аффектом и сенсорными расстройствами. Для острого алкогольного параноида, наряду с бредовой трактовкой окружающего, характерно иллюзорное восприятие. Больные в разговорах слышат в свой адрес угрозу, издевательства, видят в бытовых предметах орудия убийства и т. д. Преобладает аффект страха. В отношении мнимых преследователей могут совершаться агрессивные поступки. При затяжном параноиде исчезает иллюзорный компонент бреда, наблюдается его некоторая систематизация. Поведение становится более упорядоченным, но больные остаются замкнутыми, подозрительными. Настроение сохраняется тревожным, угрюмо-злым. Постепенно интенсивность переживаний ослабевает. Относительно длительное время сохраняется резидуальный бред.

*Алкогольный бред ревности* (алкогольная паранойя) — это психоз, преимущественно с затяжным и хроническим типом течения, с преобладанием первичного систематизированного бреда. Встречается, как правило, у мужчин с психопатическими паранойяльными чертами характера. Бред монотематический, развивается постепенно. Формированию бредового синдрома часто предшествуют реальные негативные изменения в семейных отношениях, связанные с характерологическими особенностями и алкоголизацией больного. Напряженные семейные отношения становятся фабулой сверхценных переживаний. Сначала бредовые высказывания появляются только в состоянии опьянения или похмелья. Содержание бреда нередко сохраняет правдоподобную фабулу. Однако, со временем круг событий, получающих бредовую трактовку, расширяется, а поведение приобретает специфические бредовые черты. На этом фоне возможны агрессивные и аутоагрессивные действия. Бред ревности может диссимулироваться. На фоне лечения он сменяется стойким резидуальным бредом.

Острые *энцефалопатии* наблюдаются при массивной алкоголизации в III стадии алкоголизма или при интоксикации суррогатами алкоголя и техническими жидкостями (метиловый спирт, этиленгликоль, дихлорэтан и др.). Для этих состояний характерны помрачение сознания вплоть до аменции, делирий и грубые неврологические нарушения. Проявления острой энцефалопатии отчасти обратимы.

*Энцефалопатия Гайе-Вернике* — это геморрагическая энцефалопатия или верхний полиэнцефалит с подострым течением. Продром продолжается до месяцев, проявляется выраженной астенизацией и нарастанием дистрофических расстройств. На этом фоне остро развивается мусситирующий делирий. Состояние быстро ухудшается, повышается температура тела, появляются кататоноподобные явления, аментивная спутанность. Прогноз для жизни неблагоприятный.

*Алкогольный псевдопаралич* — вариант хронической энцефалопатии, проявляющийся интеллектуально-мнестическим снижением с беспечностью, эйфорией, идеями величия.

Хроническая энцефалопатия, по сути, является исходом алкоголизма. В клинической картине наряду с деменцией могут наблюдаться полиневриты, поражения мозжечка и мозолистого тела, корсаковский синдром (фиксационная, ретро- и антероградная амнезия, конфабуляции, эйфория) и другие расстройства.

**Дифференциальная диагностика.** Существенной особенностью острых алкогольных психозов является своеобразный полиморфизм клинических проявлений, не характерный для других экзогенно и эндогенно обусловленных состояний. Так, алкогольный делирий в частных случаях сопровождается транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами, вербальным псевдогаллюцинозом и т. д. При острых психозах важно учитывать и тяжесть состояния, так как делирий или другой психоз может протекать с отеком головного мозга и нарушением функций жизненно-важных органов и систем. Алкогольный делирий следует дифференцировать от органических психозов, экзогенных психозов неалкогольной этиологии. Алкогольные энцефалопатии следует дифференцировать от энцефалитов различного генеза, опухолей головного мозга.

**Показания к госпитализации.** Абсолютные. При алкогольных психозах имеют место агрессия (алкогольный бред ревности часто сопровождается тяжелой агрессией в адрес супруги) аутоагрессия, суицидальное поведение, и психомоторное возбуждение, а также на-



рушения витальных функций. Исключение могут составить только затяжные и хронические алкогольные галлюцинозы без опасных для себя и окружающих тенденций.

**Рекомендации для оставленных дома больных.** Необходимо срочно обратиться за психиатрической помощью в диспансер по месту жительства. В случае утяжеления физического или психического состояния вызвать скорую помощь.

#### **Мероприятия на догоспитальном этапе.**

##### **Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Феназепам — при внутривенном или внутримышечном введении начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

или

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

При психомоторном возбуждении, выраженной тревоге: дроперидол 2,5% раствор — 1–4 мл внутримышечно, галоперидол 0,5% раствор по 1–2 мл внутримышечно.

##### **Часто совершаемые ошибки:**

- Введение фуросемида без восполнения объема циркулирующей крови 0,9% раствором натрия хлорида и препаратами калия опасно развитием дегидратации, гипотензии, гипохлоремического и гипокалиемического алкалоза.
- Назначение лекарственных средств с антихолинергическим действием и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил (циклодол), биперидин (акинетон), хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), клозапин) может вызвать делирий.
- Назначение нейролептиков из группы фенотиазиновых производных (хлорпромазин) может привести к осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушениям работы печени.
- Назначение сердечных гликозидов может вызвать угрожающую брадикардию, фибрилляцию предсердий, желудочковую экстрасистолию.

- Быстрое внутривенное введение натрия хлорида провоцирует центральные нарушения, связанные с демиелинизацией нервных волокон.
- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепама или феназепама опасно развитием нарушения дыхания.

### ***Синдром отмены опиоидов (опиоидный абстинентный синдром)***

Опиоидный абстинентный синдром (ОАС) проявляется выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями, возникающими при прекращении приема препаратов опиоидной группы. Различают следующие виды препаратов: природные препараты снотворного мака и его отдельные алкалоиды (опий, морфин, кодеин и др.); полусинтетические (героин, дезоморфин, гидрокодон, гидроморфон, оксикодон, оксиморфон, бупренорфин, пентазоцин, буторфанол, налбуфин и др.); синтетические (меперидин, метадон, фентанил и его производные и др.). Отсутствие привычной интоксикации ведет к несовершенной компенсации функций организма, лежащей в основе клинических проявлений абстинентного синдрома. Клиническая картина ОАС при злоупотреблении различными опиоидами имеет общие проявления и некоторые отличия. Тяжесть ОАС определяется характеристиками конкретного вещества, его среднесуточной дозой, периодом непрерывной наркотизации, давностью заболевания, наличием сопутствующих соматических и психических заболеваний.

**Клиническая картина.** Формирование ОАС может произойти через 1–2 месяца регулярного употребления наркотиков. Спустя 4–12 часов после последнего приема наркотика отмечают мидриаз, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, гусиная кожа, бессонница, озноб, сменяющийся жаром, потливость и слабость. Ощущается дискомфорт в мышцах спины, ног, шеи. Боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Несколько позже к этим проявлениям присоединяются тошнота, рвота, боли в области живота, усиление перистальтики кишечника, диарея. К концу первых суток появляются мышечные боли, тонические судороги периферических мышц, субфебрилитет. Больные не могут найти себе место, сообщают, что их «крутит», «сводит», «выламывает суставы» и т. д. Перемена положения тела на короткое время приносит некоторое улучшение, поэтому больные постоянно меняют позу: ложатся, садятся, приседают, поднимают вверх ноги, катаются по полу и т. д. Они напря-

жены, раздражительны, злобны. Могут быть проявления агрессии; часты и аутоагрессивные действия — больные наносят себе порезы в области предплечий. Возможны и истинные суицидные попытки. Настроение снижено, влечение к наркотику непреодолимое. Максимум выраженности симптомов синдрома отмены отмечается к концу вторых — началу третьих суток. Продолжительность абстинентного синдрома без лечения может составлять 5–10 дней. По минованию ОАС у больного снижается толерантность к наркотику.

При использовании *героина* в клинической картине ОАС сильнее выражены аффективные, психопатоподобные и диссомнические нарушения. Болевой симптомокомплекс — тяжелый, однако редуцирован во времени. При употреблении *кустарно приготовленных препаратов опия и натуральных опиатов* ведущее место в клинической картине занимает выраженная болевая симптоматика, которая сопровождается также значительно выраженной вегетативной дисфункцией. ОАС при внутривенном использовании *метадона* развивается в более поздние сроки (3–6 месяцев начала регулярной наркотизации) и носит более затяжной (до трех недель) характер, изматывающий больного. ОАС при использовании *дезоморфина* развивается через 3–6 месяцев после первого употребления в случае первичной наркомании. Развивается через 3–4 часа после последнего употребления наркотика, и достигает пика через 48 часов после последнего употребления. Аффективные нарушения (депрессия, суицидальные тенденции) при дезоморфиновом синдроме отмены опережают развитие алгических и соматовегетативных расстройств. Несмотря на то, что ОАС — состояние субъективно крайне тягостное, а для ряда лиц с наркотической зависимостью, по их словам, «почти непереносимое», тем не менее, оно в большинстве случаев не угрожает жизни больного. Вместе с тем, у лиц с сопутствующей соматической патологией возможно развитие опасных для жизни состояний.

**Диагностика.** Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после употребления вещества в течение длительного времени, но в высоких дозах.

**Осмотр.** Признаками ОАС, которые выявляются при осмотре, являются:

- зевота, слезотечение, насморк с чиханьем, жалобы на зуд в носу и носоглотке;
- ощущение «заложенности» носа;

- расширение зрачков, «гусиная кожа», периодический озноб, сенестопатии, умеренная тахикардия или артериальная гипертензия и другие вегетативные нарушения;
- бессонница;
- неодолимое желание принять наркотик;
- мышечные и суставные боли («ломка»);
- аффективные нарушения: тоска, чувство безнадежности, бесперспективности, тревога, беспокойство;
- демонстративный характер поведения;
- абдоминальные судороги, тошнота или рвота, диарея.

Следует обратить внимание на признаки длительной наркотизации:

- изменения поверхностных вен: множественные следы инъекций вдоль вен, рубцы, облитерация вен, флебиты;
- абсцессы и рубцы в области инъекций;
- низкая масса тела, бледность кожных покровов с сероватым оттенком, отсутствие зубов;
- специфический жаргон.

Обнаружение опиатов или их метаболитов в биологических средах может лишь косвенно свидетельствовать о наркомании, подтверждая сам факт употребления наркотического вещества, но не наличие синдрома зависимости.

**Дифференциальная диагностика.** Дифференциальную диагностику проводят с абстинентными состояниями, развивающимися в результате хронического употребления других психоактивных веществ, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, острыми инфекционными заболеваниями.

Необходимые действия до приезда бригады СМП. Обратиться за помощью к психиатру-наркологу по месту жительства, если имеют место начальные и умеренно выраженные проявления ОАС, не осложненного другими неотложными состояниями или острыми сопутствующими заболеваниями. Если позвонивший сообщает об агрессии, аутоагрессии, суицидальном поведении, психомоторном возбуждении, ему даются советы, представленные в соответствующих разделах.

#### **Лечение.**

**Показания к госпитализации.** Показаниями к госпитализации по скорой помощи служат состояния, которые в частных случаях могут иметь место в клинической картине больного: агрессия, аутоагрессия, суицидальное поведение, психомоторное возбуждение.

**Рекомендации для пациентов, не нуждающихся в госпитализации** (оставленных дома). Срочно обратиться в наркологический диспансер по месту жительства. После купирования проявлений ОАС пациенту рекомендуется начать лечение опиоидной зависимости.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.** Врачу скорой медицинской помощи, столкнувшемуся с проявлениями тяжелого ОАС, следует уведомить больного о необходимости лечения в условиях профильного наркологического стационара. На дому лечение не проводится. На догоспитальном этапе проводят коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, для чего однократно можно использовать снотворно-седативные препараты и нейролептики.

**Способ применения и дозы лекарственных средств.**

Феназепам — при внутривенном или внутримышечном введении начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

или

Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

Трамадола гидрохлорид внутривенно или внутримышечно 2 мл 5% раствора.

Часто встречающиеся ошибки:

- Назначение лекарственных средств с антихолинергическим действием и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил (циклодол), биперидин (акинетон), хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), клозапин) может вызвать делирий.
- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепама или феназепама опасно развитием нарушения дыхания.

### **Злокачественный нейролептический синдром**

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) — сравнительно редкое, но потенциально опасное для жизни неотложное состояние, связанное с приемом нейролептиков.

Наиболее часто ЗНС развивается при назначении нейролептиков с выраженным общим и избирательным антипсихотическим действием и высокой экстрапирамидной активностью — галоперидола, трифтазина, тиопроперазина. Вместе с тем отмечена возможность

развития ЗНС и при лечении нейролептиками, не вызывающими выраженных экстрапирамидных побочных эффектов, такими как тиоридазин, клозапин, рисперидон. Патогенез ЗНС выяснен не полностью. Рассматриваются две гипотезы:

- 1) нарушения обмена допамина в центральной нервной системе;
- 2) периферический эффект нейролептиков — воздействие их на скелетные мышцы.

**Клиническая картина.** Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность, угнетение сознания и вегетативная лабильность. Для легкого варианта течения ЗНС характерен подъем температуры до субфебрильных цифр (37–38°C), а для тяжелых случаев до 39°C и выше. Прогрессирующая мышечная ригидность — один из наиболее существенных признаков ЗНС.

Выраженность мышечной ригидности может быть различной от гипертонуса мышц до симптома «свинцовой трубы», когда наблюдается крайняя резистентность к пассивным движениям. Если злокачественный нейролептический синдром обусловлен применением атипичных нейролептиков, экстрапирамидная симптоматика, в том числе мышечная ригидность, выражена слабее, может отсутствовать в начале приступа или не развиваться вообще. К другим экстрапирамидным расстройствам относятся: бради- и акинезия, симптом «зубчатого колеса», миоклонус, тремор, хорья, опистотонус, дизартрия, афония, дисфагия, акатизия, дистония (тризм, блефароспазм, окулогирный криз), epileptiformные припадки, гиперрефлексия, клонус стоп.

При тяжелом течении ЗНС нарастают вегетативные сдвиги: тахикардия достигает 120–140 ударов в 1 мин, одышка — до 30 дыханий в 1 мин. Развиваются водно-электролитные нарушения, усиливаются гемодинамические расстройства, изменяются лабораторные показатели (повышение СОЭ до 40–70 мм/ч), общее количество лейкоцитов повышается до 15 000–30 000 со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Понижение количества лимфоцитов до 3–10% сочетается со значительным повышением уровня аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, креатинфосфокиназы в плазме крови. Психические нарушения при ЗНС многообразны и могут проявляться в виде тревоги, спутанности, возбуждения, делирия, онейроидного и аментивного помрачения сознания, тяжелой кататонии, акинетического мутизма, ступора и комы. Часто наблю-

даются колебания уровня нарушения сознания. Прогностически неблагоприятным фактором является присоединение буллезного дерматита, с появлением пузырей в пояснично-крестцовой области, пятках и локтях. Пузыри, наполненные серозно-геморрагическим содержимым, быстро лопаются, и на их месте образуются пролежни с участками некроза, которые быстро нагнаиваются и могут приводить к развитию сепсиса. Буллезный дерматит резко ухудшает состояние больных. Наиболее опасны такие осложнения ЗНС, как рабдомиолиз, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность, легочная эмболия, аспирационная пневмония, отек легких, респираторный дистресс-синдром взрослых (шоковое легкое), аритмии, острый инфаркт миокарда, внезапная остановка сердца.

**Осмотр.** При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих синдром: ступор, повышение температуры, повышенное потоотделение, мышечную ригидность, состояние кожных покровов (пузыри, кровоизлияния, пролежни), сердечно-сосудистые симптомы (глухость сердечных тонов, повышение или снижение пульса, артериальная гипертензия или гипотензия).

**Дифференциальная диагностика:**

- фебрильная шизофрения;
- кататоническая шизофрения;
- серотониновый синдром;
- бактериальный или вирусный менингит;
- сепсис.

**Необходимые действия до приезда бригады СМП.** При осуществлении диагностики необходимо собрать анамнез у родственников, выяснить, какие психотропные лекарственные средства принимал больной, установить длительность приема психотропных средств, уточнить нутрициологический статус (аппетит, водный режим, диурез), выяснить, имеются ли у больного в анамнезе органические поражения головного мозга, ИБС, артериальная гипертензия и др., уточнить сопутствующие симптомы (потеря сознания, затруднение дыхания, тошнота и рвота и др.). До приезда бригады СМП необходимо осуществлять надзор.

**Лечение.**

**Показания к госпитализации.** Экстренная госпитализация по жизненным показаниям в психосоматическое отделение многопрофильного стационара.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.** Рекомендуются мероприятия по снижению температуры: наложение пузырей со льдом на область крупных сосудов, влажные холодные обертывания и т. п., немедленная отмена нейролептиков. Жаропонижающие препараты неэффективны.

**Способ применения и дозы лекарственных средств.** Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора); бипериден (акинетон) 3–12 мг/сут или тригексифенидил (циклодол) 3–12 мг/сут.

**Часто совершаемые ошибки.** Ошибки при дифференциальной диагностике между фебрильной шизофренией, кататонической шизофренией, серотониновым синдромом.

### Серотониновый синдром

Серотониновый синдром возникает преимущественно при назначении комбинаций различных серотонинергических средств и включает психические, нервно-мышечные и вегетативные расстройства.

Чаще всего серотониновый синдром возникает при комбинированной терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) (циталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин) с:

1) неселективными необратимыми ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) — изокарбоксазидом, фенилзином и транилципромином;

2) селективными обратимыми ингибиторами MAO-A — моклобемидом и MAO-B — селегилином;

3) тразодоном, нефазодоном, литием, кломипрамином, амитриптилином;

4) бупироном, карбамазепином, L-триптофаном, декстрометорфаном, трамаолом, дигидроэрготамином, суматриптаном, леводопа.

Повышение концентрации серотонина в ЦНС происходит посредством:

- повышения синтеза серотонина (L-триптофан);
- прямого воздействия на серотониновые рецепторы (литий, бупиرون);
- повышения высвобождения серотонина из пресинаптической мембраны (этанол, кокаин, декстрометорфан, петидин, фенфлурамин).



**Клиническая картина.** Серотониновый синдром включает психические, вегетативные и нервно-мышечные нарушения. Для начального этапа серотонинового синдрома характерны диспепсические явления (бурление, колики в животе, метеоризм, жидкий стул, тошнота, режé рвота и др.). К желудочно-кишечным расстройствам присоединяются тремор, дизартрия, неусидчивость, мышечный гипертонус, гиперрефлексия, миоклонические подергивания. При утяжелении состояния возникают маниакальноподобные состояния со скачкой идей, смазанной речью, нарушениями сна. В отдельных случаях наблюдаются спутанность сознания и симптомы дезориентировки. При крайне тяжелом течении, возможном (который возможен при сочетании СИОЗС и ИМАО), серотониновый синдром близок к клинике злокачественного нейролептического синдрома с резким повышением температуры. К тяжелым осложнениям серотонинового синдрома относятся также ДВС-синдром, рабдомиолиз, миоглобинурия, почечная, печеночная и мультиорганная недостаточность, метаболический ацидоз. К летальному исходу может привести миоклонус, затрагивающий грудные мышцы.

**Диагностика.** Диагноз основывается на клинических симптомах, особенностях действия принимаемых препаратов и результатах исключения болезней с похожей клинической картиной. Предложены следующие критерии для диагностики серотонинового синдрома:

- появление как минимум трех из ниже описанных симптомов: ажитации, лихорадки, гиперрефлексии, миоклонии, диареи, нарушения координации, гипергидроза, озноба, спутанности, связанных с началом терапии серотонинергическим веществом, или с повышением его дозы, или с добавлением другого серотонинергического вещества;
- исключение других возможных причин — инфекций, метаболических нарушений, интоксикаций препаратами, синдрома отмены и др.;
- непосредственно перед возникновением симптомов болезни пациенту не назначали нейролептик или не повышали его дозу (если он был назначен давно).

**Осмотр.** При осмотре обращают внимание на выявление признаков, характерных для серотонинового синдрома: изменение температуры, повышенное потоотделение, изменение лица (маскообразность, сальность), зрачков (мидриаз), сердечно-сосудистую симпто-

матику (глухость сердечных тонов, повышение или снижение пульса, артериальную гипертензию или гипотензию).

**Дифференциальная диагностика.** Серотониновый синдром следует дифференцировать с состояниями, встречающимися при энцефалитах, гипертиреозидизме, гипертоническом кризе, кататонической шизофрении, злокачественном нейролептическом синдроме, септицемии, столбняке; при интоксикациях холинолитиками, амфетаминами, литием, галлюциногенами, кокаином, ингибиторами МАО, фенциклидином, салицилатами, стрихнином.

Необходимые действия до приезда бригады СМП. Выяснить, какие психотропные ЛС принимал больной. Длительность приема психотропных средств. Нутрициологический статус (аппетит, водный режим, диурез). Имеются ли у больного в анамнезе органические поражения головного мозга, ИБС, артериальная гипертензия и др. Уточнить сопутствующие симптомы (потеря сознания, затруднение дыхания, тошнота и рвота и др.). Не оставляйте больного без присмотра.

#### **Лечение.**

**Показания к госпитализации.** Экстренная госпитализация по жизненным показаниям в психосоматическое отделение многопрофильного стационара.

#### **Мероприятия на догоспитальном этапе:**

- мероприятия по снижению температуры: наложение пузырей со льдом на область крупных сосудов, влажные холодные обертывания и т. п.;
- немедленная отмена серотонинергических препаратов.

**Способ применения и дозы лекарственных средств.** Диазепам — при внутривенном и внутримышечном введении. Средняя разовая доза 10 мг (2 мл 0,5% раствора).

**Часто совершаемые ошибки.** Ошибки при дифференциальной диагностике между фебрильной шизофренией, кататонической шизофренией, злокачественным нейролептическим синдромом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 720 с.
2. *Жариков Н. М.* Психиатрия: учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. — М.: МИА, 2009. — 832 с.
3. *Коркина М. В.* Психиатрия: учебник / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.
4. Психиатрия войн и катастроф / под ред. В. К. Шамрея. — СПб.: СпецЛит, 2015. — 431 с.
5. Психиатрия. Национальное руководство / Под ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1000 с.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

**1. Для купирования маниакального возбуждения применяется:**

- А. Галоперидол
- Б. Амитриптилин
- В. Ноотропил
- Г. Лудиомил
- Д. Пиразидол

**2. У студента-биолога 20 лет (наследственность не отягощена) около недели назад ухудшился сон. Стал возбужден и многоречив. Утверждал, что изобрел сплав золота и бриллиантов, может с его помощью читать мысли врачей. Наиболее вероятный диагноз:**

- А. Шизофрения
- Б. Алкогольный делирий
- В. БАР (маниакальная фаза)
- Г. Эпилептические сумерки
- Д. Реактивный параноид

**3. Юноша 18 лет, эйфоричен, несколько возбужден, многоречив, импульсивен, временами агрессивен, лицо бледное, зрачки широкие, артериальное давление — 160/90, отмечается тахикардия и легкий тремор, жалуется на боль за грудиной. Диагноз:**

- А. Маниакальный синдром
- Б. Опийное опьянение
- В. Каннабиоидное опьянение
- Г. Кокаиновое опьянение
- Д. Опьянение алкоголем

**4. Психомоторное возбуждение и сумеречные состояния в остром периоде травмы головного мозга купируются применением:**

- А. Диазепам
- Б. Амитриптилина
- В. Лития карбоната
- Г. Трифтазина
- Д. Сонапакса

**5. Купирование кататонических расстройств наиболее эффективно при применении препарата:**

- А. Сонапакс
- Б. Галоперидол
- В. Рисполепт
- Г. Аминазин
- Д. Азалептин

**6. Для всех нейролептиков характерны все следующие признаки, исключая:**

- А. Психопатологическое действие без снотворного влияния
- Б. Ингибирующее действие в отношении возбуждения, ажитации, агрессивности, редукции маниакальных состояний
- В. Редуцирующее действие в отношении некоторых острых хронических и экспериментальных психозов
- Г. Характерные психомоторные, неврологические, вегетативные нарушения
- Д. Преобладающее воздействие на подкорковые образования

**7. Меры физического стеснения могут применяться:**

- А. По усмотрению любого из медицинских работников
- Б. При наличии психического заболевания
- В. При наличии данных за агрессивное поведение в анамнезе
- Г. В случае непосредственной опасности для самого пациента и его окружающих
- Д. Для предупреждения побега пациента

**8. Галоперидол — это:**

- А. Снотворное
- Б. Транквилизатор

- В. Нейролептик
- Г. Вегетостабилизатор
- Д. Антидепрессант

**9. Наиболее опасный побочный эффект бензодиазепиновых транквилизаторов:**

- А. Фибрилляция желудочков
- Б. Острая печеночная недостаточность
- В. Угнетение внешнего дыхания
- Г. Острая почечная недостаточность
- Д. Гипокалиемия

**10. Направить пациента в психиатрический стационар может:**

- А. Сотрудники правоохранительных органов, врачи
- Б. Любой врач
- В. Врач-психиатр
- Г. Врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач-нарколог
- Д. Врач-психиатр, врач скорой медицинской помощи

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. А
2. В
3. Г
4. А
5. Д
6. А
7. Г
8. В
9. В
10. В

**А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская,  
Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов**

## **НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ**

**Учебно-методическое пособие**

Редакторы *Т. В. Руксина, В. А. Мартемьянова*  
Технический редактор *Т. Н. Ефимова*

Подписано в печать 01.10.2015 г.  
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 3,1. Усл. печ. л. 4,19.  
Тираж 500 экз. Заказ № 370.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.