
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психиатрии и наркологии

Е. В. Снедков, В. А. Некрасов

**ОСНОВНЫЕ АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ**

Учебно-методическое пособие

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

УДК 616-089.5:61:34

ББК 67.4+54.5

C53

Снедков Е. В.

C53 Основные алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи больным с острыми психическими нарушениями: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, В. А. Некрасов.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 28 с.

Авторы:

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

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 изложены основные алгоритмы оказания помощи при неотложных состояниях в психиатрии для врачей лечебного и медико-профилактического профиля. Выявление и распознавание неотложных и угрожающих жизни состояний у пациентов для оказания им своевременной помощи необходимо врачам любой специальности.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

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

© Е. В. Снедков, В. А. Некрасов, 2015

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

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Обеспечение безопасности	5
2. Соблюдение закона.....	7
3. Деэскалация напряжения	9
4. Комплексная оценка состояния пациента.....	11
5. Применение мер физического стеснения	13
6. Применение психофармакологических средств	15
7. Документирование	20
Литература	21
Тестовые задания	22
Эталоны ответов	25

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается (ст. 11 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Медицинские организации и медицинские работники несут ответственность за нарушение этих требований (ст. 124 Уголовного кодекса РФ).

К состояниям, требующим оказание экстренной медицинской помощи, в числе прочих относятся нарушения сознания, представляющие угрозу жизни и психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, которые представляют непосредственную опасность для него или для других лиц (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н).

1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ

✓ Быстро ориентируйтесь в ситуации. Срочно вызовите штатного психиатра-консультанта Вашего лечебного учреждения или бригаду скорой психиатрической помощи. До прибытия психиатра берите ответственное руководство оказанием экстренной медицинской помощи на себя.

✓ Если больной вооружен, забаррикадировался в помещении или необходимо вскрывать двери квартиры, дополнительно вызовите на помощь сотрудников полиции.

✓ Если Вы оказываете помощь возбужденному больному в лечебном учреждении, оперативно создайте бригаду из числа медперсонала (обычно достаточно 3–5 человек), проведите короткий инструктаж, заранее распределите роли и обязанности. При первой возможности переведите больного в изолятор или в отдельную палату, желательно на первом этаже здания. Если Вы диагностировали любой из синдромов помрачения или выключения сознания, переведите больного в реанимационное отделение или в палату интенсивной терапии.

✓ Если Вы оказываете помощь на улице, немедленно изолируйте больного в машине скорой помощи или полиции. Если у пациента развивается синдром выключения сознания (оглушенность, сопор или кома), немедленно вызывайте реанимационную бригаду и воздержитесь от использования психофармакологических средств. В случае наступления клинической смерти проводите искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца.

✓ Если больной убегает по улице, сразу сообщите об этом полиции и не преследуйте его сами.

✓ Позаботьтесь о себе: заранее снимите очки, галстук, шарф, украшения, уберите лишние предметы из своих карманов. Не запирайте помещение, где Вы находитесь вместе с пациентом.

✓ Исключите возможность побега, самоубийства или нападения, уберите из помещения и из карманов одежды пациента колющие, режущие и иные опасные предметы, неизвестные жидкости, таблетки, ампулы, шприцы, не оставляйте пациента одного возле окон и в туалете.

✓ Не игнорируйте суицидальные высказывания пациента, даже если они производят впечатление явно демонстративных.

✓ Всегда будьте готовы быстро отреагировать на резкое изменение поведения пациента. Временное успокоение не должно усыплять Вашу бдительность. Помните, что наблюдение за больным осуществляют врач и медсестра. Родственники, соседи по палате, сотрудники охраны больницы ответственности за жизнь пациента и безопасность окружающих не несут.

✓ При выходе и при посадке в машину поддерживайте пациента за руки. Если применялись седативные препараты, помните о возможности его внезапного падения из-за развития ортостатической гипотензии.

✓ Если применены меры физического стеснения, заботьтесь о профилактике позиционной асфиксии, асфиксии рвотными массами, сдавления нервных стволов, сосудов и внутренних органов, переломов костей и вывихов суставов.

✓ Осуществляйте мониторинг витальных функций после введения психотропных препаратов и во время транспортировки.

2. СОБЛЮДЕНИЕ ЗАКОНА

✓ Представьтесь пациенту, объясните, что Вы врач. Если Вы — психиатр, то имеете право не называть свою профессию только в случае, если пациент непосредственно опасен для себя или окружающих (ст. 23 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

✓ Не вводите пациента в заблуждение.

✓ Если это заведомо не усилит возбуждение, попытайтесь получить информированное согласие пациента на консультацию психиатра и/или на госпитализацию в психиатрический стационар. Предлагайте ему альтернативы, обсуждайте последствия.

✓ Если пациент совершает действия, дающие основание предполагать у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает непосредственную опасность для себя или окружающих, получение его согласия на консультацию психиатра не требуется (ст. 24 Закона).

✓ При необходимости незамедлительно и грамотно примените меры физического стеснения.

✓ Соблюдайте врачебную тайну при оказании помощи и после.

✓ Если Вы не являетесь врачом-психиатром, то имеете право направить пациента в психиатрический стационар в случае, если у него имеется психическое расстройство, соматическое состояние расценивается стабильным и он дал свое письменное согласие. Помимо вышеперечисленного, необходимым основанием для госпитализации в психиатрический стационар при этом будет решение

врача-психиатра учреждения, оказывающего стационарную психиатрическую помощь (ст. 28 Закона).

✓ Принятие решения о направлении (переводе) больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке является исключительным правом врача-психиатра (ст. 20 Закона).

✓ Если больной госпитализируется или переводится в другой стационар, оповестите об этом его родственников.

3. ДЕЭСКАЛАЦИЯ НАПРЯЖЕНИЯ

✓ В помещении, где находится больной, оставьте только тех, кто может быть полезен.

✓ Оставьте в помещении родственников, если в их присутствии пациент успокаивается.

✓ Сохраняйте обычную позу, спокойное выражение лица, негромкие интонации. Обращайтесь с пациентом терпеливо, уважительно и доброжелательно.

✓ При разговоре стоя не приближайтесь вплотную к напряженному или возбужденному пациенту. Поддерживайте естественный визуальный контакт. Не стойте над больным. Продолжая участливую беседу, подойдите к больному сбоку, постарайтесь усадить рядом с собой, положите свои руки на его кисти, так, чтобы он не смог внезапно захватить Вашу голову или нанести удар.

✓ Проявляйте эмпатию, используйте позитивное подкрепление.

✓ Не проявляйте страха, враждебности или фамильярности. Не совершайте движений, которые могут быть истолкованы как угрожающие или как оборонительные.

✓ Не создавайте впечатление, что вы блокировали все выходы.

✓ Сообщите пациенту, что Вы хотите ему помочь, не допустите причинения вреда, обеспечите безопасность и поможете восстановить контроль.

✓ Беседа не напоминает «перекрестный допрос»: только один коммуникатор, используйте понятные фразы, избегайте запутывающих вопросов.

✓ Без нужды не демонстрируйте свою готовность применить силу.

✓ Не вступайте в споры, не переубеждайте пациента в его ложных умозаключениях, но и не высказывайте своего согласия с ними.

✓ В присутствии пациента не делайте записей и не обсуждайте с другими его состояние.

4. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

✓ Цель диагностики в экстренных случаях — синдромальная квалификация остро развившегося психического расстройства, дифференциация эндогенных и экзогенных причин его возникновения, оценка риска летального исхода, опасности поведения пациента для него или для окружающих.

✓ Психопатологические нарушения могут быть симптомами острого соматического заболевания, общей или мозговой инфекции, повреждения мозга или интоксикации, которые могут предшествовать отчетливому проявлению соответствующих соматоневрологических симптомов.

✓ Даже в случаях, когда заведомо известно, что основным заболеванием пациента является психическое расстройство, исключите коморбидную соматическую патологию, инфекцию, травму или интоксикацию как причину развития острого состояния.

✓ Оцените внешний вид пациента, наличие повреждений, следы инъекций (психоактивные вещества? инсулин?), уровень сознания, ориентировку, речь, аффект, походку, координацию, витальные показатели (пульс, артериальное давление, частоту и характер дыхания), температуру тела, состояние зрачков, наличие нистагма, очаговой неврологической симптоматики, менингеальных симптомов.

✓ У дементного пациента дополнительно исключите инфаркт миокарда, инсульт, субдуральную гематому, опухоль мозга, гипо- или гипергликемию, обезвоживание (оцените состояние подмышечных впадин), скрытое кровотечение, бактериальный

эндокардит, острую задержку мочи, инфекцию мочевыводящих путей (оцените состояние мочевого катетера), каловый завал (может понадобиться ректальное обследование), сепсис в результате пролежней.

✓ Если Вы оказываете экстренную помощь в лечебном учреждении и диагноз остается неясным, назначьте больному общие анализы крови и мочи, определение уровня электролитов, глюкозы и креатинина в плазме, ЭКГ, компьютерную томографию (или рентгенографию) черепа и грудной клетки, по показаниям — анализ крови или слюны на содержание алкоголя, иммунохроматический тест на определение наркотиков в моче.

✓ Интоксикация — это клинический диагноз, а не диагноз лаборатории. Поэтому квалифицируйте ее наличие и глубину по соответствующим когнитивным и соматоневрологическим признакам.

✓ Делириозное или аментивное помрачение сознания – проявление острой энцефалопатии, один из клинических признаков жизнеопасного состояния, независимо от его этиологии.

✓ Зрительные иллюзии и галлюцинации также указывают на высокую вероятность соматогенного расстройства.

✓ Алкогольный или наркоманический анамнез не исключает возможности развития делирия или комы в результате тяжелой соматической патологии или черепно-мозговой травмы.

5. ПРИМЕНЕНИЕ МЕР ФИЗИЧЕСКОГО СТЕСНЕНИЯ

✓ Физическое стеснение применяется только с целью предотвращения действий больного, представляющих непосредственную опасность для самого пациента или для окружающих, когда иными методами полностью предотвратить эти действия невозможно. Не медлите с применением физического стеснения, если прогнозируете вероятность опасных действий.

✓ Действия, принимаемые по Вашему указанию членами бригады, должны быть быстрыми, согласованными и точными.

✓ Для физического стеснения возбужденного, агрессивного, оказывающего сопротивление пациента два члена бригады подходят к пациенту сбоку или сзади, быстро и энергично берут его руки крест-накрест за спину (стоящий слева берет правую руку пациента, справа — левую) и затем, идя сбоку, препровождают к койке или к носилкам. Если больной вооружился палкой или другим предметом, к нему приближаются с разных сторон, держа перед собой простыни, одеяла, пальто и т.п. Находящийся сзади накидывает больному простынь на голову и стягивает, избегая при этом удушья; остальные тем временем обезоруживают и подхватывают под колени. Затем, удерживая больного за конечности, прижимая плечи к кровати (носилкам) руками и туловище — с помощью простыни, производят фиксацию конечностей выше лучезапястных и выше голеностопных суставов, а также туловища в области груди на уровне подмышечных впадин. При необходимости может быть применена дополнительная фиксация

в области бедер. Фиксация осуществляется с помощью широких эластичных полос материи (могут быть использованы сложенные вдоль простыни или полотенца) или специальных фиксирующих ремней. Категорически недопустимо использовать травмирующие методы фиксации, газовые баллончики, наручники, давить на тело больного коленями, подтягивать ноги к связанным за спиной рукам или усаживать больного головой в согнутые колени и привязывать руки к ногам.

✓ Применяя меры физического стеснения, не причиняйте пациенту боли.

✓ Если фиксированный пациент плюется, наденьте ему на лицо хирургическую маску.

✓ Больного в состоянии возбуждения и/или нарушенного сознания транспортируйте в положении лежа на спине в сопровождении не менее трех человек, двое из которых должны находиться рядом с ним, один – сзади.

✓ При транспортировке в ночное время включите освещение в салоне автомобиля.

✓ Ст. 30 Закона РФ «О психиатрической помощи...» ограничивает применение мер физического стеснения временем, в течение которого сохраняется состояние, сопровождающееся действиями, непосредственно опасными для самого пациента или окружающих.

6. ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

✓ Психофармакологические препараты используйте для того, чтобы успокоить пациента, но не для того, чтобы вызвать сон. Избыточная седация затрудняет оценку состояния пациента, выявление основной или коморбидной патологии, может повлечь его длительную задержку в приемном покое больницы.

✓ Избегайте применения мегадоз и лекарственных коктейлей. За исключением специально оговоренных рекомендаций, для купирования психомоторного возбуждения используйте один препарат.

✓ Если состояние пациента позволяет, предпочтите пероральный прием препарата парентеральному введению. Имейте в виду, что некоторые антипсихотики наряду с формами выпуска в виде обычных таблеток выпускаются в удобно дозируемых, быстро абсорбируемых сублингвальных формах: галоперидол в каплях, рисперидон (рисполепт) в каплях и таблетки рисполепт квиклет, оланзапин (таблетки zipрекса зидис).

✓ При необходимости повторно вводите препарат не ранее, чем через 40 мин, не допуская его суммарных передозировок.

✓ Седативные антипсихотики (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен, клозапин и др.) часто вызывают ортостатическую гипотензию, поэтому применять их при оказании неотложной

помощи на дому или перед транспортировкой в другой стационар не рекомендуется.

✓ Галоперидол – высокопотентный антипсихотик, не имеет антихолинергических и гипотензивных свойств, не подавляет дыхание и обладает минимальной кардиотоксичностью, однако в высоких дозах он часто вызывает острые дистонические спазмы мышц головы и шеи, окулогирные кризы, акатизию («синдром беспокойных ног»).

✓ Дроперидол (5 мг в/м) превосходит галоперидол по скорости наступления седативного эффекта, однако ввиду более высокого риска пролонгации интервала QT (опасной развитием пароксизмальной желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков и асистолии) перед его использованием убедитесь, что у пациента нет хронической сердечно-сосудистой патологии, острого поражения миокарда, брадикардии, отравления кардиотоксическими препаратами, нарушения электролитного баланса (гипокалиемии, гипокальциемии, гипомагниемии), субарахноидального кровоизлияния, тромбоза сосудов головного мозга.

✓ Антипсихотики второго поколения (АВП) переносятся лучше антипсихотиков первого поколения (АПП), обладают антиагрессивными свойствами, реже вызывают развитие избыточной седации и острой дистонии, но они не всегда достаточно эффективны при купировании тяжелого возбуждения.

✓ АПП и АВП противопоказаны больным с тяжелой стенокардией, с сердечной аритмией, с эпилепсией, в подостром периоде черепно-мозговой травмы или инсульта, при психозах у больных паркинсонизмом. Из-за высокого риска развития опасных осложнений их не рекомендуется применять при острых алкогольных и амфетаминовых психозах.

✓ Бензодиазепины (БЗД) обладают седативными, снотворными и противосудорожными свойствами, но за счет миорелаксирующего эффекта могут угнетать функцию внешнего

дыхания и снижать сосудистый тонус. Поэтому их нельзя назначать больным старческого возраста, ослабленным больным, при ваготонии, при интоксикациях депрессантами ЦНС, а также комбинировать с седативными антипсихотиками и оланзапином.

✓ Комбинированное применение препаратов с различным нейрхимическим действием — высокопотентного дофаминового антагониста (например, галоперидола) и стимулятора гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) (бензодиазепина) обычно обеспечивает надежную седацию, позволяет избежать использования высоких доз и тем самым минимизировать риск развития побочных эффектов и осложнений.

✓ Злокачественная (фебрильная) кататония чаще всего развивается на фоне острых полиморфных аффективно-бредовых приступов с онейроидным помрачением сознания. Риск развития тяжелого осложнения терапии в виде злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) особенно высок, если для купирования таких приступов используются антипсихотики. В основе патофизиологии злокачественной кататонии и ЗНС — резкий дефицит дофамина и ГАМК наряду с избытком глутамата. Купируя психомоторное возбуждение у больного с острым полиморфным аффективно-бредовым психозом, с онейроидной кататонией, используйте средние или высокие дозы БЗД.

✓ В экстренных обстоятельствах не бойтесь сделать внутримышечную инъекцию препарата через одежду пациента.

✓ При критических состояниях, наряду с применением психофармакологических средств, по показаниям проводите интенсивные терапевтические мероприятия, направленные на стабилизацию жизненно важных функций организма.

✓ Алгоритмы купирования состояний острого психомоторного возбуждения прилагаются в виде схемы.

АЛГОРИТМЫ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО

При оказании экстренной помощи пожилому

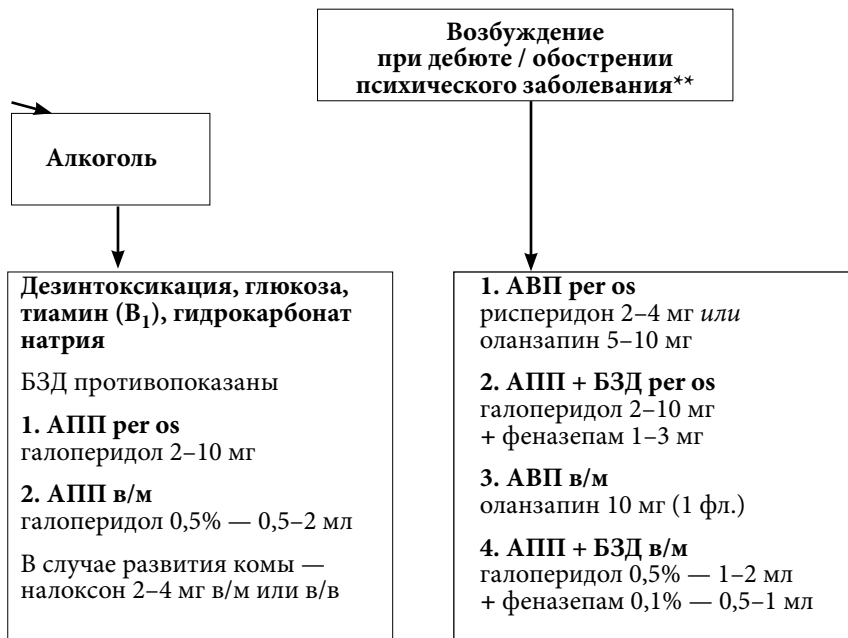


* При наличии симптомов аменции (делириозно-аментивный синдром — «мусситирующий делирий») и при острой энцефалопатии Гайе-Вернике антипсихотики и бензодиазепины противопоказаны; назначаются глиатилин 1000–3000 мг/сут в/в (на изотоническом растворе натрия хлорида), милдронат 500–1000 мг/сут в/в, цитофлавин 10 мл/сут (на 5% растворе глюкозы), большие дозы тиамин (В₁), витамины В₆, С, маннитол, дексаметазон 8–16 мг/сут.

АВП — антипсихотики второго поколения
АПП — антипсихотики первого поколения
БЗД — бензодиазепины

ПСИХОМОТОРНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ

пациенту применяют низкие дозы



** При острых аффективно-бредовых приступах с признаками развития онейроидной кататонии (тяжелая мания, острый полиморфный психоз) антипсихотики не применяются; препараты выбора — бензодиазепины.

7. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ

✓ В медицинской документации (истории болезни / амбулаторной карте, направлении в стационар) Вы обязаны отразить известные анамнестические сведения, обстоятельства развития острого состояния, динамику клинической картины в процессе оказания помощи (психическое состояние, данные физикального, лабораторного и инструментального обследования), диагноз (психические нарушения квалифицируйте на синдромальном уровне), мотивировку, конкретные формы и время применения мер физического стеснения, применявшиеся лекарственные препараты с указанием доз и времени введения, побочные эффекты и осложнения терапии (если таковые наблюдались).

ЛИТЕРАТУРА

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 720 с.

Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия: учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МИА, 2009. — 832 с.

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия: учебник. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.

Психиатрия войн и катастроф / под ред. В. К. Шамрея. — СПб.: СпецЛит, 2015. — 431 с.

Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — 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 неотягощена) 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. Канабиоидное опьянение
- Г. Кокаиновое опьянение

Д. Алкогольное опьянение

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 об агрессивном поведении в анамнезе
- Г. В случае непосредственной опасности для самого пациента и 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

Для заметок

Для заметок

Е. В. Снедков, В. А. Некрасов

**ОСНОВНЫЕ АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Учебно-методическое пособие

*Редактор Т. В. Руксина
Технический редактор Е. Ю. Паллей*

Подписано в печать 27.07.2015 г.
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 1,62. Усл. печ. л. 2,33.
Тираж 500 экз. Заказ № 315.

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.