Общероссийская общественная организация

 «Российское общество скорой медицинской помощи»

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ**

Утверждены на заседании Правления общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» 23 января 2014 г. в г. Казани

2014 г.

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ**

Авторы:

**А.Г. Софронов**, руководитель отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

**В.Э. Пашковский**, ведущий научный сотрудник отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

**А.Е. Добровольская**, научный сотрудник отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

**Е.Ю. Тявокина**, заведующая соматопсихиатрическим отделением отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологические формы |
| 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 |

**ОпределениЯ**

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 выраженными 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).

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 аутоагресии, 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 нарушений 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 ситуации, 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, тяжёлая кахексия).

***Психотические состояния без нарушения витальных функций*** – состояния, проявляющиеся грубыми нарушениями психической деятельности, вызванными неадекватными ситуации 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, сопровождающимися образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени. Галлюцинации преимущественно носят характер сценоподобных, 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 узнаёт, считает их подставными, замаскированными под близких ему людей. Больному кажется, что ведётся «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 которомнаблюдается 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, характерными для многих психических расстройств, при этом их наличие в клинической картине, как правило, носит необязательный (факультативный) характер. Они, хотя и имеют различные 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.

1. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

Оказание скорой психиатрической помощи регламентируется Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 г. N 3185-I «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 установлено тяжелое психическое расстройство, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

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 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, соответствующим только критериям "б" и "в", на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

Согласно требованиям Приказа:

1. Вызов психиатрической специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи (далее – психиатрическая бригада) должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и "тяжелое психическое расстройство" у него соответствует любому из трех критериев. В неблагоприятных социальных условиях (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощные больные (критерий "б") или больные с плохим клиническим прогнозом без психиатрической помощи (критерий "в") становятся опасными для себя. В этих случаях критерии "б" и "в" статьи 23, п.4 совпадают с критерием "а" и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи. Решение о госпитализации в недобровольном порядке принимается при соответствии его психического состояния критериям статьи 29 Закона.

2. Диспетчер (дежурный врач) скорой медицинской (психиатрической) помощи, принимая вызов, может быть введен в заблуждение тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической (медицинской) помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только то, что оно не нуждается в неотложной психиатрической (медицинской) помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть оказана только путём недобровольного помещения в психиатрический стационар, а признаков соответствия состояния лица критериям недобровольной госпитализации (статья 29, критерии "а", "б", "в") нет. Врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данный человек психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи он нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом врач делает обоснованную запись в медицинской документации. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается не проведенным, а врач не нарушает ст. 23 Закона о психиатрической помощи. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатра, и другим присутствующим лицам следует разъяснить обстоятельства, необходимые для принятия решения о психиатрическом освидетельствовании.

В Приказе обращено внимание на другие правовые положения, регулирующие оказание скорой психиатрической помощи:

1. Закон не выделяет ни одного из трех ("а", "б", "в") критериев недобровольной госпитализации в качестве главного. Во избежание невыполнения врачебного долга недопустима абсолютизация критерия опасности пациента для себя и окружающих ("а") как наиболее доказательного, и игнорирование двух других критериев. Важно, чтобы решение врача было всегда достаточно мотивировано описанием психического состояния пациента.

2. В случаях, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие), когда он, например, находится в состоянии помрачённого сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние), или когда имеет место острый психоз с выраженной растерянностью, крайней загруженностью психотическими переживаниями, или выраженное слабоумие, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно (но легко склонить такого пациента к подписи под документом о согласии на госпитализацию) - во всех этих случаях помещение в больницу должно оформляться только как недобровольное.

3. Недобровольная госпитализация (медицинская эвакуация) начинается с момента реализации принятого врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу, независимо от его желания, после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента в случае необходимости принимаются меры принуждения.

4. В направлении на госпитализацию психиатр должен дать предметное и доказательное описание психического состояния пациента, из которого достаточно определенно можно заключить, что оно соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации.

5. В соответствии с ч. 3 статьи 30 Закона работники полиции принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации (медицинской эвакуации). Сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. Это вытекает также из более общих положений статей 2 и 27 (ч.2) Федерального закона от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции», где указано, что в задачи полиции входит обеспечение личной безопасности граждан, охрана общественной безопасности, а также оказание помощи должностным лицам и учреждениям в осуществлении их законных прав и интересов. Отмечается также, что полиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности и своевременно принимать меры. Поэтому помощь медицинским работникам в случае необходимости при неотложной госпитализации - одна из форм выполнения полицией своих обязанностей.

6. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ

Применение мер безопасности регламентируются Приказом. Скорая 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.

1. Диспетчер (дежурный врач), приняв вызов и получив сведения о больном, совершившем опасные поступки или высказывающем угрозы, обязан информировать психиатрическую бригаду о высоком риске агрессии (аутоагрессии), сообщив 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 психиатрической 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 психиатрической бригадой 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 скорой медицинской помощи (санитар) психиатрической 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 укрывающегося, 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 психиатрической 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.

1. **общие рекомендации по Лечебные 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 случае принятия врачом решения о госпитализации пациента, так и в ситуациях, не сопровождающихся госпитализацией.

1. В случае принятия врачом решения о госпитализации пациента, назначение лекарственных средств показано для купирования или уменьшения выраженности психомоторного возбуждения. В зависимости от особенностей клинической картины и причины, вызвавшей возбуждение, применяютсянейролептики седативного (хлорпромазин, левомепромазин) и антипсихотического 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. 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.

1. В случаях проведения лечебных мероприятий, не сопровождающихся госпитализацией пациента, речь идёт о состояниях, в том числе не представляющих собой тяжелого психического расстройства, однако требующих 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).
2. Дозы лекарственных препаратов, а также объём 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, тяжёлые 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.

IV. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЮТ СОСТОЯНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09).**

Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов. 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. металкогольные 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 шизофреническая 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 2 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 облигатный 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 распространенности 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 нарушениями 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
1. 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.

**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.

**Вопросы позвонившему:**До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить особенности поведения больного: проявляет ли он раздражительность, буйство, словесные и физические угрозы.

**Советы позвонившему:** До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо попытаться успокоить больного, в деликатной форме разъяснить ему неуместность его поведения. Следует, по возможности, предупредить доступ больного к колющим и режущим предметом, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения повреждений другим людям.

**Действия на вызове**

**Диагностика** основана на выявлении характерных для всех видов агрессии симптомов: высокой импульсивности, снижении или потери 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.

**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 завладел каким-либо предметом, который может быть использован как орудие нападения.

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

Феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, далее феназепам)

- при в/в или в/м 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 в/в и в/м 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 в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2.5% раствора) под контролем артериального давления.

или

Галоперидол - 5–10 мг в/м или в/в 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 за его поведением.

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.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

В стационарных условиях должен быть организован строгий режим наблюдения, и назначение соответствующих психофармакологических средств. При лечении выраженной агрессии показаны комбинации быстро действующих бензодиазепинов с сильнодействующими нейролептиками.

**Наиболее часто рекомендуемые препараты:**

|  |  |
| --- | --- |
| Название | Дозы (мг) |
| Разовая | Среднесуточная |
| хлорпромазин | 100-150 | 300-400 |
| галоперидол | 5-10 | 20-30 |
| зуклопентиксол | 25 | 75-100 |
| хлорпротиксен | 50-100 | 150-300 |
| клозапин | 50-100 | 300-450 |
| оланзапин | 5-10 | 15-20 |
| рисперидон | 1-2 | 4-6 |
| кветиапин | 150-200 | 300-450 |
| диазепам | 5-10 | 20-30 |
| феназепам | 1-2 | 2-4 |

Для коррекции экстрапирамидных нарушений применяют тригексифенидил (циклодол) 2-4 мг перорально, биперидин (акинетон) в/м и в/в в среднесуточных дозах 2-10 мг.

Литература.

Pabis D.J., Stanislav S.W. Pharmacotherapy of aggressive behavior.//Ann. Pharmacother. 1996. V.30. P.3278-3287

Cooney C., Murphy S., Tessema H., Freyne A. Use of low-dose gabapentin for aggressive behavior in vascular and Mixed Vascular/Alzheimer Dementia. //J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2013. Spring;25(2):120-5. doi: 10.1176/appi.neuropsych.12050115.

Jeanblanc W., Davis Y.B. Risperidone for treating dementia-associated aggression.// Am. J. Psychiatry. 1995. V.152. №8. P.1239.

Goldberg R.J., Goldberg J. Risperidone for dementia-related disturbed behavior in nursing home residents: a clinical experience.//Int Psychogeriatr. 1997. Vol.9. №1. P.65-68

Rabinowitz J., Avnon M., Rosenberg V. Effect of clozapine on physical and verbal aggression.//Schizophr. Res. 1996. V.22 №3.P. З249-3255.

**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 имею место 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.

**Дифференциальная диагностика**

Следует отличать суицидальное аутоагрессивное поведение от несуицидальных 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.

**Вопросы позвонившему:** До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить характер самоповреждений, особенности поведения больного: раздражительность, беспокойство, тревожность.

**Советы позвонившему:** Выяснив характер самоповреждений, специалист может дать рекомендации по оказанию первой помощи пострадавшему. Следует, по возможности, ограничить доступ больного к колющим и режущим предметам, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения самоповреждений.

**Действия на вызове**

**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 суицидального поведения необходимо выяснить, переживал ли пациент в ближайшем прошлом тяжёлую стрессовую ситуацию, страдает ли он депрессией с идеями вины, самоуничижения, 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 живёт 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.

**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. При наличии угрозы жизни, пациенты с незавершённым 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 сокрытие предметов, которые могут быть использованы в дальнейшем для самоповреждения или нападения на окружающих. Во время перевозки медицинские работники должны проявлять повышенную бдительность, наблюдая за пациентом.

**Мероприятия на догоспитальном этапе.**

При необходимости оказания на месте хирургической, токсикологической или другой помощи, должна быть вызвана выездная бригада скорой помощи соответствующего профиля. При психомоторном возбуждении применяется медикаментозная терапия. 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(D,4)**

Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м 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 в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2.5% раствора) под контролем артериального давления.

или

Галоперидол - 5–10 мг в/м или в/в 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**

Недооценка тяжести и характера самоповреждений: проникающих ранений грудной и брюшной полостей, трахеи. Оставление больного без наблюдения.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

Тактика оказания скорой медицинской помощи определяется характером ведущего синдрома. При наличии повреждений оказывается квалифицированная хирургическая помощь (см. разделы: «Хирургия», «Травматология»). В период хирургического лечения проводится мониторинг психического состояния. Применение психотропных средств определяется характером ведущего психопатологического синдрома. В стационаре больным с суицидальной попыткой проводится тщательное обследование, мониторирование жизненно важных функций и определение химических веществ в биологических средах, в случае отравления. Клиническая оценка должна быть направлена как на определение психиатрического диагноза, так и на установление рисков и других факторов, влияющих на суицидальное поведение.

**Литература**

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. - М.: б/и, 1980. - 48 с.

2. Данилова М.Б. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией. - М., 1987.

3. Левина С.Д. Самоповреждения у психически больных (варианты, феноменология, коморбидность) // Актуальные вопросы психиатрии / Материалы научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения профессора Г. К. Ушакова. – М., 2001. – С. 46-47.

4. Сергеев И.И., Левина С.Д. Неслучайные повреждения при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. - №1. – С. 15-19.

Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления.// Суицидология . 2011. N1. С.54 – 55

5. Левина С.Д. Несуицидальная аутоагрессия у лиц молодого возраста // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии / Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – СПб., 2005. – С. 141.

6. Сергеев И.И., Левина С.Д., Панкова О.Ф. Несуицидальная аутодеструкция при шизофрении (варианты, психопатология, коморбидность) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. - №4. – С. 4-18.

8. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидные попытки (клиника, диагностика, лечение). Смоленск: СГМА, 2012 – 232с.

**ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ**

**Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами**

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 поражениях 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, агрессивностью, 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, тяжёлых 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 обусловливается 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 наблюдаются 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*проявляетсяпатетическим возбуждением, при этом больные оживлены, экзальтированны, 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 раптуса они могут наносить самоповреждения, в том числе с суицидальной целью.

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальную диагностику проводят между заболеваниями, сопровождающимися психомоторным возбуждением (см. раздел II). При проведении дифференциальной диагностики необходимо оценить соматическое состояние больного, квалифицировать тип возбуждения, определить состояние сознания.

**Вопросы позвонившему:**до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи 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.

**Советы позвонившему:** До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо попытаться успокоить больного. Из комнаты, где находится больной, надо попытаться удалить колющие и режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы в качестве орудий нападения.

**Действия на вызове**

**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 лекарственных средств.

**Осмотр**

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

**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 токсических 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 удается 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 возбуждении, а также у пациентов старческого возраста следует воздержаться от введения лекарственных средств.

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

Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м 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 в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2.5% раствора) под контролем артериального давления.

или

Галоперидол - 5–10 мг в/м или в/в 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 за его поведением.
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.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе.**

При выраженном возбуждении, особенно с явлениями агрессии, вводятся лекарственных средств с седативным действием каждые 30-60 минут до уменьшения симптомов возбуждения, враждебности, и агрессии (см. раздел: Агрессия, Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе).

Современный алгоритм терапии психотического возбуждения при шизофрении и аффективных психозах предусматривает использование пероральных форм антипсихотиков второго поколения с седативным компонентом действия: оланзапин 10-20 мг/сутки, кветиапин 400-800 мг/сутки, клозапин 200-600 мг/сутки. В случае сложностей с приемом таблеток следует примененять пероральные формы антипсихотиков с быстрой абсорбцией: рисперидон в каплях 4-8 мг/сутки, лингвальные таблетки оланзапина 10-20 мг/сутки и др. В случае отказа показано назначение инъекционных форм оланзапина 10-30 мг/сутки, зипразидона 80-160 мг/сутки и/или традиционных нейролептиков: хлорпромазина до 300 мг/ сутки, левомепромазина 50-150 мг/сут, галоперидола 10-40 мг/сутки, клопиксола-акуфаз 50-200 мг однократно в 1-3 дня, дроперидола в/м до 40-60 мг/сутки совместно с антихолинергическими препаратами бипериденом (акинетон) 3-12 мг/сутки или тригексифенидилом (циклодол) 3-12 мг/сутки и транквилизаторами (феназепам, диазепам, лоразепам). При неэффективности этих назначений показана электросудорожная терапия (ЭСТ) и/или наркоз.

В связи с риском развития дыхательной недостаточности необходимо избегать комбинированного назначения внутримышечной формы бензодиазепинов с клозапином. Ввиду риска развития внезапной смерти следует избегать комбинированного назначения внутримышечной формы оланзапина и бензодиазепинов.

При старческом возбуждении используют галоперидол (0,75-3 мг/сутки внутрь или 2,5 мг/сутки внутримышечно). При беспокойстве в ночные часы возможно применение бензодиазепиновых транквилизаторов короткими курсами (нитразепам по 5мг/сутки, феназепам по 0,5-1 мг/сутки).

Литература:

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении (проект) // <http://www.psychiatr.ru/dow./1269> (дата обращения 09.01.2014)

Шацберг А.Ф., Коул Д.О., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии. Пер. с англ. Под общей редакцией акад. РАМН А.Б. Смулевича, проф. С.В.Иванова. М:. МЕДпресс-информ. 2013. – 688с.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. Т. 2. М.: Медицина, 1994. С. 18—49.

Малин Д.И., Костицын Н.В. Клиника и терапия эндогенных

психозов, осложненных злокачественным нейролептическим синдромом. М., 1996. — 166 с.

Психиатрия: Пер. с англ. / Под ред. Р. Шейдера. М.: Практика, 1998. — 485 с.

**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 устрашить 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.

**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.

Вопросы позвонившему: 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, отмечалось ли в прошлом употребление пациентом алкоголя или наркотиков.

**Советы позвонившему:** при психопатическом возбуждении нужно успокоить больного, постараться разрядить конфликтную ситуацию словами или действиями. При истерическом возбуждении иногда полезно оставить больного одного.

**Действия на вызове**

**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**

Обратить внимание на демонстративность, театральность, выраженность эмоциональных реакций, стремление добиться сочувствия, жалости окружающих.

**Лечение**

**Показания к госпитализации:** госпитализация целесообразна при некупирующемся возбуждении и при опасности пациента для себя и окружающих**.**

**Мероприятия на догоспитальном этапе**

Успокаивающая психотерапевтическая беседа, при проведении которой медицинский работник не должен обнаруживать страх перед больным или поддерживать его притязания. Обычно удается купировать психопатическое возбуждение на догоспитальном этапе.

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

Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м 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 в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2.5% раствора) под контролем артериального давления.

или

Галоперидол - 5–10 мг в/м или в/в 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 за его

поведением.

2. Отсутствие попыток проведения успокоительной беседы.

3. Пренебрежение методами безопасности.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

Госпитализация в психиатрический стационар осуществляется при некупированном возбуждении или при констатации опасности для себя и окружающих. В этом случае проводятся мероприятия, изложенные в разделе «Психомоторное возбуждение».

Литература:

Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.

Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. — М., 1933.

Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. — М.: Кронпресс, 1997,- 576 с.

Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск, 1994. — 310 с.

Кербиков О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 311 с.

**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.* Этот 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.

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

**Вопросы позвонившему:**до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить наличие в анамнезе шизофрении, депрессии, мании, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма, осуществлял ли больной прием наркотиков: назначенных или рекреационных.

**Советы позвонившему:** до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо осуществлять надзор

**Действия на вызове**

**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.

**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.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

На госпитальном этапе уточняется дифференциальная диагностика. Поэтому требуется тщательный сбор анамнеза, осмотр, лабораторные исследования для того, чтобы исключить соматические и неврологические причины ступора. К необходимым исследованиям относятся клинические и биохимические анализы крови (общий белок, билирубин общий, связанный, свободный, аланин-амиотрансфераза, аспартат-аминотрансфераза, фосфатаза щелочная, тимоловая проба, протромбиновый индекс, сахар крови, исследование крови на РВ, на ВИЧ, ЭКГ, консультации терапевта, невролога, окулиста, для женщин – гинеколога. Ступорозные состояния часто исключают возможность приема больным пищи естественным путем, что приводит к истощению и возможному летальному исходу. Данная категория больных требует проведения искусственного питания. Больным оказывается нутриционная поддержка – комплекс лечебных мероприятий, направленный на выявление и коррекцию нарушений нутриционного статуса организма с использованием методов нутриционной терапии (энтерального и парентерального питания). Это процесс обеспечения организма пищевыми веществами (нутриентами) с помощью методов, отличных от обычного приема пищи. Бензодиазепины являются препаратами выбора при кататонии. Пациенты, которые не реагируют или недостаточно реагируют на бензодиазепины, нуждаются в электросудорожной терапии (ЭСТ).

Литература:

Hare, D. J. & Malone, C. Catatonia and autistic spectrum disorders.// Autism, 2004. № 8, 183–195.

Hesslinger, B., Walden, J. & Normann, C. Acute and long-term treatment of catatonia with risperidone.// *Pharmacopsychiatry*, 2001.№ 34, 25–26.

Шацберг А.Ф., Коул Д.О., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии. Пер. с англ. Под общей редакцией акад.РАМН А.Б. Смулевича, проф. С.В.Иванова. М:. МЕДпресс-информ. 2013. – 688с.

Raja, M., Altavista, M. C., Cavallari, S., et al Neuroleptic malignant syndrome and catatonia. A report of three cases. //European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1994. V. 243 P. 299–303.

**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 осознавания окружающего с уменьшением способности направлять, концентрировать, поддерживать или переводить внимание. Нарушение когинитивной 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.

**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.

**Вопросы позвонившему:**до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить наличие в анамнезе соматических заболеваний, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма; осуществлял ли больной прием алкоголя или других психоактивных веществ.

**Советы позвонившему:** до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо осуществлять надзор.

**Действия на вызове**

**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.

**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.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

Лечение делирия, не вызванного алкоголем или другими психоактивными веществами комплексное. Главное значение придается дезинтоксикационным мероприятиям, ликвидации метаболических и гемодинамических нарушений, предупреждению отека мозга и других осложнений. Для купирования психотических расстройств предпочтительней использовать транквилизаторы - диазепам до 40 мг/сутки, как правило, парентерально; феназепам до 3 мг/сутки. Нейролептики применяются для купирования резкого психомоторного возбуждения - галоперидол по 5-10 мг в/м или 5-15 мг в/в медленно (при необходимости можно повторить инъекцию через 30 минут), левомепромазин по 50-75 мг в/в, сульпирид по 600-800 мг/сутки в несколько приемов.

Литература:

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению органических психических расстройств (проект) //<http://www.psychiatr.ru/dow./1269> (дата обращения 09.01.2014)

Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 1000с

 Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного М: Медицина, 1998, 144 с.

Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология - М.: «Медицина», 2008. - 640 с.

 Руководство по психиатрии./ Ред. Академика РАМН А.С. Тиганова М.: Медицина, 1999 т. 1-2.

**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 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 и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

**Дифференциальная диагностика**

* Острые и транзиторные психотические расстройства в сочетании с острым стрессом
* Диссоциативные (конверсионные) расстройства
* Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

**Вопросы позвонившему:**

Необходимо выяснить, наблюдались ли у пациента психические расстройства в прошлом, возникло ли расстройство спонтанно, неожиданно, внезапно. Выяснить обстоятельства психотравмирующей ситуации; уточнить наличие у пациента предшестующих инфекций, интоксикаций, приема гормональных средств, приема алкоголя или наркотиков.

**Советы позвонившему:** 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.

**Действия на вызове**

**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 реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

**Лечение**

**Показания к госпитализации абсолютные** при некупирующемся психомоторном возбуждении, ступоре, выраженных депрессивных реакциях с суицидальными тенденциями.

**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 в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора)

или

Феназепам - при в/в или в/м введении - начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора)

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

Проводятся мероприятия, изложенные в разделах: «Психомоторное возбуждение», «Ступор».

**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.

**Дифференциальная диагностика**

* эпилепсия
* гипоталамическая дисфункция
* вестибулярные расстройства
* синдром апноэ во сне
* патология щитовидной железы
* феохромацитома
* артериальная гипертония
* пролапс митрального клапана
* тревожные расстройства
* шизофрения
* депрессия
* истерия

**Вопросы позвонившему:**

1. Наблюдались ли приступы в прошлом?
2. Возникали ли приступы спонтанно, неожиданно, внезапно?
3. Возникали ли приступы во время ожидания неприятной ситуации? («страх страха»).
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?

**Советы позвонившему:**

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.

**Действия на вызове**

**Диагностика**

К диагностическим критериям панического расстройства относятся пароксизмальность развития резко выраженной тревоги, полисистемность вегетативных симптомов, отдельные симптомы дереализации (ощущение, что «предметы нереальны», «собственное *Я* отдалилось»).

**Осмотр**

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

**Лечение**

**Показания к госпитализации:** Если паническую атаку удается 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 в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора)

или

Феназепам - при в/в или в/м введении - начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора)

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

Если паническая атака не купируется введением феназепама или диазепама больному назначаются алпразолам в разовой дозе 0,5 мг, в суточной 1,5 мг, внутрь; или лоразепам в разовой дозе 0,5 мг, в суточной 2 мг, внутрь; или клоназепам в разовой дозе 0,5 мг, в суточной 10 мг внутрь; или гидроксизин в разовой дозе 25 мг, в суточной - 100 мг, внутрь или внутримышечно.

Литература:

Александровский Ю.А., Щукин Б.П. Психические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1991. — Т. 91, вып. 5. — С. 39-43.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства (Руководство для врачей). М.: Зевс, 1997.

Бачериков Н.Е., Воронцов М.П., Петрюк И.Т., Цыганенко А.Я. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний.- Харьков: Основа, 1995.- 276 с.

Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1996. - №1-2.

**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 массированного 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, гиперакузией, 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.

**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.

**Вопросы позвонившему:** уточнить характер употребления алкогольных напитков, наличие в анамнезе алкогольных психозов и судорожных припадков.

**Советы позвонившему**: не оставлять больного без присмотра.

**Действия на вызове**

**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, 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.

**Лечение**

**Показания к госпитализации**

Абсолютными показаниями для госпитализации являются: выраженный тремор, галлюцинации, выраженная дегидратация, температура тела свыше 38,3°C, эпилептические припадки помрачение сознания, неврологические нарушения (атаксия, нистагм, экстрапирамидные нарушения, офтальмоплегия), травмы, в том числе черепно-мозговые. 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 АСС характерны разнообразные нарушения витальных функций. Особенно опасны нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.

**Мероприятия на догоспитальном этапе**

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

Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м 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% р-ром хлорида натрия 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.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

**Обследование:**  Общие анализы крови и мочи. Анализы крови на сахар, белок, белковые фракции, липиды, билирубин, печеночные ферменты; ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки. Консультации терапевта, невропатолога.

Лекарственные назначения:

* Внутривенная инфузия физиологического раствора или сбалансированных полиионных растворов - 400 – 500 мл, 5- 10 % раствор глюкозы 400 мл внутривенно капельно.
* Витамин В1 (тиамин хлорид 5% - 5 мл внутримышечно).
* Витамин В6 (пиридоксин 5% - 5 мл внутримышечно).
* Магния сульфат 25% - 20-30 мл внутривенно в разведении на 400 - 500 мл.
* 5- 10% раствора глюкозы.
* Натрия тиосульфат 30% 10 - 20 мл внутривенно 2раза в сутки.
* Фуросемид 1 мг/кг веса, внутривенно, по показаниям.
* Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
* Карбамазепин 200 – 400 мг внутрь, два раза в день.
* Нейролептики (для купирования психомоторного возбуждения): Дроперидол 2,5% раствор – 1 - 4 мл, внутримышечно; галоперидол 0,5% раствор по 1-2 мл внутримышечно.

Литература:

Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, клиника, противорецидивное лечение / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. - СПб. : Элби, 2002.-192 с

Алкогольная болезнь: поражение внутренних органов / Под общ. ред. B.C. Моисеева, Т.Г. Трояновой. М.: УДН, 1990. - С. 14-18.

De Petrillo P., McDonough M. Alcohol Withdrawal Treatment Manual. Glen Echo, MD: Focused Treatment Systems, 1999.

Афанасьев В.В. Алкогольный абстинентный синдром. СПб 2002, «Интермедика», 354 с

Афанасьев В.В. Рубитель Л.Т., Афанасьев А.В. Острая интоксикация этанолом. СПб, 2002, «Интермедика», 54 с

**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 развиваются 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 тревоги и стойкой бессонницы, 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 сценоподобным. 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 снижается диурез, 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 развиться галлюцинаторная спутанность, близкая по клиническим проявлениям к помрачению сознания. Однако абсолютное большинство алкогольных галлюцинозов протекает при ясном сознании.

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

*Хроническая энцефалопатия* 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.

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

**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 с органическими психозами, экзогенными психозами неалкогольной этиологии. Алкогольные энцефалопатии следует дифференцировать с энцефалитами различного генеза, опухолями головного мозга.

**Показания к госпитализации**

Абсолютные. При алкогольных психозах имеют место агрессия (алкогольный бред ревности часто сопровождается тяжёлой агрессией в адрес супруги) аутоагрессия, суицидальное поведение, и психомоторное возбуждение, а также нарушения витальных функций. Исключение могут составить только затяжные и хронические алкогольные галлюцинозы без опасных для себя и окружающих тенденций.

**Мероприятия на догоспитальном этапе**

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

Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м 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% р-ром хлорида натрия 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.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

**Обследование:**  Общие анализы крови и мочи. Анализы крови на сахар, белок, белковые фракции, липиды, билирубин, печеночные ферменты; ЭКГ, контроль артериального давления рентгеноскопия грудной клетки. Консультации терапевта, невролога.

Лекарственные назначения:

* внутривенная инфузия физиологического раствора или сбалансированных полиионных растворов - 400 – 500 мл, 5- 10 % раствор глюкозы 400 мл внутривенно капельно.
* витамин В1 (тиамин хлорид 5% - 5 мл внутримышечно).
* витамин В6 (пиридоксин 5% - 5 мл внутримышечно).
* магния сульфат 25% - 20-30 мл внутривенно в разведении на 400 - 500 мл 5- 10% раствора глюкозы.
* натрия тиосульфат 30% 10 - 20 мл внутривенно 2раза в сутки.
* фуросемид 1 мг/кг веса, внутривенно, по показаниям.
* феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
* карбамазепин 200 – 400 мг внутрь, два раза в день.
* нейролептики (для купирования психомоторного возбуждения): дроперидол 2,5% раствор – 1 - 4 мл, внутримышечно; галоперидол 0,5% раствор по 1-2 мл внутримышечно.

Литература:

Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, клиника, противорецидивное лечение / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. -СПб. : Элби, 2002.-192 с

Алкогольная болезнь: поражение внутренних органов / Под общ. ред. B.C. Моисеева, Т.Г. Трояновой. М.: УДН, 1990. - С. 14-18.

De Petrillo P., McDonough M. Alcohol Withdrawal Treatment Manual. Glen Echo, MD: Focused Treatment Systems, 1999.

Афанасьев В.В. Алкогольный абстинентный синдром. СПб 2002, «Интермедика», 354 с

Афанасьев В.В. Рубитель Л.Т., Афанасьев А.В. Острая интоксикация этанолом. СПб, 2002, «Интермедика», 54 с

**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 алколоиды (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 отмечаются 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 напряжены, 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 2-х – началу 3-х суток. Продолжительность абстинентного синдрома без лечения может составлять 5-10 дней. По минованию ОАС у больного снижается толерантность к наркотику. При использовании *героина* в клинике 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 3-х 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.

**Дифференциальная диагностика**

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

Вопросы позвонившему: уточнить характер наркотизации, наличие сопутствующей соматической патологии.

**Cоветы позвонившему:**

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.

**Действия на вызове**

**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 безнадёжности, 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.

**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.

**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 догоспитальном этапе проводят коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, для чего однократно можно использовать снотворно-седативные препараты и нейролептики.

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

Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м 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 гидрохлоридв/в или в/м 2мл 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.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

**Обследование:**  Общие анализы крови и мочи. Анализы крови на сахар, белок, белковые фракции, липиды, билирубин, печеночные ферменты; ЭКГ, контроль АД, рентгеноскопия грудной клетки. Консультации терапевта, невролога.

Лекарственные назначения:

* Клофелин до 1 мг, внутрь, под контролем АД, тиапридал 800 – 1200 мг/cут внутрь или внутримышечно.
* Трамадола гидрохлоридвнутримышечно 2 – 4 мл 5% раствора, при сохраняющимся болевом синдроме через 2 – 4 часа повторить.
* Феназепам - при в/в или в/м 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 в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
* Кеторол, ибупрофен, и др.

Литература:

Носачев Г.Н., Тютина Г.М., Корякин С.А. Опыт комбинированного лечения больных опийной наркоманией в наркологическом стационаре (информационное письмо).//Вопросы наркологии.1997.№ 3. С. 26-30

Егоров А.Ю. Возрастная наркология. - СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. - 272 с.

Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии / Под ред. Н.М. Жарикова. - М.: Медицина, 2000. - 352 с.

Софронов А.Г. Опиатная наркомания. – СПб.: ВМА, 1998. – 97 с.

Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. - СПб.: Лань, 1998. - 352 с.

**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 и 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 (37-38оC), а для тяжелых случаев до 39оС 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, хорея, опистотонус, дизартрия, афония, дисфагия, акатизия, дистония (тризм, блефароспазм, окулогирный криз), эпилептиформные 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, тяжёлой кататонии, акинетического мутизма, ступора и комы. Часто наблюдаются 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, лёгочная эмболия, аспирационная пневмония, отёк лёгких, респираторный дистресс-синдром взрослых (шоковое лёгкое), аритмии, острый инфаркт миокарда, внезапная остановка сердца.

**Дифференциальная диагностика**

* фебрильная шизофрения,
* кататоническая шизофрения,
* серотониновый синдром,
* бактериальный или вирусный менингит,
* сепсис.

**Вопросы позвонившему:** выяснитькакие психотропные лекарственные средства принимал пациент, уточнить наличие сопутствующей соматической патологии

**Советы позвонившему:** до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо осуществлять надзор.

**Действия на вызове**

**Диагностика**

При осуществлении диагностики необходимо собрать анамнез у родственников, выяснить, какие психотропные лекарственные средства принимал больной, установить длительность приема психотропных средств, уточнить нутрицилогический 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.).

**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).

**Лечение**

**Показания к госпитализации: э**кстренная 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 – не эффективны.

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

Диазепам - при в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора); Бипериден (акинетон) 3-12 мг/сутки или Тригексифенидил (циклодол) 3-12 мг/сутки.

**Часто совершаемые ошибки**

Ошибки при дифференциальной диагностике между фебрильной шизофренией, кататонической шизофренией, серотониновым синдромом.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

Лечение ЗНС начинают с немедленной отмены нейролептиков и назначения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию основных параметров гомеостаза: водно-электролитного баланса, гемодинамики, кислотно-щелочного состояния, белкового состава, коагуляционных и реологических свойств крови. Лечение проводят по принципам интенсивной терапии с круглосуточными капельными инфузиями в центральную или периферическую вену. Инфузионную терапию начинают с применения плазмозаменяющих растворов - сухой и свежезамороженной плазмы, альбумина, а также растворов полиглюкина и реополиглюкина. Наряду с этими препаратами вводят солевые растворы, 5% раствор глюкозы. Назначают также ноотропы, витамины группы В и С, для купирования возбуждения используют реланиум, оксибутират натрия.

Агонист Д2-дофаминовых рецепторов бромокриптин назначают внутрь через назогастральные зонды в дозе от 7,5 до 60 мг в сутки.

Мышечный релаксант дантролен назначают в суточной дозе от 1 до 2 мг на 1 кг массы тела больного.

 Эффективность ЭСТ при ЗНС связывают с воздействием на диэнцефальную область с последующей мобилизацией катехоламинов норадреналина и дофамина в ЦНС. При условии ранней диагностики и своевременной отмены нейролептиков некоторые авторы указывают на возможность критической редукции проявлений ЗНС в ближайшие 1-2 дня с момента начала ЭСТ.

Литература:

Малин Д.И., Козырев В.Н., Равилов Р.С. и др. Злокачественный нейролептический синдром (эпидемиология, факторы риска, клиника, диагностика, патогенез, терапия)// Психиатрия и психофармакотерапия. 2000 Т. 2. N 5. – С. 138-141.

Caroff S., Mann S. Neuroleptic malignant syndrome. // Medical Clinics of North America. 1993; 77 P. 185-202.

 Levenson J. The neuroleptic malignant syndrome. // Am. J. Psychiat. 1985. V.142. №10 P. 1137-1145.

 Yamawaki S., Yano E., Terakawa N. et al. On the results of a nationwide survey on neuroleptic malignant syndrome. // Hiroshima J. Anesthesia 1988; 24(suppl): P.52-67.

Caroff S. Mann S., Lazarus A. et al. Neuroleptic malignant syndrome: Diagnostic issues. // Psychiatric Annals. 1991; V.21. P. 130-47.

**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 моноаминооксидазы (ИМАО) — изокарбоксазидом, фенилзином и транилципромином, 2) селективными обратимыми ингибиторами МАО-А — моклобемидом и МАО-Б — селегилином, 3) тразодоном, нефазодоном, литием, кломипрамином, амитриптилином, 4) буспироном, карбамазепином, L-триптофаном, декстрометорфаном, трамадолом, дигидроэрготамином, суматриптаном , леводопа. Повышение концентрации серотонина в ЦНС происходит посредством:

* повышения синтеза серотонина (L-триптофан),
* прямого воздействия на серотониновые рецепторы (литий, буспирон),
* 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, реже рвота и др.). К желудочно-кишечным расстройствам присоединяются тремор, дизартрия, неусидчивость, мышечный гипертонус, гиперрефлексия, миоклонические подёргивания. 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 тяжёлым осложнениям серотонинового синдрома относятся также ДВС-синдром, рабдомиолиз, миоглобинурия, почечная, печёночная и мультиорганная недостаточность, метаболический ацидоз. К летальному исходу может привести миоклонус, затрагивающий грудные мышцы.

**Дифференциальная диагностика**

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

**Вопросы позвонившему:**

Выяснить, какие психотропные лекарственные средства принимал больной, длительность приема психотропных средств, имеются ли у больного в анамнезе психические и соматические заболевания; уточнить сопутствующие симптомы (потеря сознания, затруднение дыхания, тошнота и рвота и др.).

**Советы позвонившему:**

Не оставляйте больного без присмотра.

**Действия на вызове**

**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 3 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 симптоматику (глухость сердечных тонов, повышение или снижение пульса, артериальную гипертензию или гипотензию).

**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 серотониноэргических препаратов.

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

Диазепам - при в/в и в/м введении средняя разовая — 10 мг (2 мл 0,5% раствора)

**Часто совершаемые ошибки**

Ошибки при дифференциальной диагностике между фебрильной шизофренией, кататонической шизофренией, злокачественным нейролептическим синдромом.

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе**

Чаще всего серотониновый синдром протекает без тяжелых последствий. Основное мероприятие — отмена всех серотонинергических препаратов, что у большинства пациентов приводит к быстрому уменьшению симптомов в течение 6 – 12 часов, и к их полному исчезновению в течение суток. Лечение в легких случаях включает госпитализацию. Для уменьшения миоклоний назначают бензодиазепины (диазепам, лоразепам), для понижения температуры тела применяют внешнее охлаждение.

Подъем температуры тела до 40,5°C и более свидетельствует об угрозе для жизни пациента. Таким пациентам необходимы интенсивное внешнее охлаждение, при нарушении дыхания эндотрахеальная интубация, перевод на ИВЛ и введение миорелаксантов. Перевод на ИВЛ и введение миорелаксантов бывают эффективными при лечении гипертермии и предупреждение таких её осложнений, как рабдомиолиз и внутрисосудистая диссеминирующая коагулопатия.

Литература:

Aiderman. C.P., P.C. Lee: Comment: Serotonin syndrome associated with combined sertralin-amitriptyline treatment. Ann. Pharmcother. V.30. 1996. P. 1499 — 1500.

2. Baetz M.D. Malcolm: Serotonin syndrome from fluvoxamine and buspirone. // Canad. J. Psychiatry. 1995. V.40. P. 428 — 429.

3. Beasley C.M., Masica D.N., Heiligenstein J.H. et al. Possible monoamine oxidase inhibitor — serotonin uptake inhibitor interaction: Fluoxetine clinical data and preclinical findings.// J. Clin. Psychopharmacol. 1993. V.13. P. 312 — 320.

4. Bodner R.A., Lynch T. Lewis L., Kahn D. Serotonin syndrome. //Neurology. 1995. V.45. P. 219 — 223.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |