



Российское общество
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

Скорая медицинская ПОМОЩЬ

Под редакцией
С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутя,
А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

шение, 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.).

- Транспортировать в автомобиле можно не более одного больного в состоянии возбуждения.
- По прибытии следует сообщить персоналу приемного отделения об особенностях состояния больного, представляющего опасность. В необходимых случаях нужно оказать помощь персоналу приемного отделения.
- Одежда сотрудников психиатрической бригады не должна препятствовать движениям, в карманах не должно быть твердых предметов, которые могут явиться причиной травмы при иммобилизации больного.
- 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, регламентировано в ст. 30 ч. 2 Закона. Физическое стеснение и изоляция при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре — крайние меры. Их применение возможно только в тех случаях, когда иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других людей. 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. К мерам физического стеснения и изоляции относят исключаяющие нанесение переломов и увечий формы сдерживания больного персоналом, фиксацию больного с помощью широких эластичных полос материи, ремней (специальные кровати с ремнями, специальные манжеты и др.), изоляцию в отдельной палате и др. Такие меры осуществляют исключительно при постоянном контроле медицинского персонала.

14.4. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ТРЕБУЮЩИЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Органические, включая симптоматические, психические расстройства

Этот блок включает ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов — болезней головного мозга, его травм или инсульта, ведущих к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной

(при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (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 опухолями головного мозга;
- с ВИЧ-инфекцией;
- с нейросифилисом;
- с другими вирусными или бактериальными нейроинфекциями;
- с другими заболеваниями;
- со смешанными заболеваниями;
- с неуточненными заболеваниями.

При органических (в том числе симптоматических) психических расстройствах возможно возникновение следующих неотложных состояний.

- Агрессия.
- Аутоагрессия.
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов.
- Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами (галлюцинаторно-бредовое, маниакальное, депрессивное, кататоническое, аменитивное).
- 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

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

При психических расстройствах и расстройствах поведения в связи с употреблением психоактивных веществ возможно возникновение следующих неотложных состояний.

- Агрессия.

- Аутоагрессия.
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов.
- Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами.
- Синдромы отмены алкоголя, опиоидов или других психоактивных веществ.
- Психотические состояния без нарушения витальных функций (алкогольный делирий и другие металкогольные психозы, интоксикационные психозы в результате употребления психоактивных веществ и др.).
- Психотические состояния с нарушением витальных функций (мусситирующий делирий и др.).

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

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) отмечаются несколько из следующих 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 прогрессирующим либо стабильностью нарушений; возможно развитие одного или нескольких эпизодов болезни с полной либо 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 двух недель.

Шизоаффективное расстройство — эпизодическое расстройство, при котором одинаково ярко проявляются шизофреническая и аффективная симптоматика, на основании чего невозможно поставить

диагноз только шизофрении либо только депрессивного или маниакального эпизода.

При шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах возможно возникновения следующих неотложных состояний.

- 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)

Этот блок включает расстройства, при которых основным нарушением выступает изменение настроения в сторону патологического снижения или повышения. Изменения настроения обычно сопровождаются изменениями общего уровня активности. Большинство других симптомов вторичны.

МАНИАКАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ

Гипомания — состояние, характеризующее устойчивым подъемом настроения, повышенной энергичностью, активностью и ощущением благополучия с повышенной сексуальностью и сниженной потребностью во сне. Гипомания обычно не приводит к социальной декомпенсации, не сопровождается галлюцинациями или бредом. Зачастую такие пациенты остаются вне поля зрения психиатров.

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

Мания с психотическими симптомами. Дополнительно к описанным маниакальным симптомам возникает бред (идеи богатства, величия), реже галлюцинации.

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

ДЕПРЕССИВНЫЕ СИНДРОМЫ

К депрессивным синдромам относят состояния, включающие облигатный симптом — снижение настроения (от легкой печали, грусти до глубокой подавленности), а также факультативные симптомы — снижение психической активности, двигатель-

ные расстройства, соматические нарушения (нарушение ритма сердечной деятельности, похудание, запоры, снижение аппетита и др.). Для классической депрессии характерен тягостный аффект в виде мучительной тоски, тревоги с ощущением пустоты и подавленности. Побуждения снижены, мышление замедлено по темпу, непродуктивное. Тоска ощущается как тяжесть на сердце и в груди. В тяжелых случаях наступают полная безучастность и бездвигательность (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 идеи), обнищания и разорения, нигилистические идеи (бред Котара). К соматическим симптомам относят 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.

При расстройствах настроения (аффективных расстройствах) возможно развитие следующих неотложных состояний.

- 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

РЕАКЦИЯ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ

Это расстройства, возникшие вследствие чрезвычайно интенсивного или нетяжелого, но затяжного стресса. Стрессовые события или продолжительные неприятные обстоятельства служат 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 реак-

ций имеют значение индивидуальная ранимость и способность владеть собой. Симптомы складываются в 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 наблюдаются отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика, как правило, проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов и исчезает через 2–3 дня (часто через несколько часов). Возможна 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 страха смерти). В тяжелых случаях наблюдаются потеря чувства реальности окружающего мира (дереализация) и дезорганизация поведения. Панические атаки иногда провоцирует развитие острой сердечно-сосудистой патологии, в дальнейшем протекающей более тяжело. Паническое расстройство приводит к появлению стойких опасений относительно привычного образа жизни, ограничивая социальное функционирование человека.

Возможны следующие неотложные состояния при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах.

- 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

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, а следовательно, вызывать реакцию на стресс.

Возможны следующие 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

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 в результате одновременного воздействия конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются на более поздних этапах жизни. Они представляют собой чрезвычайные или значительные отклонения от способа, которым обычный человек данного уровня культуры воспринимает, мыслит, чувствует и общается с окружающими.

При расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте возможны следующие неотложные состояния.

- Агрессия.
- Аутоагрессия.
- Непсихотические реакции без нарушения витальных функций.
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов.

Умственная отсталость

Умственная отсталость — состояние задержанного или неполного умственного развития, характеризуемое снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, определяющих общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения или без него.

Степень умственной отсталости обычно оценивают 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 доста-

точно слабо. Это улучшение может быть 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 нарушений поведения;
- с указанием на значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;
- с указанием на другое нарушение поведения;
- без указаний на нарушение поведения.

При умственной отсталости возможно возникновение следующих неотложных состояний.

- Агрессия.
- Аутоагрессия.
- Суицидальное поведение.
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов.
- Ступор.
- Непсихотические реакции без нарушения витальных функций.

14.5. ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Агрессия

Агрессия встречается при многих психических расстройствах — 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 бригады СМП необходимо выяснить особенности поведения больного: проявляет ли он раздражительность, буйство, словесные и физические угрозы.

Советы позвонившему

До приезда бригады СМП необходимо попытаться успокоить больного, в деликатной форме разъяснить ему неуместность его поведения. Следует предупредить доступ больного к колющим и режущим предметам, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения повреждений другим людям.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**Диагностика**

Диагностика основана на выявлении характерных для всех видов агрессии симптомов (высокая импульсивность, снижение или потеря самоконтроля, непредсказуемые изменения настроения) и оценке риска разрушительного поведения.

При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих агрессию — напряжение, гневливость, тревога, растерянность, деперсонализация и дереализация, идеи преследования, воздействия, ревности и отравления.

Показания к госпитализации

Показания к госпитализации абсолютные.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Если больной возбужден, агрессивен и склонен к насильственным, разрушительным действиям, следует осуществить его физическое стеснение (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 не 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

Используют один из следующих препаратов.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*): при внутривенном (в/в) или внутримышечном (в/м) введении начальная доза для взрослых составляет 1 мг (1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
- Диазепам: при в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых составляет 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 переносимость препаратов была хорошей, возможно введение одного из следующих ЛС.

- Хлорпромазин: 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) в/м под контролем артериального давления.

- Галоперидол: 5–10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

В тяжелых случаях допустима комбинация бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам*) или диазепам с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Наиболее частые ошибки

- Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля его поведения.
- Неправильное использование мер физического стеснения больного с последующей возможной травматизацией пациента или медицинского персонала.
- Неиспользование корректоров при введении нейролептиков, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

Мероприятия на стационарном этапе

В стационарных условиях необходимы организация строгого режима наблюдения и назначение соответствующих психофармакологических средств. При лечении выраженной агрессии показаны комбинации быстродействующих бензодиазепинов с сильнейшими нейролептиками.

Рекомендуемые препараты представлены в табл. 14.2.

Таблица 14.2. Препараты, рекомендуемые для оказания помощи агрессивным пациентам на госпитальном этапе

Название	Дозы, мг	
	разовые	среднесуточные
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
Рisperидон	1–2	4–6
Кветиапин	150–200	300–450
Диазепам	5–10	20–30
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*)	1–2	2–4

Для коррекции экстрапирамидных нарушений применяют тригексифенидил (циклодол*) в дозе 2–4 мг внутрь и биперидин (акинетон*) в суточной дозе 2–10 мг в/м или в/в.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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. — Vol. 25, N 2. — P. 120–1255.
2. Goldberg R.J., Goldberg J. Risperidone for dementia-related disturbed behavior in nursing home residents: a clinical experience // Int. Psychogeriatr. — 1997. — Vol. 9, N 1. — P. 65–68.
3. Jeanblanc W., Davis Y.B. Risperidone for treating dementia-associated aggression // Am. J. Psychiatry. — 1995. — Vol. 152, N 8. — P. 1239.
4. Pabis D.J., Stanislav S.W. Pharmacotherapy of aggressive behavior // Ann. Pharmacother. — 1996. — Vol. 30. — P. 3278–3287.

5. Rabinowitz J., Avnon M., Rosenberg V. Effect of clozapine on physical and verbal aggression // Schizophr. Res. — 1996. — Vol. 22, N 3. — P. 3249–3255.

Аутоагрессия

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

Наиболее характерны аутоагрессивные действия для психогенных реакций на фоне расстройств личности, а также для галлюцинаторно-параноидных, кататонических и обсессивно-компульсивных синдромов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Суицидальное поведение включает любую сознательную активность, направленную на лишение себя жизни (мысли, высказывания, угрозы, попытки, покушения и др.).

Суицидальная попытка — 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 относят прежде всего депрессию и злоупотребления психоактивными веществами, а также наличие неизлечимой соматической болезни, ко вторым — социальные факторы, такие как 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 выступает 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 бывают у больных, получающих антидепрессанты, когда моторные компоненты депрессии восстанавливаются скорее, чем подавленность. Отличительная черта демонстративно-шантажных суицидальных попыток заключается в наличии в их мотивах желания извлечь из своих действий некую выгоду, которая будет заключаться 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 обратиться на себя внимание. Мотивы могут быть также бредовыми (бред одержимости, воздействия, преследования). При этом больные наносят себе порезы предплечий, ожоги ограниченной локализации, укусы (преимущественно в области предплечий и кистей), линейные царапины на лице и груди посредством ногтей, а также удары и другие повреждения, ведущие к появлению ссадин и кровоподтеков. В более тяжелых слу-

чаях возможно нанесение глубоких непроникающих резаных и колотых ран 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 несуйцидальных аутодеструкций. В последнем случае нанесение самоповреждений мотивировано либо бредовой фабулой («извлечь из тела насекомых», «удалить дурную кровь» и др.), либо попытками уменьшить интенсивность «голосов» или депрессивных переживаний посредством боли.

Вопросы позвонившему

До приезда бригады СМП необходимо выяснить характер самоповреждений, особенности поведения больного (раздражительность, беспокойство, тревожность).

Советы позвонившему

До приезда бригады СМП необходимо выяснить характер самоповреждений. Следует проверить наличие признаков жизни (дыхание, пульс, сердцебиение). Если больной в ясном сознании, необходимо выяснить наличие в психическом статусе раздражительности, беспокойства, тревожности, возбуждения, импульсивности, не критичности и отказа от помощи. Следует попытаться успокоить больного и оказать ему медицинскую помощь. Если есть раны с сильным кровотечением, рекомендовано наложить тугую давящую повязку при помощи бинта из аптечки или подручных средств; при отравлении необходимо выполнить промывание желудка и др. Следует предупредить доступ больного к колющим и режущим предметам, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения самоповреждений.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

Важное значение имеют аутоагрессивные действия в анамнезе, наличие признаков бреда воздействия, одержимости, преследования, ипохондрического и дисморфоманического бреда. Следует обратить внимание на кожный покров больного. Здесь могут быть обнаружены кровоподтеки и следы различных повреждений, в том числе порезов разной давности. При диагностике суицидального поведения необходимо выяснить следующее:

- переживал ли пациент в ближайшем прошлом тяжелую стрессовую ситуацию;
- страдает ли он депрессией с идеями вины и самоуничтожения, чрезмерным чувством стыда;
- есть ли слуховые галлюцинации, требующие покончить с собой;
- злоупотребляет ли пациент алкоголем, как длительно и в какой дозе, были ли запои;
- как давно и когда в последний раз у больного появились мысли о самоубийстве;
- с кем живет больной (недостаток социальной поддержки), каковы взаимоотношения в семье

(выявление семейных конфликтов или отсутствия гармонии в семье);

- наличие или отсутствие четкого плана самоубийства, приготовления к самоубийству (например, накопление таблеток) и др.

Существуют некоторые трудности в разграничении аутоагрессивного и суицидального поведения, однако в частных случаях и то, и другое поведение может представлять одинаковую опасность для больного.

При осмотре обращают внимание на характер самоповреждений и психотических признаков, определяющих аутоагрессию — бред, галлюцинации, импульсивность.

Показания к госпитализации

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, показана госпитализация в психиатрический стационар в установленном законодательством порядке. При наличии угрозы жизни пациентов с незавершенным суицидом следует госпитализировать 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 дороге для самоубийства или нападения на окружающих. Во время перевозки медицинские работники должны постоянно следить за такими больными.

Мероприятия на догоспитальном этапе

При необходимости оказания на месте хирургической, токсикологической или другой помощи вызывают бригаду скорой помощи соответствующего профиля. При психомотормом возбуждении применяют медикаментозную коррекцию. Основные задачи на догоспитальном этапе заключаются в обеспечении безопасности жизни больного (неотложные медицинские мероприятия при отравлении или ранениях) и предотвращении 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 необходимы тщательный надзор за больным, удаление возможных средств самоубийства и решение психиатром вопроса о неотложной госпитализации.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Используют один из следующих транквилизаторов.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*): начальная доза для взрослых составляет 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) в/в или в/м с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

- Диазепам: средняя разовая доза для взрослых составляет 10 мг (2 мл 0,5% раствора) в/в или в/м с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

В случаях хорошей предшествующей переносимости нейролептиков пациентам возможно введение одного из следующих препаратов.

- Хлорпромазин: в/м в дозе 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) под контролем артериального давления.
- Галоперидол: 5–10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

В тяжелых случаях допустима комбинация бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам*) или диазепам с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Наиболее частые ошибки

Наиболее частые ошибки заключаются в недооценке тяжести и характера самоповреждений (проникающих ранений грудной и брюшной полости, трахеи), оставлении больного без наблюдения.

Мероприятия на стационарном этапе

Тактика оказания СМП зависит от характера ведущего синдрома. При наличии повреждений необходимо оказание квалифицированной хирургической помощи (см. разделы «Хирургия», «Травматология»). В период хирургического лечения проводят мониторинг психического состояния. Применение психотропных средств обусловлено характером ведущего психопатологического синдрома. В стационаре больных с суицидальной попыткой тщательно обследуют, проводят мониторинг жизненно важных функций, а в случае отравления — определение химических веществ в биологических средах. Клиническая оценка должна быть направлена как на установление психиатрического диагноза, так и на оценку рисков и других факторов, влияющих на суицидальное поведение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. — М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии, 1980. — 48 с.
2. Данилова М.Б. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией. — М., 1987. — 24 с.
3. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Суицидология. — 2011. — № 1. — С. 54–55.
4. 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.
5. 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.
6. Сергеев И.И., Левина С.Д. Неслучайные повреждения при шизофрении // Соц. и клин. психиатрия. — 2003. — № 1. — С. 15–19.
7. Сергеев И.И., Левина С.Д., Панкова О.Ф. Несуицидальная аутодеструкция при шизофрении (вари-

анты, психопатология, коморбидность) // Психиатрия и психофармакотер. — 2006. — № 4. — С. 4–18.

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

Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами

Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами включает состояния, развивающиеся на фоне острых стадий инфекционных заболеваний, тяжелых ЧМТ, эпилепсии, острых и хронических интоксикаций вследствие злоупотребления психоактивными веществами, гипоксии и токсических поражений головного мозга, прекоматозных и коматозных состояний различной этиологии, а также на фоне аффективных психозов и психических расстройств шизофренического спектра. Особое место занимают состояния, протекающие при аффективно суженном сознании (например, острые реакции на стресс при экстремальных ситуациях — реактивные психозы).

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

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

К острому психомоторному возбуждению относят состояния, характеризующиеся дезорганизацией речевого и 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 способности к отражению 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, интоксикационных психозов. 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, нередкая 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 описано в разделах «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами» и «Алкогольный делирий».

Психогенное (реактивно-обусловленное) возбуждение наблюдается при острых реакциях на стресс, 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 обусловлено характером психической травмы, реальные отношения отесняются или подменяются. Память нарушена частично: сохраняется избирательная способность к воспроизведению отдельных эмоционально насыщенных моментов психотравмирующих ситуаций. Течение синдрома волнообразное, длительность — от нескольких часов до двух недель. Выход постепенный, последующие воспоминания о пережитом фрагментарны.

При **шизофрении** психомоторное возбуждение наблюдается в следующих формах.

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

• **Кататоническое возбуждение** проявляется патетическим возбуждением, при этом больные оживлены, экзальтированы, восторжены. Характерны патетика, многоречивость, преимущественное употребление высокопарных выражений в сочетании 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 эхололии (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 также включает разновидности.

• **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 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 раптусса они могут наносить самоповреждения, в том числе с суицидальной целью.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

Вопросы позвонившему

До приезда бригады СМП необходимо выяснить характер и степень психомоторного возбуждения: сопровождается ли оно физической агрессией, представляет ли опасность для окружающих, есть ли

в помещении, где находится больной, колющие и режущие предметы.

Советы позвонившему

До приезда бригады СМП 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.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

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

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

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

Показания к госпитализации

Показания к госпитализации абсолютные.

Больных, у которых психомоторное возбуждение вызвано обострением хронического психического заболевания, госпитализируют в психиатрический стационар. Больных с органическими психическими расстройствами, у которых психомоторное возбуждение развивается на фоне тяжелого, опасного для жизни соматического состояния, госпитализируют в многопрофильные стационары. При выраженной тревожности, оглушении и спутанности сознания, отсутствии анамнестических данных показана госпитализация в многопрофильный стационар (специфическую лекарственную терапию при этом не используют), где возможно проведение обследования для выявления токсических веществ и инфекционных агентов и исследование жизненно важных функций.

Мероприятия не 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.

Если больной вооружен, баррикадируется, то есть создает реальную опасность здоровью и жизни окружающих, следует организовать участие сотрудников полиции.

В исключительных случаях, если иными методами невозможно предотвратить опасные действия больного, по решению врача-психиатра применяют меры физического стеснения (см. раздел «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 др. Показано введение лекарственных препаратов. Лекарственные средства лучше вводить внутримышечно. Купируют психомоторное возбуждение строго индивидуально в зависимости от выраженности психических расстройств, соматического состояния, возраста, времени транспортировки и др. Если возникает подозрение, что пациент получает психофармакотерапию, либо что его состояние связано с передозировкой неизвестного препарата, лучше избегать назначения ЛС до прояснения ситуации.

Воздержаться от введения ЛС следует и при подозрении на экзогенное (травматическое, токсическое, инфекционное) происхождение психомоторного возбуждения, а также у пациентов старческого возраста.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Используют один из следующих транквилизаторов.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*): начальная доза для взрослых составляет 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) в/в или в/м с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
- Диазепам: средняя разовая доза для взрослых составляет 10 мг (2 мл 0,5% раствора) в/в и в/м с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

В случаях хорошей предшествующей переносимости нейролептиков, возможно назначение одного из следующих препаратов.

- Хлорпромазин: разовая доза составляет 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) в/м под контролем артериального давления.
- Галоперидол: 5–10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

В тяжелых случаях допустимы комбинации бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина (феназепам*) или диазепам с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Наиболее частые ошибки

- Недооценка соматического статуса (в результате больной, нуждающийся в экстренной терапевтической, хирургической или токсикологической помощи, ее не получит или получит с опозданием).
- Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля его поведения.
- Недооценка опасности состояния психомоторно возбуждения для самого больного и окружающих (в том числе игнорирование необходимости привлечения в помощь сотрудников полиции).
- Пренебрежение методами безопасности.
- Неиспользование корректоров при введении нейролептических ЛС, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

Мероприятия на стационарном этапе

При выраженном возбуждении, особенно с явлениями агрессии, вводят седативные препараты каждые

30–60 минут до уменьшения симптомов возбуждения, враждебности и агрессии (см. раздел, посвященный оказанию помощи при агрессии).

Современный алгоритм терапии психотического возбуждения при шизофрении и аффективных психозах предусматривает использование пероральных форм антипсихотиков II поколения с седативным компонентом действия: оланзапин в дозе 10–20 мг/сут, кветиапин в дозе 400–800 мг/сут, клозапин в дозе 200–600 мг/сут. В случае сложностей с приемом таблеток следует применять пероральные формы антипсихотиков с быстрой абсорбцией: рисперидон в каплях в дозе 4–8 мг/сут, лингвальные таблетки оланзапина в дозе 10–20 мг/сут и др. В случае отказа показано назначение инъекционных форм оланзапина (10–30 мг/сут), зипрасидона (80–160 мг/сут) и/или традиционных нейролептиков: хлорпромазина в дозе до 300 мг/сут, левомепромазина в дозе 50–150 мг/сут, галоперидола в дозе 10–40 мг/сут, зуклопентиксола в дозе 50–200 мг один раз в 1–3 дня, дроперидола в/м в дозе 40–60 мг/сут совместно с антихолинергическими препаратами (биперидин в дозе 3–12 мг/сут или тригексифенидил в дозе 3–12 мг/сут) и транквилизаторами [бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*), диазепам, лоразепам]. При неэффективности этих назначений показаны электросудорожная терапия 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/сут внутрь или 2,5 мг/сут в/м). При беспокое в ночные часы возможно применение бензодиазепиновых транквилизаторов короткими курсами [нитразепам по 5 мг/сут, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) по 0,5–1 мг/сут].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — Т. 2. — 528 с.
2. Малин Д.И., Костицын Н.В. Клиника и терапия эндогенных психозов, осложненных злокачественным нейролептическим синдромом. — М.: Спутник, 1996. — 166 с.
3. Психиатрия: Пер. с англ. / Под ред. Р. Шейдера. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении (проект) // <http://www.psychniatr.ru/dow./1269> (дата обращения 09.01.2014).
5. Шацберг А.Ф., Коул Д.О., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии: Пер. с англ. / Под общ. ред. А.Б. Смулевича, С.В. Иванова. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 688 с.

Психомоторное возбуждение без психотических симптомов

К психомоторному возбуждению без психотических симптомов относят психопатическое возбуждение. Это следствие декомпенсации психопатической

личности, чаще всего наблюдаемое при истерическом расстройстве.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Психопатическое возбуждение часто психогенно обусловлено и выступает ответом на психотравмирующую ситуацию. Однако характерно несоответствие между слабым или умеренным внешним фактором и мощной ответной реакцией. Проявления могут быть очень разнообразными, но все поведение в целом обычно носит отчетливо демонстративный характер со стремлением устроить или разжалобить окружающих. При удержании возбуждение возрастает. Рисунок поведения (выкрики, требования, угрозы, брань) меняется в зависимости от действий окружающих и происходящих событий. На высоте возбуждения возникает двигательная буря, проявляющаяся криками, конвульсиями, метанием. Проявления возбуждения разнообразны — от грубых оскорблений, угроз и агрессивных актов до рыданий, самоповреждений и демонстративных суицидальных попыток.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Следует дифференцировать психопатическое возбуждение с психопатоподобными состояниями при шизофрении, маниакальными эпизодами при аффективных психозах, острыми реакциями на стресс. Для ограничения 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 удержаться от опасных действий, если знают о возможной ответственности.

Советы позвонившему

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

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

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

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

Показания к госпитализации

Обычно удается купировать психопатическое возбуждение без госпитализации.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Необходима успокаивающая психотерапевтическая беседа, при проведении которой медицинский работник не должен обнаруживать страх перед больным или поддерживать его притязания.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Используют транквилизаторы.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*): начальная доза для взрослых составляет 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) в/в или в/м с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
- Диазепам: средняя разовая доза для взрослых составляет 10 мг (2 мл 0,5% раствора) в/в и в/м с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

В случаях предшествующей хорошей переносимости нейролептиков используют один из следующих препаратов.

- Хлорпромазин: 25–50 мг (1–2 мл 2,5% раствора) в/м под контролем артериального давления.
- Галоперидол: 5–10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

В тяжелых случаях допустима комбинация бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам*) или диазепам с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Наиболее частые ошибки

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

Мероприятия на стационарном этапе

Госпитализацию в психиатрический стационар осуществляют при некупированном возбуждении или при констатации опасности для себя и окружающих. В этом случае проводят мероприятия, изложенные в разделе «Психомоторное возбуждение с психическими симптомами».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. — М.: Медицинская книга, 2007. — 124 с.
3. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. — М.: Кронпресс, 199. — 576 с.
4. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск, 1994. — 310 с.
5. Кербинов 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

Ступор, в противоположность возбуждению, представляет собой состояние обездвиженности.

Кататонический ступор протекает на фоне неглубокого повышения мышечного тонуса и характеризуется длительным сохранением приданной больному позы, зачастую неудобной и требующей напряжения (примером может служить симптом воздушной подушки, когда 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 (положение на боку, эмбриональная поза, положение стоя с опущенной головой и вытянутыми вдоль туловища руками, положение сидя на корточках). Вариант кататонического ступора — негативистический ступор. В основе этой формы лежат проявления негативизма — немотивированного сопротивления больному просьбам и действиям окружающих (изменить позу, совершить то или иное движение конечностями и др.). Еще один вариант — ступор с мышечным оцепенением, выражаемый напряжением всех мышц-сгибателей со своеобразной (эмбриональной) позой 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 бедром.

Галлюцинаторный ступор возникает, как правило, на высоте истинного вербального галлюциноза и проявляется общей обездвиженностью, мутизмом, мимическими реакциями, выражающимися страхом, тоской, удивлением, отрешенностью. Негативизм обычно отсутствует.

Депрессивный (меланхолический) ступор выступает 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 маниах.

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 иступленным возбуждением с аффектом ярости и разрушительными действиями.

Психогенный (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 они 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. Отличие заключается в бурных эмоциональных реакциях, 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 бригады СМП необходимо выяснить наличие в анамнезе шизофрении, депрессии, мании, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма. Нужно узнать также, принимал ли больной лекарственные или наркотические препараты.

Советы позвонившему

До приезда бригады скорой медицинской необходимо осуществлять надзор за пациентом.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностики

Проводят клинико-anamnestический сбор данных на основе истории болезни и информации, полученной от родственников больного.

При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих ступор, — полную неподвижность, полного или частичного мутизма (молчания), гипертонуса мышц, негативизма (чаще пассивного), угнетения рефлекторных реакций, отсутствия реакций на внешние раздражители и контакта с окружающими.

Показания к госпитализации

Пациента госпитализируют в психиатрический стационар по абсолютным показаниям. Госпитализация в психосоматическое (соматопсихиатрическое) отделение многопрофильного стационара показана при наличии 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.

Наиболее частые ошибки

Наиболее часто встречаются ошибки в дифференциальной диагностике между летальной кататонией и злокачественным нейролептическим синдромом.

Мероприятия на стационарном этапе

На стационарном этапе проводят уточняющую дифференциальную диагностику, в связи с чем необходимы тщательный сбор анамнеза, осмотр и лабораторные исследования, чтобы исключить соматические и неврологические причины ступора. К необходимым исследованиям относят клинические и биохимические анализы крови (определение концентрации общего белка, билирубина и его фракций, активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, показателей тимоловой пробы, протромбинового индекса, концентрации глюкозы в плазме крови), исследование крови на возбудитель сифилиса и ВИЧ, ЭКГ, консультации терапевта, невролога, окулиста, гинеколога. Ступорозные состояния часто исключают возможность приема больным пищи естественным путем, что приводит к истощению и возможному летальному исходу. Данной категории больных необходимо искусственное питание. Больным оказывают нутриционную поддержку, то есть комплекс лечебных мероприятий, направленный на выявление и коррекцию нарушений нутриционного статуса организма с использованием методов нутриционной терапии (энтерального и парентерального питания). Из ЛС препаратами выбора при кататонии выступают бензодиазепины. Пациенты, которые не реагируют или недостаточно реагируют на бензодиазепины, нуждаются в электроудорожной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шацберг А.Ф., Коул Д.О., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии: Пер. с англ. / Под общ. ред. А.Б. Смулевича, С.В. Иванова. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 688 с.
2. Hare D.J., Malone C. Catatonia and autistic spectrum disorders // *Autism*. — 2004. — Vol. 8. — P. 183–195.
3. Hesslinger B., Walden J., Normann C. Acute and long-term treatment of catatonia with risperidone // *Pharmacopsychiatry*. — 2001. — Vol. 34. — P. 25–26.
4. Raja M., Altavista M.C., Cavallari S. et al Neuroleptic malignant syndrome and catatonia. A report of three cases // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. — 1994. — Vol. 243. — P. 299–303.

Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Делириозные состояния встречаются при травмах, сосудистых заболеваниях, новообразованиях головного мозга, эпилепсии, ВИЧ-инфекции, нейросифилисе, других вирусных и бактериальных нейроинфекциях.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Делирий — это расстройство сознания, т.е. снижение ясности осознания окружающего с уменьшением способности направлять, концентрировать, поддерживать или переводить внимание. Нарушение когнитивной деятельности характеризуется расстройством непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительно сохранной памятью на события отдаленные, а также дезориентировкой во времени, в месте или собственной личности. Психомоторные расстройства отличаются быстрыми непредсказуемыми переходами от гиперактивности к гипоактивности, замедлением реакций, ускорением или заторможенностью речи. Расстройства цикла «сон — бодрствование» включают бессонницу, которая в тяжелых случаях характеризуется полной потерей сна с наличием или отсутствием сонливости в дневное время, или инверсию цикла с утяжелением симптоматики в ночное время, беспокойными снами и кошмарами. Иллюзии и галлюцинации носят истинный характер. Развитие патологического состояния быстрое, в течение суток происходят колебания выраженности симптоматики.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода. Делирий следует дифференцировать с другими органическими синдромами (особенно деменцией), с острыми и транзиторными психотическими расстройствами, острыми состояниями при шизофрении и аффективными расстройствами, когда возможно наличие симптоматики, напоминающей спутанность.

Вопросы позвонившему

До приезда бригады СМП необходимо получить сведения:

- о наличии в анамнезе соматических заболеваний, органических расстройств, например инфекционных заболеваний, эпилепсии, расстройств метаболизма;
- о приеме алкоголя или других психоактивных веществ.

Советы позвонившему

До приезда бригады СМП необходимо осуществлять надзор.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**Диагностика**

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

При осмотре обращают внимание на психотические признаки, определяющие делирий.

Показания к госпитализации

Показания к госпитализации абсолютные. Лечение соматогенного делирия проводят 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 передозировка может привести к затяжному выключению сознания, что затрудняет оценку состояния больного, увеличивает риск осложнений (нарушений дыхания, аспирации, пневмонии и тромбозов) и значительно замедляет восстановление функций центральной нервной системы.

Наиболее частые ошибки

Наиболее частые ошибки — подмена интенсивной терапии седацией и неверная диагностика соматических заболеваний, обусловивших возникновение делирия.

Мероприятия на стационарном этапе

Лечение делирия, не связанного с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, комплексное. Главная роль принадлежит дезинтоксикационным мероприятиям, ликвидации метаболических и гемодинамических нарушений, предупреждению отека мозга и других осложнений. Для купирования психотических расстройств предпочтительно использование транквилизаторов — диазепам в дозе 40 мг/сут парентерально или бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина (феназепам*) в дозе 3 мг/сут. Нейролептики применяют 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) или левомепромазин по 50–75 мг в/в, сульприд по 600–800 мг/сут в несколько приемов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного. — М.: Медицина, 1998. — 144 с.
2. Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1000 с.
3. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. — М.: Медицина, 2008. — 640 с.
4. Руководство по психиатрии. / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1–2.
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению органических психических расстройств (проект) // <http://www.psychiatr.ru/dow./1269> (дата обращения 09.01.2014).

Острая реакция на стресс

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

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость

и способность к адаптации к изменяющимся условиям обстановки. В отличие от других невротических и соматоформных расстройств, для острых реакций на стресс характерны уход от предстоящих социальных взаимодействий, сужение внимания, проявления дезориентации, гнев или словесная агрессия, чувство отчаянья и безнадежности, неадекватная или бесцельная гиперактивность, неконтролируемое и чрезмерное (по сравнению с местными культуральными стандартами) переживание горя.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят с острыми и транзиторными психотическими расстройствами в сочетании с острым стрессом, диссоциативными (конверсионными) расстройствами, расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых.

Вопросы позвонившему

Следует выяснить:

- наблюдались ли у пациента психические расстройства в прошлом;
- возникло ли расстройство спонтанно, внезапно, внезапно;
- каков характер психотравмирующей ситуации;
- предшествовали ли психическому расстройству биологические причины — инфекции, интоксикации, прием гормональных средств, алкоголя или наркотиков.

Советы позвонившему

Нельзя оставлять пострадавшего одного. Необходимо установить с ним физический контакт (взять за руку, положить свою руку ему на плечо или спину, погладить его по голове), дать ему почувствовать, что вы рядом, подтвердить, что слушаете и сочувствуете.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

Диагностические критерии острой реакции на стресс — смешанная и меняющаяся клиническая картина, резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия.

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

Показания к госпитализации

При формировании гиперкинетической реакции требуются специализированная медицинская помощь и медикаментозное лечение.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Прежде всего больного следует успокоить, проявить сочувствие, активно выслушать. Необходимо по возможности прояснить психотравмирующие события с целью уменьшения эмоционального напряжения пациента и оказания помощи в восстановлении способности к рациональному мышлению.

При гиперкинетических реакциях показана медикаментозная терапия.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Используют один из транквилизаторов.

- Диазепам в/в и в/м, средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора).
- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м, начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора).

Мероприятия на стационарном этапе

Показанием к госпитализации служат некупируемое психомоторное возбуждение, ступор, выраженные депрессивные реакции с суицидальными тенденциями. Мероприятия см. в разделах «Психомоторное возбуждение», «Ступор».

Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)

К данным расстройствам относят рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто развивающиеся спонтанно, непредсказуемо. 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 чувствуют, что «сердцебиения распространяются по всему телу». Нередки ощущения «провалов», «перебоев», «замирания» или «остановки сердца». К другим симптомам относят удушье, потливость, приливы жара и холода, озноб, дискомфорт в левой половине грудной клетке, головокружение, страх смерти, внутреннее напряжение, учащенное мочеиспускание, тошноту, парестезии, ощущение кома в горле. Из психических симптомов наблюдаются дереализация и страх сойти с ума.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями и состояниями:

- эпилепсия;
- гипоталамическая дисфункция;
- вестибулярные расстройства;
- синдром ночного апноэ;
- патология щитовидной железы;
- феохромоцитомы;

- артериальная гипертензия;
- пролапс митрального клапана;
- тревожные расстройства;
- шизофрения;
- депрессия;
- истерия.

Вопросы позвонившему

Необходимо выяснить:

- наблюдались ли приступы в прошлом;
- возникали ли приступы спонтанно, неожиданно, внезапно;
- возникали ли приступы во время ожидания неприятной ситуации («страх страха»);
- возникали ли приступы во время психотравмирующей ситуации или при поездке в метро или в лифте;
- предшествовали ли приступу биологические причины — инфекции, интоксикации, прием гормональных средств, алкоголя или наркотиков.

Советы позвонившему

Самые частые мысли при панических атаках — «я боюсь потерять контроль», «боюсь сойти с ума», «у меня начинается инфаркт». Необходимо успокоить и разубедить больного.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

К диагностическим критериям панического расстройства относят пароксизмальность, полисистемность вегетативных симптомов, наличие эмоциональных расстройств, ощущение нереальности предметов (дереализация) или «отдаленности» собственного «Я», страх сойти с ума.

Помимо опроса необходимо физическое обследование. Внимание следует обратить на сердцебиение, артериальное давление, частоту пульса, наличие потливости, озноба, тремора.

Показания к госпитализации

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

Мероприятия на догоспитальном этапе

Прежде всего пациента следует успокоить, убедить в правильности диагноза и разъяснить, что его симптоматика не является следствием нераспознанного тяжелого соматического заболевания.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Используют один из транквилизаторов.

- Диазепам в/в и в/м, средняя разовая доза для взрослых — 10 мг (2 мл 0,5% раствора).
- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м, начальная доза для взрослых — 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора).

Мероприятия на стационарном этапе

Если паническая атака не купируется введением бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина (феназепам*) или диазепама, назначают алпрозолам внутрь (разовая доза — 0,5 мг, суточная — 1,5 мг), лоразепам внутрь (разовая доза — 0,5 мг, суточная доза — 2 мг), клоназепам внутрь (разовая доза — 0,5 мг, суточная —

10 мг) или гидроксизин (разовая доза 25 мг, суточная — 100 мг) внутрь или в/м.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — Ростов н/Д: Феникс, 1997. — 576 с.

2. Александровский Ю.А., Шукин Б.П. Психические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф // Журн. неврол. и психиатр. — 1991. — Т. 91, вып. 5. — С. 39–43.

3. 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.

4. Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья // Обозр. психиатрии и мед. психол. — 1996. — № 1–2. — С. 136–143.

Абстинентный синдром

Алкогольный абстинентный синдром — комплекс вегетативных, соматоневрологических и психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекращением (через 6–48 ч) или резким сокращением количества употребляемого алкогольного напитка. СМП может потребоваться в случае тяжелого алкогольного абстинентного синдрома, наблюдаемого после многодневного массивного алкогольного эксцесса (запой).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Следует отличать алкогольный абстинентный синдром 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 алкогольном абстинентном синдроме прием алкоголя уменьшает соматовегетативные проявления и улучшает психическое состояние.

Советы позвонившему

Больного не следует оставлять без присмотра.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

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

Оценка клинических данных (время, прошедшее после последнего приема алкоголя; тревога, желание опохмелиться, диссомнические расстройства, тремор пальцев рук, век, языка и головы, атаксия в пробе Ромберга, тахикардия, жажда, озноб, повышенное потоотделение). Следует обратить внимание на степень дегидратации (тургор кожного покрова, сухость слизистых оболочек, снижение массы тела и др.).

Пациенту и его родственникам необходимо задать следующие вопросы.

1. Как давно и 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. Есть ли сильное желание (тяга) принять алкоголь или потребность в его постоянном приеме?

5. Были ли ранее подобные состояние в связи с прекращением употребления алкоголя?

6. Случались ли в этом состоянии судорожные припадки?

7. Были ли ранее алкогольные психозы?

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

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

Два положительных ответа на вопросы № 2–9 со значительной вероятностью указывают на наличие синдрома зависимости от алкоголя. Положительные ответы на вопросы № 7–8 указывают на высокую вероятность развития осложнений алкогольного абстинентного синдрома.

Показания к госпитализации

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

Рекомендации для оставленных дома больных

Необходимо строго следовать всем предписаниям врача. В случае утяжеления физического или психического состояния необходимо вызвать скорую

помощь. После купирования абстинентного синдрома рекомендовано начать лечение алкогольной зависимости.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Используют один из транквилизаторов.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м в начальной дозе для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
- Диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе 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 используют дроперидол (1–4 мл 2,5% раствор в/м) или галоперидол (1–2 мл 0,5% раствора в/м).

Наиболее частые ошибки

- Введение фуросемида без восполнения ОЦК 0,9% раствором натрия хлорида и препаратами калия опасно развитием дегидратации, артериальной гипотензии, гипохлоремического и гипокалиемического алкалоза.
- Назначение ЛС с антихолинергическим и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил, биперидин, хлорпромазин, дифенгидрамин, 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 нарушения со стороны центральной нервной системы, связанные с демиелинизацией нервных волокон.
- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепама или бромдигидрохлорфенилбензодиазепама (феназепама*) опасно развитием нарушения дыхания.

Мероприятия на стационарном этапе

В план обследования входят общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение концентрации глюкозы, белка и белковых фракций, липидов, билирубина, активности печеночных ферментов), ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, консультации терапевта и невролога.

Лекарственная терапия

- Внутривенная инфузия изотонического раствора натрия хлорида или сбалансированных полиионных растворов с 400–500 мл 5–10% раствора декстрозы (глюкозы*).
- Витамин В₁ (тиамин 5% 5 мл в/м).
- Витамин В₆ (пиридоксин 5% 5 мл в/м).
- Магния сульфат 25% 20–30 мл в/в в 400–500 мл 5–10% раствора декстрозы (глюкозы*).
- Натрия тиосульфат 30% 10–20 мл в/в два раза в сутки.

- Фуросемид в дозе 1 мг/кг в/в (по показаниям).
- Транквилизаторы: бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м в начальной дозе для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) или диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе 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 в/м или галоперидол 0,5% раствор 1–2 мл в/м.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алкогольная болезнь: поражение внутренних органов / Под общ. ред. В.С. Моисеева, Т.Г. Трояновой. — М.: УДН, 1990. — С. 14–18.
2. Афанасьев В.В. Алкогольный абстинентный синдром. — СПб.: Интермедика, 2002. — 354 с.
3. Афанасьев В.В. Рубитель Л.Т., Афанасьев А.В. Острая интоксикация этанолом. — СПб.: Интермедика, 2002. — 54 с.
4. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, клиника, противорецидивное лечение. — СПб.: Элби, 2002. — 192 с.
5. De Petrillo P., McDonough M. Alcohol Withdrawal Treatment Manual. — Glen Echo, MD: Focused Treatment Systems, 1999.

Алкогольные психозы

Алкогольные (металкогольные) психозы по течению разделяют на острые, затяжные и хронические. Кроме того, их разделяют по преобладанию в клинической картине психопатологических синдромов (делириозного, галлюцинаторного, параноидного, бредового и др.). Острые психозы развиваются в состоянии абстиненции. Манифестируют обычно 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. Существенная особенность острых алкогольных психозов заключается в своеобразном полиморфизме клинических проявлений, не характерном для других экзогенно и эндогенно обусловленных состояний. Так, алкогольный делирий в частных случаях сопровождается транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами, вербальным псевдогаллюцинозом и др. 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 продолжают до десяти суток. Затяжные (протрагированные) и хронические психозы также могут иметь острое начало, хотя возможно постепенное формирование и нарастание симптоматики. Считают, что затяжные психозы продолжают до полугода. Хронические алкогольные психозы протекают на фоне глубоких изменений личности по органическому типу, могут продолжаться

ся неопределенно длительное время и полностью инвалидизировать больного. На практике удобна следующая классификация алкогольных (металко-гольных) психозов.

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

Алкогольный делирий манифестирует с выраженной тревогой и стойкой бессонницей, на фоне которых появляются парейдолические иллюзии. Иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется зрительными и вербальными галлюцинациями. Характерны кратковременные транзиторные состояния помрачения сознания с нарушением ориентировки, которые больные описывают как «провалы», «забытье», «кошмары» (абортивный делирий). Симптоматика сохраняется «мерцающей» от нескольких часов до суток, после чего галлюциноз становится статичным состоянием. Галлюцинации носят угрожающий характер, поведение определяется их содержанием. Постепенно галлюциноз усложняется, становится сценopodobным. Одновременно нарастает оглушение. Теряется ориентировка в месте и времени, но сохраняется в собственной личности (типичный делирий). Характерны переживания бытового и профессионального плана. Нарастание признаков помрачения сознания сопровождается уменьшением двигательной и речевой продукции, активностью 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, на высоте психоза может развиваться галлюцинаторная спутанность, близкая по клиническим проявлениям к помрачению

сознания. Однако абсолютное большинство алкогольных галлюцинозов протекает при ясном сознании.

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

Острые энцефалопатии наблюдаются при массивной алкоголизации в III стадии алкоголизма или при интоксикации суррогатами алкоголя и техническими жидкостями (метилловый 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 — геморрагическая энцефалопатия, или верхний полиэнцефа-

лит с подострым течением. Продром продолжается до нескольких месяцев, проявляется выраженной астенизацией и нарастанием дистрофических расстройств. На этом фоне остро развивается мусситирующий делирий. Состояние быстро ухудшается, повышается температура тела, появляются кататоноподобные явления, аментивная спутанность. Прогноз для жизни неблагоприятный.

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

Хроническая энцефалопатия — исход 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Существенная особенность острых алкогольных психозов заключается в своеобразном полиморфизме клинических проявлений, не характерном для других экзогенно и эндогенно обусловленных состояний. Так, алкогольный делирий в частных случаях сопровождается транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами, вербальным псевдогаллюцинозом и др. 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 и опухолями головного мозга.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показания к госпитализации

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

Рекомендации для оставленных дома больных

Необходимо срочно обратиться за психиатрической помощью в диспансер по месту жительства, а в случае утяжеления физического или психического состояния — вызвать скорую помощь.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Используют один из транквилизаторов.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м в начальной дозе для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
- Диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе для взрослых 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с воз-

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

При психомоторном возбуждении, выраженной тревоге используют дроперидол (1–4 мл 2,5% раствор в/м) или галоперидол (1–2 мл 0,5% раствора в/м).

Наиболее частые ошибки

- Введение фуросемида без восполнения ОЦК 0,9% раствором натрия хлорида и препаратами калия опасно развитием дегидратации, артериальной гипотензии, гипохлоремического и гипокалиемического алкалоза.
- Назначение ЛС с антихолинергическим и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил, биперидин, хлорпромазин, дифенгидрамин, 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 нарушения со стороны центральной нервной системы, связанные с демиелинизацией нервных волокон.
- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепам или бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам*) опасно развитием нарушения дыхания.

Мероприятия на стационарном этапе

В план обследования входят общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение концентрации глюкозы, белка и белковых фракций, липидов, билирубина, активности печеночных ферментов), ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, консультации терапевта и невролога.

Лекарственная терапия

- Внутривенная инфузия изотонического раствора натрия хлорида или сбалансированных полиионных растворов с 400–500 мл 5–10% раствора декстрозы (глюкозы*).
- Витамин В₁ (тиамин 5% 5 мл в/м).
- Витамин В₆ (пиридоксин 5% 5 мл в/м).
- Магния сульфат 25% 20–30 мл в/в в 400–500 мл 5–10% раствора декстрозы (глюкозы*).
- Натрия тиосульфат 30% 10–20 мл в/в два раза в сутки.
- Фуросемид в дозе 1 мг/кг в/в (по показаниям).
- Транквилизаторы: бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м в начальной дозе для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) или диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе 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 в/м или галоперидол 0,5% раствор по 1–2 мл в/м.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алкогольная болезнь: поражение внутренних органов / Под общ. ред. В.С. Моисеева, Т.Г. Трояновой. — М.: УДН, 1990. — С. 14–18.
2. Афанасьев В.В. Алкогольный абстинентный синдром. — СПб.: Интермедика, 2002. — 354 с.
3. Афанасьев В.В. Рубитель Л.Т., Афанасьев А.В. Острая интоксикация этанолом. — СПб.: Интермедика, 2002. — 54 с.
4. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, клиника, противоречивое лечение. — СПб.: Элби, 2002. — 192 с.
5. De Petrillo P., McDonough M. Alcohol Withdrawal Treatment Manual. — Glen Echo, MD: Focused Treatment Systems, 1999.

Синдром отмены опиоидов (опиоидный абстинентный синдром)

Опиоидный абстинентный синдром — проявляется выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями, возникающими при прекращении приема препаратов опиоидной группы. Различают следующие виды препаратов: природные препараты снотворного мака и его отдельные алкалоиды (опий, морфин, кодеин и др.); полусинтетические (героин, дезоморфин, гидроксон, гидроморфон, оксикодон, оксиморфон, бупренорфин, пентазоцин, буторфанол, налбуфин и др.); синтетические (тримеперидин, 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 абстиненции при злоупотреблении различными опиоидами имеет общие проявления и некоторые отличия. Тяжесть состояния зависит от характеристик конкретного вещества, его среднесуточной дозы, длительности периода непрерывной наркотизации, давности заболевания, наличия сопутствующих соматических и психических заболеваний.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Формирование опиоидного абстинентного синдрома может произойти через 1–2 мес регулярного употребления наркотического вещества. Спустя 4–12 ч после последнего приема наркотика возникают мидриаз, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа», бессонница, озноб, сменяющийся жаром, потливость и слабость, а также дискомфорт в мышцах спины, ног и 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, при-

седают, поднимают вверх ноги, катаются по полу и др. Они напряжены, раздражительны, злобны. Могут быть проявления агрессии; часты и аутоагрессивные действия — больные наносят себе порезы в области предплечий. Возможны и истинные суицидальные попытки. Настроение снижено, влечение к наркотику непреодолимое. Максимум выраженности симптомов синдрома отмены отмечается к концу вторых, началу третьих суток. Продолжительность абстинентного синдрома без лечения может составлять 5–10 дней. По минованию абстинентного синдрома у больного снижается толерантность к наркотику. При использовании героина в клинической картине абстиненции 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. Опиоидный абстинентный синдром при внутривенном использовании метадона развивается в более поздние сроки (3–6 мес от начала регулярной наркотизации) и носит более затяжной (до 3 нед) характер, изматывающий больного. Абстинентный синдром при использовании дезоморфина возникает через 3–6 мес после первого употребления в случае первичной наркомании, развивается через 3–4 ч после последнего употребления наркотика и достигает пика через 48 ч. Аффективные нарушения (депрессия, суицидальные тенденции) при дезоморфиновом синдроме отмены опережают развитие алгических и соматовегетативных расстройств. Опиоидный абстинентный синдром — 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 больному. Развитие опасных для жизни состояний возможно у лиц с сопутствующей соматической патологией.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

Советы позвонившему

Необходимо обратиться за помощью к психиатру-наркологу по месту жительства при начальных и умеренно выраженных проявлениях опиоидного абстинентного синдрома, не осложненного другими неотложными состояниями или острыми сопутствующими заболеваниями. Если позвонивший сообщает об агрессии, аутоагрессии, суицидальном поведении, психомоторном возбуждении, ему дают советы, предостерегающие в соответствующих разделах.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

Необходимы четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после его

употребления в течение длительного времени в высоких дозах.

Признаки опиоидного абстинентного синдрома:

- зевота, слезотечение, насморк с чиханием, жалобы на зуд в носу и носоглотке;
- ощущение «заложенности» носа;
- расширение зрачков, «гусяная кожа», периодический озноб, сенестопатии, умеренная тахикардия или артериальная гипертензия и другие вегетативные нарушения;
- бессонница;
- неодолимое желание принять наркотик;
- мышечные и суставные боли («ломка»);
- аффективные нарушения — тоска, чувство безнадежности, бесперспективности, тревога, беспокойство;
- демонстративное поведение;
- 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 кожного покрова 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.

Показания к госпитализации

Показаниями к госпитализации по скорой помощи служат состояния, которые возникают в клинической картине в частных случаях: агрессия, аутоагрессия, суицидальное поведение, психомоторное возбуждение.

Рекомендации для пациентов, оставленных дома

Пациентам необходимо срочно обратиться в наркологический диспансер по месту жительства. После купирования проявлений абстиненции рекомендовано начать лечение опиоидной зависимости.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Врачу СМП, столкнувшемуся с проявлениями тяжелого опиоидного абстинентного синдрома, следует уведомить больного о необходимости лечения в условиях профильного наркологического стационара. На дому лечение не проводят. На догоспитальном этапе выполняют коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, для чего однократно можно использовать снотворно-седативные препараты и нейролептики.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Используют один из транквилизаторов.

- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м в начальной дозе для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) с возможным

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

- Диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе для взрослых 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.
- Кроме того, вводят трамадол.
- Трамадол 2 мл 5% раствора в/в или в/м.

Наиболее частые ошибки

- Назначение ЛС с антихолинергическим и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил, биперидин, хлорпромазин, дифенгидрамин, клозапин) может вызвать делирий.
- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепама или бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам*) опасно развитием нарушения дыхания.

Мероприятия на стационарном этапе

План обследования включает общий анализ крови и мочи, биохимический анализ (определение концентрации глюкозы, белка и белковых фракций, липидов, билирубина, активности печеночных ферментов), ЭКГ, контроль артериального давления, рентгеноскопию грудной клетки, консультации терапевта и невролога.

Лекарственная терапия

- Клонидин (клофелин*) до 1 мг внутрь под контролем артериального давления.
- Тиоприд 800–1200 мг/сут внутрь или в/м.
- Трамадол в/м 2–4 мл 5% раствора (при сохраняющемся болевом синдроме повторное введение через 2–4 ч).
- Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам*) в/в или в/м в начальной дозе для взрослых 0,5–1 мг (0,5–1 мл 0,1% раствора) или диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе для взрослых 10 мг (2 мл 0,5% раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30–40 мин.

Кеторолак, ибупрофен и др.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. — СПб.: Дидактика Плюс, 2002. — 272 с.
2. Носачев Г.Н., Тютина Г.М., Корякин С.А. Опыт комбинированного лечения больных опийной наркоманией в наркологическом стационаре (информационное письмо) // Вопр. наркологии. — 1997. — № 3. — С. 26–30.
3. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии / Под ред. Н.М. Жарикова. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.
4. Софронов А.Г. Опиатная наркомания. — СПб.: ВМА, 1998. — 97 с.
5. 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, трифлуоперазина (трифтазин*), тиопроперазина. Отмечена возможность развития ЗНС и при лечении нейролептиками, не вызывающими выраженных экстрапирамидных побочных эффектов, такими как тиоридазин, клозапин, рисперидон. Патогенез ЗНС выяснен не полностью. Существует две основных гипотезы:

- нарушение обмена дофамина в центральной нервной системе;
- периферический эффект нейролептиков — воздействие их на скелетные мышцы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основные симптомы ЗНС — гипертермия, мышечная ригидность, угнетение сознания и вегетативная лабильность. Для легкого варианта течения ЗНС характерен подъем температуры тела до субфебрильных цифр (37–38 °С), а для тяжелых случаев — до 39 °С и выше. Прогрессирующая мышечная ригидность — один из наиболее существенных признаков.

Выраженность мышечной ригидности может быть различной — от гипертонуса мышц до симптома «свинцовой трубы» с крайней резистентностью к пассивным движениям. Если ЗНС обусловлен применением атипичных нейролептиков, экстрапирамидная симптоматика, в том числе мышечная ригидность, выражена слабее и может отсутствовать в начале приступа или не развиваться вообще. К другим экстрапирамидным расстройствам относят бради- и акинезию, симптом «зубчатого колеса», миоклонус, тремор, хорею, опистотонус, дизартрию, афонию, дисфагию, акатизию, дистонию (тризм, блефароспазм, окулогирный криз), эпилептиформные припадки, гиперрефлексию, клонус стоп.

При тяжелом течении ЗНС нарастают вегетативные сдвиги: тахикардия достигает 120–140 в минуту, одышка — до 30 дыханий в минуту. Развиваются водно-электролитные нарушения, усиливаются гемодинамические расстройства, изменяются лабораторные показатели: СОЭ повышается до 40–70 мм/ч, общее количество лейкоцитов — до 15 000–30 000 со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Понижение количества лимфоцитов до 3–10% сочетается со значительным увеличением активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз и креатинфосфокиназы в плазме крови.

Психические нарушения при ЗНС многообразны и могут проявляться в виде тревоги, спутанности, возбуждения, делирия, онейроидного и аментивного помрачения сознания, тяжелой кататонии, акинетического мутизма, ступора и комы. Часто наблюдаются колебания уровня нарушения сознания. Прогностически неблагоприятный фактор — присоединение буллезного дерматита с появлением пузырей в пояснично-крестцовой области, пяточных и локтевых областях. Пузыри, наполненные серозно-геморрагическим содержимым, быстро лопаются, и на их месте образуются пролежни с участка-

ми некроза, которые быстро нагнаиваются и могут приводить к развитию сепсиса. Буллезный дерматит резко ухудшает состояние больных. Наиболее опасны такие осложнения ЗНС, как рабдомиолиз, ОПН, ОДН, легочная эмболия, аспирационная пневмония, отек легких, респираторный дистресс-синдром взрослых (шоковое легкое), аритмии, острый ИМ, внезапная остановка сердца.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями и состояниями:

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

Вопросы позвонившему

Необходимо собрать анамнез у родственников, выяснить, какие психотропные лекарственные средства и как долго принимал больной, уточнить нутрициологический статус (аппетит, водный режим, диурез), выяснить, есть 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.).

Советы позвонившему

До приезда бригады СМП необходимо осуществлять надзор за пациентом.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

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

Показания к госпитализации

Показана экстренная госпитализация по жизненным показаниям в психосоматическое отделение многопрофильного стационара.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Необходима немедленная отмена нейролептиков. Проводят мероприятия по снижению температуры тела: наложение пузырей со льдом на область крупных сосудов, влажные холодные обертывания и др. Жаропонижающие препараты неэффективны.

Способ применения и дозы лекарственных средств

- Диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе для взрослых 10 мг (2 мл 0,5% раствора).
- Бипериден в дозе 3–12 мг/сут или тригексифенидил в дозе 3–12 мг/сут.

Наиболее частые ошибки

Наиболее часто встречаются ошибки при дифференциальной диагностике с фебрильной шизофрени-

ей, кататонической шизофренией и серотониновым синдромом.

Мероприятия на стационарном 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 декстрана. Наряду с этими препаратами вводят солевые растворы, 5% раствор декстрозы (глюкозы*). Назначают также ноотропы, витамины группы В и С. Для купирования возбуждения используют диазепам, натрия оксидбутират.

Агонист D₂-дофаминовых рецепторов бромкриптин назначают внутрь через назогастральные зонды в суточной дозе от 7,5 до 60 мг.

Мышечный релаксант дантролен[®] назначают в суточной дозе 1–2 мг/кг.

Эффективность электросудорожной терапии 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 электросудорожной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малин Д.И., Козырев В.Н., Равилов Р.С. и др. Злокачественный нейролептический синдром (эпидемиология, факторы риска, клиника, диагностика, патогенез, терапия) // Психиатрия и психофармакотер. — 2000. — Т. 2, № 5. — С. 138–141.
2. Caroff S., Mann S., Lazarus A. et al. Neuroleptic malignant syndrome: Diagnostic issues // Psychiatr. Ann. — 1991. — Vol. 21. — P. 130–147.
3. Caroff S., Mann S. Neuroleptic malignant syndrome // Med. Clin. North Am. — 1993. — Vol. 77. — P. 185–202.
4. Levenson J. The neuroleptic malignant syndrome // Am. J. Psychiatry. — 1985. — Vol. 142. — №10. — P. 1137–1145.
5. Yamawaki S., Yano E., Terakawa N. et al. On the results of a nationwide survey on neuroleptic malignant syndrome // Hiroshima J. Anesthesia — 1988. — Vol. 24. — P. 52–67.

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 сочетании селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (циталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин) со следующими препаратами:

- неселективные необратимые ингибиторы моноаминоксидазы — изокарбоксазид[®], фенелзин[®] и транилципромин[®];
- селективные обратимые ингибиторы моноаминоксидазы А (моклобемид) и моноаминоксидазы Б (селегилин[®]);
- тразодон, нефазодон[®], препараты лития, кломипрамин, амитриптилин;
- буспирон, карбамазепин, L-триптофан, декстрометорфан, трамадол, дигидроэрготамин, суматриптан, леводопа.

Повышение концентрации серотонина в ЦНС происходит вследствие:

- 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 подергивания. При утяжелении состояния возникает маниакальноподобные состояния со скачкой идей, смазанной речью, нарушениями сна. В отдельных случаях наблюдаются спутанность сознания и симптомы дезориентировки. При крайне тяжелом течении (чаще при сочетании селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и ингибиторов моноаминоксидазы) серотониновый синдром близок к клинической картине злокачественного нейролептического синдрома с резким повышением температуры тела. К тяжелым осложнениям серотонинового синдрома относят также синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, рабдомиолиз, миоглобинурию, почечную, печеночную и мультиорганную недостаточность, метаболический ацидоз. К летальному исходу может привести миоклонус, затрагивающий грудные мышцы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Серотониновый синдром следует дифференцировать с состояниями, встречаемыми при энцефалитах, гипертиреозидизме, ГК, кататонической шизофрении, злокачественном нейролептическом синдроме, септицемии, столбняке, при интоксикациях холинолитиками, амфетаминами, литием, галлюциногенами, кокаином, ингибиторами моноаминоксидазы, фенциклидином, салицилатами, стрихнином.

Вопросы позвонившему

Необходимо выяснить:

- какие психотропные препараты и как долго принимал больной;
- нутрициологический статус (аппетит, водный режим, диурез);

- есть ли у больного в анамнезе органические поражения головного мозга, ИБС, артериальная гипертензия и др.;
- сопутствующие симптомы (потеря сознания, затруднение дыхания, тошнота и рвота и др.).

Советы позвонившему

Больного нельзя оставлять без присмотра.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Действия на вызове

Диагноз выставляют на основании клинических симптомов, особенностей действия принимаемых препаратов и исключения болезней с похожей клинической картиной. Предложены следующие критерии для диагностики серотонинового синдрома.

- Появление как минимум трех из следующих симптомов: агитация, лихорадка, гиперрефлексия, миоклония, диарея, нарушения координации, гипергидроз, озноб или спутанность, связанные с началом терапии серотонинергическим веществом, с повышением его дозы или с добавлением другого серотонинергического вещества.
- Исключение других возможных причин — инфекций, метаболических нарушений, интоксикаций, синдрома отмены и др.
- Непосредственно перед возникновением симптомов болезни пациенту не назначали нейролептик или не повышали его дозу (если он был назначен давно).

При осмотре обращают внимание на выявление признаков, характерных для серотонинового синдрома: изменение температуры тела, повышенное потоотделение, изменение лица (маскообразность, сальность), зрачков (мидриаз), сердечно-сосудистую симптоматику (глухость сердечных тонов, повышение или снижение частоты пульса, артериальную гипертензию или гипотензию).

Показания к госпитализации

Экстренная госпитализация по жизненным показаниям в психосоматическое отделение многопрофильного стационара.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Проводят мероприятия по снижению температуры тела: наложение пузырей со льдом на область круп-

ных сосудов, влажные холодные обертывания и др. Немедленно отменяют серотонинергические препараты.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Диазепам в/в и в/м в средней разовой дозе 10 мг (2 мл 0,5% раствора).

Наиболее частые ошибки

Возможны ошибки при дифференциальной диагностике с фебрильной шизофренией, кататонической шизофренией, злокачественным нейролептическим синдромом.

Мероприятия на стационарном этапе

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

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Aiderman C.P., Lee P.C. Comment: Serotonin syndrome associated with combined sertraline- amitriptyline treatment // *Ann. Pharmacother.* — 1996. — Vol. 30. — P. 1499–1500.
2. Baetz M.D. Malcolm: Serotonin syndrome from fluvoxamine and buspirone // *Can. J. Psychiatry.* — 1995. — Vol. 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. — Vol. 13. — P. 312–320.
4. Bodner R.A., Lynch T. Lewis L., Kahn D. Serotonin syndrome // *Neurology.* — 1995. — Vol. 45. — P. 219–223.