

ОРД-ПСИХ-22

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ

Ректор

О.В. Ремизов

« 30 » марта 2022 года

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Неотложные состояния в психиатрии»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь,
утвержденной 30.03.2022 г.

Форма обучения: Очная

Срок освоения: 2 года

Кафедра: психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской
реабилитацией

Владикавказ 2022

При разработке рабочей программы дисциплины «Неотложные состояния в психиатрии» ОПОП ВО – подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь (ОРД-СМП-22) в основу положены:

- 1) федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь, утвержденный Министерством образования и науки РФ от «25» августа 2014 г. № 1091;
- 2) учебные планы по программе ординатуры специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь, ОРД-СМП-22, утвержденный ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «30» марта 2022 г., протокол № 6.

Рабочая программа дисциплины «Неотложные состояния в психиатрии» ОПОП ВО одобрена на заседании кафедры психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской реабилитацией ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 17 марта 2022 г. протокол № 7.

Рабочая программа дисциплины «Неотложные состояния в психиатрии» ОПОП ВО одобрена на заседании центрального координационного учебно-методического совета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «22» марта 2022г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Неотложные состояния в психиатрии» ОПОП ВО утверждена ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «30» марта 2022г., протокол № 6.

Разработчики:

Зав кафедрой психиатрии
с неврологией, нейрохирургией
и медицинской реабилитацией
д.м.н., профессор

Букановская Т. И.

Рецензенты:

Идрисов К.А., д.м.н., профессор, зав. курсом психиатрии, медицинской психологии кафедры «Госпитальная терапия» Медицинского института ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»

Слепушкин В.Д., д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Содержание рабочей программы

1. наименование дисциплины;
2. перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы;
3. указание места дисциплины в структуре образовательной программы;
4. объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических и астрономических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (по видам учебных занятий) и на самостоятельную работу обучающихся;
5. содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических или астрономических часов и видов учебных занятий;
6. перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине;
7. фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине;
8. перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины;
9. перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), необходимых для освоения дисциплины;
10. методические указания для обучающихся по освоению дисциплины;
11. перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости);
12. описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине;
13. ведение образовательной деятельности с применением электронного обучения и дистанционных технологий

1. Наименование дисциплины: «Неотложные состояния в психиатрии»

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Цель и задачи освоения дисциплины «Неотложные состояния в психиатрии»

Введение: в практике психиатрии понятие «неотложное» состояние трактуется шире, чем понятие «экстренная и неотложная помощь» в соматологии, и включает так же многие патологические процессы, которые непосредственной угрозы жизни не несут, но могут быстро приводить к значительному ухудшению состояния или являются крайне тягостными для пациента, а также ситуации, требующие проведения срочных диагностических манипуляций для исключения тяжелой острой патологии.

Понятие «неотложные состояния в психиатрии (также и в наркологии)» является условным, так как нет практически ни одного неотложного состояния, которое сопровождалось бы нарушением лишь психических функций и не вовлекало бы других систем организма. В ряде руководств в эту группу относят неотложные состояния, развивающиеся только в рамках психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий и исключают острые психические расстройства при соматических заболеваниях. В практической медицине применяется более широкая трактовка, согласно которой следует относить к «неотложным состояниям в психиатрии» все неотложные состояния, независимо от их нозологической принадлежности, сопровождающиеся выраженными психическими нарушениями. Именно такое определение понятия используется в данной программе

Целью дисциплины является обучение умению распознавать неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства.

Задачи дисциплины:

1. Обучение знаниям квантифицированной диагностики психических расстройств и состояний, требующих активного врачебного вмешательства
2. Сформировать навыки описания выявленных психических расстройств на основе объективного исследования (умение написать психический статус).
3. Сформировать навыки психофармакологической коррекции психических расстройств, требующих активной терапии

2. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине и результаты освоения образовательной программы

№№ п/	Номер/индекс компетенции	Содержание дисциплины (или ее разделов)	Результаты освоения		
			знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5	6
1.	ПК-1	Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства.	клиническую картину и синдромологию следующих психических расстройств: А) неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний Б) неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике В) неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий Г) неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных	оценить тяжесть состояния, его остроту, причину его возникновения, принять решение для активного врачебного вмешательства; сформулировать показания к избранному методу врачебной манипуляции (препараты, дозировки, способ введения) при состояниях, требующих активного врачебного вмешательства	врачебными манипуляциями, направленными на купирование неотложных состояний в психиатрии

			психических расстройств механизмы специфического действия психотропных препаратов различных психофармакологических групп, а также механизмы действия других лекарственных препаратов, применяемых в психиатрии для лечения неотложных состояний		
		Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии	клинические проявления следующих состояний: Психомоторное возбуждение. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Судорожные припадки и эпилептический статус Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий. Синдромы выключения сознания. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Панические атаки и вегетативные кризы. Острые осложнения при применении	уметь проводить следующие манипуляции: Психомоторное возбуждение. Мероприятия: 1) Физическое удержание 2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Тактика ведения пациента, совершившего суицидальную попытку. Судорожные припадки и эпилептический статус Мероприятия: 1) Во время припадка; 2) После	проводит врачебные манипуляции при следующих состояниях: Психомоторное возбуждение. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Судорожные припадки и эпилептический статус Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий. Синдромы выключения сознания. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Панические атаки и вегетативные кризы.

			психотропных средств припадка; 3) При эпилептическом статусе. Неалкогольный (соматогенный) делирий. Клиническая оценка и принципы лечения. Алкогольный делирий. Принципы лечения Синдромы исключения сознания. Клиническая оценка и принципы неотложной помощи. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Клиническая оценка и мероприятия. Панические атаки и вегетативные кризы. Помощь во время приступа. Врачебные манипуляции при частых приступах. Острые осложнения при применении психотропных средств: 1) Лекарственный делирий. Лечение 2) Острая дистония. Лечение. 3) Акатизия. Лечение 4) Серотониновый синдром. Лечение. 5) Злокачественный	Острые осложнения при применении психотропных средств
--	--	--	--	--

				нейролептический синдром. Лечение	
3.	ПК-5	Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства А) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний Б) Неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике В) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий Г) Неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств	современную классификацию, клиническую симптоматику основных заболеваний; клиническую картину, особенности течения осложнений заболеваний; клиническую картину состояний, требующих неотложной помощи.	интерпретировать результаты объективного исследования; интерпретировать результаты осмотра пациента врачами-специалистами (общей практики и пр. специалистов)	ставить диагноз в соответствии с МКБ-10.
4.	ПК-6	Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства. А) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний Б) Неотложные состояния, развивающиеся как осложнения	клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных	сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом объективного исследования, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах, определить	основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию психиатрической помощи

		(нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике В) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий Г) Неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств	патологических синдромов	путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения	
		Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии	клинические проявления следующих состояний: Психомоторное возбуждение. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Судорожные припадки и эпилептический статус Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий. Синдромы выключения сознания. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Панические атаки и вегетативные кризы. Острые осложнения при применении психотропных средств.	сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом объективного исследования, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; уметь проводить следующие манипуляции: Психомоторное возбуждение. Мероприятия:	основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию психиатрической помощи; проводит врачебные манипуляции при следующих состояниях: Психомоторное возбуждение. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Судорожные припадки и эпилептический статус Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий.

			клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов	1) Физическое удержание 2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Тактика ведения пациента, совершившего суицидальную попытку. Судорожные припадки и эпилептический статус Мероприятия: 1) Во время припадка; 2) После припадка; 3) При эпилептическом статусе. Неалкогольный (соматогенный) делирий. Клиническая оценка и принципы лечения. Алкогольный делирий. Принципы лечения Синдромы исключения сознания. Клиническая оценка и принципы неотложной помощи. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Клиническая оценка и мероприятия. Панические атаки и	Синдромы исключения сознания. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Панические атаки и вегетативные кризы. Острые осложнения при применении психотропных средств
--	--	--	---	--	---

				вегетативные кризы. Помощь во время приступа. Врачебные манипуляции при частых приступах. Острые осложнения при применении психотропных средств: 1) Лекарственный делирий. Лечение 2) Острая дистония. Лечение. 3) Акатизия. Лечение 4) Серотониновый синдром. Лечение. 5) Злокачественный нейролептический синдром. Лечение	
5.	ПК-9	Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Тактика ведения пациента, совершившего суицидальную попытку. Неалкогольный (соматогенный) делирий. Клиническая оценка и принципы лечения. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Клиническая оценка и мероприятия.	основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения	пропагандировать здоровый образ жизни применительно к психическому здоровью, давать рекомендации по применению природных лечебных факторов и других немедикаментозных методов терапии психических расстройств	методами лекарственной и нелекарственной реабилитации

		Панические атаки и вегетативные кризы. Помощь во время приступа. Врачебные манипуляции при частых приступах. Острые осложнения при применении психотропных средств: 1) Острая дистония. Лечение. 2) Акатизия. Лечение 3) Серотониновый синдром. Лечение.			
--	--	---	--	--	--

6.	УК-1	способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	основные методы научно-исследовательской деятельности	выделять и систематизировать основные идеи в научных текстах; критически оценивать любую поступающую информацию, вне зависимости от источника	навыками сбора, обработки, анализа и систематизации информации, касающейся знаний по специальности
----	------	--	--	--	---

3. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Неотложные состояния в психиатрии» является обязательной и включена в базовую часть Блока 1 программы в качестве специальной дисциплины и изучается на 1-м году обучения в ординатуре.

4. Объем дисциплины

Вид работы	Всего зачетных единиц	Всего часов	Год обучения	
			1-й	2-й
			Всего часов	
2	3	4	5	6
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего), в том числе:		48	48	
Лекции (Л)		4	4	
Клинические практические занятия (ПЗ)		44	44	
Самостоятельная работа обучающегося (СР)		24	24	
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)	+	+	+
	экзамен (Э)			
ИТОГО: Общая трудоемкость	часов		72	72
	ЗЕ	2	2	

5. Содержание дисциплины «Неотложные состояния в психиатрии»

Учебно-тематический план

формы контроля – УО (устный опрос), ТЗ (тестовые задания), СЗ (ситуационные задачи)

Год обучения	Наименование темы дисциплины	Всего часов	Из них контактных	Лекции	Пр. занятия	СР ординатора	Форма контроля
1	Неотложные состояния в психиатрии	72	50	4	44	24	
1	<i>Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства</i>	36	24	2	22	12	УО ТЗ СЗ
1	<i>Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии</i>	36	24	2	22	12	УО ТЗ СЗ

Б1

Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства.

А) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний

1) Психомоторное возбуждение

Основные виды:

Галлюцинаторное – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или пугающего характера и вытекает из содержания галлюцинаций.

Дисфорическое – злобно-тоскливый аффект при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга

Тревожное – при ажитированной депрессии, при бреде

Депрессивное («депрессивный раптус») – внезапное возбуждение с аутоагрессивными действиями при меланхолической депрессии

Маниакальное – в рамках маниакального синдрома

Аффективно-шоковое – в рамках реактивных гиперкинетических психозов в ответ на тяжелую острую психическую травму

Кататоническое и гебефреническое – при соответствующих формах шизофрении в рамках соответствующих синдромов.

Психомоторное возбуждение может сопровождать ряд тяжелых соматических состояний, которые нельзя однозначно отнести к вышеперечисленным видам возбуждения:

- Гипертонический криз
- Небольшие ишемические инсульты лобной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику)
- Заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I-II степени (начальные стадии гипоксии ЦНС)
- Заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом
- Острый инфаркт миокарда
- Некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.)
- Некоторые отравления (психостимуляторы)

2) Суицидальное и аутоагрессивное поведение

В подавляющем большинстве случаев обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (реактивными, эндогенными и др.). Наиболее высокий риск суицида отмечается при меланхолических и ажитированных депрессиях. Суицидальные действия при депрессии указывают на её тяжесть (среднетяжелая или тяжелая (психотическая)).

Реже суицидальное поведение может быть связано с бредовыми переживаниями или слуховыми галлюцинациями, особенно императивными. Так же оно может наблюдаться при психопатиях возбудимого круга на фоне декомпенсации состояния или у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые психотравмирующие обстоятельства.

В группе риска по суицидальному и аутоагрессивному поведению пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью, пациенты в абстинентном состоянии - это связано с депрессивной окраской синдрома отмены, выраженными колебаниями настроения и тягостными переживаниями в абстиненции.

	Возможно несколько вариантов развития аутоагрессивного поведения в условиях соматического стационара: - Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки. - Возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция и др.). 3) Судорожные припадки и эпилептический статус Судорожные припадки могут возникать при эпилепсии или носить симптоматический характер (на фоне абстинентного синдрома, интоксикаций, высокой лихорадки, черепно-мозговой травмы и др.). Развитие припадка может быть спровоцировано введением некоторых лекарственных препаратов, понижающих порог судорожной готовности. Серия припадков – несколько припадков за короткий промежуток времени, разделенных периодами восстановления сознания. Эпилептический статус – повторяющиеся генерализованные судорожные припадки, между которыми сознание больного полностью не восстанавливается. Причины развития эпилептического статуса: 1) Истинный эпилептический статус – наблюдается при эпилепсии: • при нарушении регулярности приема антиконвульсантов или их отмене, • при приеме лекарственных средств, снижающих порог судорожной готовности • при присоединении соматических заболеваний (особенно острые инфекционные заболевания с выраженной лихорадкой и интоксикацией) • при употреблении алкоголя и наркотиков больными эпилепсией 2) Симптоматический эпилептический статус – при различных заболеваниях: • при черепно-мозговой травме (ушиб головного мозга) • при опухолях и других объемных образованиях головного мозга • при нейроинфекциях (менингиты и энцефалиты) • при острых нарушениях мозгового кровообращения • при метаболических расстройствах (почечная и печеночная недостаточность, гипогликемия, осложнения сахарного диабета, эклампсия и др.) • при отравлениях (как лекарственных, так и нелекарственных) • при синдромах отмены психоактивных веществ (абстинентных синдромах) – особенно синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств, синдром отмены алкоголя • при тяжелых инфекционных заболеваниях, протекающих с высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией 4) Аментивный синдром 5) Синдромы выключения сознания 6) Отказ от еды в связи с психическими расстройствами Основные причины: • Дисморфомания и дисморфофобия (особенно у молодых девушек) • Тяжелая или среднетяжелая депрессия
--	---

	• Бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации • Относительные причины: - беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу; -беспомощность при кататоническом ступоре Признаки отказа от еды: • Характерное поведение больного - при депрессии, бреде отравления, обонятельных и вкусовых галлюцинациях – такие больные редко диссимилируют отказ от пищи • Прогрессирующее снижение массы тела, исчезновение menses у молодых девушек при отсутствии тяжелого соматического заболевания – важный, часто единственный признак для больных с дисморфоманией – они всегда диссимилируют отказ от еды. • Снижение массы тела и появление признаков истощения у одиноких пожилых больных Важные особенности: • Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача онкологическую настороженность, настороженность в отношении депрессии и деменции (особенно у пациентов пожилого и среднего возраста), а также настороженность в отношении дисморфомании (молодые пациенты, чаще женщины) • Истощенные больные с дисморфоманией часто сохраняют достаточно высокий уровень активности (ходят на работу и учёбу) и погибают внезапно на фоне нарушений ритма сердца (электролитные расстройства и дистрофические изменения в миокарде усугубляются постоянным приёмом больными слабительных и мочегонных с целью похудения) 7) Панические атаки и вегетативные кризы Представляют собой сборную группу остро возникающих полиморфных приступов тревоги и страха с выраженными соматовегетативными проявлениями. Встречаются в клинической картин многих т.н. «пограничных» (непсихотических) психических расстройств (неврозов, соматоформных расстройств и др.), часто сопровождают хронические формы астенического синдрома различной природы. Основные клинические проявления: - приступообразно возникающая тревога (неспецифическое состояние, не имеет чёткого, конкретного содержания). - страх (имеет чёткое, конкретное содержание; например – страх умереть от «сердечного приступа» в метро). - вегетативные проявления тревоги и страха (чрезвычайно разнообразные симптомы – зависят от особенностей вегетативной нервной системы пациента) – чаще всего встречаются: тахикардия, гипергидроз, ощущение затруднения дыхания, сухость во рту, абдоминальный дискомфорт, головокружение, дрожание рук. - приступы полиморфны (отсутствует стереотипность), имеют разную длительность и обычно связаны с состоянием эмоционального напряжения, хотя могут возникать и на фоне полного благополучия. • Следует дифференцировать с вегетативно-висцеральными парциальными припадками при эпилепсии, пароксизмами
--	---

	аритмий, гипогликемическими состояниями, интоксикационными расстройствами, проявлениями абстинентного синдрома, приступами феохромоцетомы и др. • В отличие от многих неотложных состояний панические атаки не несут угрозы для жизни больного, но являются крайне тягостными для пациента, требуют исключения действительно опасных острых соматических состояний и поэтому требуют неотложной помощи. 8) Раптус меланхоликос Б) Неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике 9) Дисфорическое состояние («аминозиновая депрессия») 10) Судорожные припадки и эпилептический статус 11) Синдромы оглушенного сознания на фоне психомоторной заторможенности 12) Отравления психотропными препаратами • Могут носить преднамеренный (суицид, наркомании) или случайный характер (в т.ч. у пожилых людей и детей). • Часто встречаются при наркоманиях, политоксикоманиях и алкоголизме, когда больные комбинируют высокие дозы психотропных средств с целью вызывания опьянения или облегчения явлений абстиненции. • Нередко встречаются среди пациентов с психическими расстройствами, которым психотропные препараты назначаются с лечебной целью. • В последние годы в связи с широким назначением антидепрессантов отмечаются случаи отравления препаратами этой группы. Клиническая картина отравления состоит из неспецифических и специфических симптомов: - основной неспецифический симптом – нарастающая утрата сознания (от оглушения до глубокой комы). - специфические симптомы зависят от особенностей фармакодинамического действия (угнетение дыхания барбитуратами, артериальная гипотензия при альфа-адренолитическом действии препаратов, антихолинергический синдром и делирий при М-холинолитическом действии, серотониновый синдром при отравлении серотонинергическими антидепрессантами, аритмогенные эффекты при хинидиноподобном действии трициклических антидепрессантов и др.). - Причиной отравлений может быть применение недопустимых комбинаций различных лекарственных препаратов по вине врача. Перед назначением любого нового лекарственного препарата врач обязан собрать у пациента подробный лекарственный анамнез и убедиться в безопасности назначения нового препарата. Детально вопросы лечения отравлений излагаются в курсе токсикологии и в информации для специалистов по конкретным лекарственным препаратам (в инструкции всегда отражена клиническая картина передозировки и ее лечение). Клиническая картина наиболее частых отравлений психотропными
--	--

препаратами:

- **Амитриптилин и другие трициклические антидепрессанты** – кома или делирий, выраженный М-холинолитический синдром, артериальная гипотензия, нарушения ритма сердца, высокий риск желудочковой тахикардии и фибрилляции – отравления отличаются высокой летальностью из-за нарушений сердечного ритма - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.
- **Аминазин и сходные препараты** (тизерцин, хлорпротиксен) – угнетение сознания, выраженная артериальная гипотензия, холинолитический синдром - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.
- **Тиоридазин** – угнетение сознания, высокий риск желудочковых аритмий и внезапной смерти - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое.
- **Феназепам и другие бензодиазепиновые транквилизаторы** (диазепам, нитразепам и др.) – нарастающее угнетение сознания. При высоких дозах и при комбинации с алкоголем – угнетение дыхания. Специфический антидот – флумазенил, при нарушениях дыхания – перевод на ИВЛ, диализ малоэффективен.
- **Барбитураты** (фенобарбитал, комбинированные барбитуратсодержащие препараты, бензонал и др.) – кома и угнетение дыхания – антидота нет, показан перевод на ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания и форсированный диурез с ощелачиванием плазмы.
- **Галоперидол и сходные препараты** (клопиксол, трифтазин) – психомоторное возбуждение, повышение мышечного тонуса, острая дистония, судорожные припадки – антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое.
- **Антидепрессанты группы СИОЗС** (флуоксетин, сертралин, пароксетин и др.) – психомоторное возбуждение, судороги, рвота - антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое
- **Карбамазепин** – нарастающее угнетение сознания или делирий – специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.

Нередко отмечаются опасные комбинации антидепрессантов, нейролептиков и антиконвульсантов с другими лекарственными средствами (это связано с особенностями фармакодинамики и фармакокинетики этих психотропных препаратов).

В данном списке указаны наиболее частые опасные и нежелательные комбинации психотропных препаратов с соматотропными средствами и между собой (следует детально проверять для каждого лекарственного препарата в отдельности):

- Гипотензивные средства и нейролептики/ антидепрессанты/ антиконвульсанты
- Антиаритмические препараты и нейролептики/ антидепрессанты/ антиконвульсанты
- Антигистаминные средства и нейролептики\ антидепрессанты\антиконвульсанты
- Средства для наркоза (общие анестетики, миорелаксанты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

	- Антидепрессанты\нейролептики и адреномиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы) - Антидепрессанты\нейролептики и симпатомиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы) - Антидепрессанты и наркотические анальгетики - Антибиотики (антибактериальные химиопрепараты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты - Противогрибковые химиопрепараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты - Противовирусные препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты - Противоопухолевые препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты - Бензодиазепины и клозапин - Ингибиторы МАО (пиразидол, моклобемид и др.) и антидепрессанты других групп 13) Острые осложнения при применении психотропных препаратов В отличие от отравлений ПАВ указанные реакции возникают при применении терапевтических доз препаратов (в том числе и по правильным показаниям). Эти острые осложнения имеют типичную клиническую картину и требуют неотложной помощи. К ним относятся – лекарственный делирий и антихолинергический синдром, острая дистония, акатизия, злокачественный нейролептический синдром и серотониновый синдром. В) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий 14) Суицидальное и аутоагрессивное поведение 15) Судорожные припадки и эпилептический статус 16) Аментивный синдром 17) Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный) 18) Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике 19) Синдромы выключения сознания 20) Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение 21) Передозировка опиатов или опиоидов 22) Основные виды абстинентных синдромов Г) Неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств 23) Психомоторное возбуждение 24) Судорожные припадки и эпилептический статус 25) Неалкогольный (соматогенный) делирий Делирий, развивающийся вторично по отношению к острому соматическому заболеванию или обострению хронического соматического заболевания • Делирий – один из вариантов универсального (неспецифического) ответа мозга на действие различных повреждающих факторов. • Соматическое заболевание, приводящее к делирию, обычно
--	---

	бывает тяжелым или среднетяжелым. • Соматогенному делирию не предшествует алкоголизация, употребление наркотиков или абстинентный синдром. • Чаще возникает у пожилых больных и пациентов с исходным органическим поражением головного мозга (сосудистого, травматического, воспалительного, токсического генеза и др.). • Развивается более чем у четверти пациентов, госпитализированных в реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии по различным причинам. • Часто развивается в послеоперационном периоде после полостных операций, особенно у пожилых и соматически ослабленных больных. • Соматогенный делирий обычно бывает связан с интоксикацией, высокой лихорадкой, ухудшением показателей системной гемодинамики, дыхательной недостаточностью и др. • Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода (переход в оглушение, сопор и кому). • Значительную роль в развитии делирия может сыграть неосторожное применение многих лекарственных препаратов, особенно препаратов с холинолитическими свойствами (димедрол, атропин, платифиллин, тиоридазин, аминазин и др.). Нередко причиной соматогенного делирия является неоправданная полипрагмазия. При отсутствии лечения соматогенный делирий может приобрести черты профессионального или мусситирующего делирия с дальнейшим переходом в аменцию или синдромы выключения сознания. 26) Аментивный синдром 27) Синдромы выключения сознания
	Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии Психомоторное возбуждение. Мероприятия: 1) Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.). 2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы. В нашей стране в настоящее время два транквилизатора доступны в инъекционной форме – диазепам и феназепам: а) S.Diazepam 0.5% - 2.0–6.0 внутримышечно или б) S.Phenazepam 0.1% - 2.0-4.0 внутримышечно Доза определяется состоянием пациента. Эффект после внутримышечной

инъекции развивается через 10-30 минут. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания.

При развитии психомоторного возбуждения у пациента, страдающего серьезным соматическим заболеванием, к применению транквилизаторов следует относиться осторожно. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания, что может способствовать утяжелению соматического состояния больного и, безусловно, затруднит последующие диагностические и лечебные манипуляции. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить. Транквилизаторы предпочтительны при всех видах психомоторного возбуждения как в рамках собственно психических расстройств, так и при соматических заболеваниях. Применение нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения в соматической практике необоснованно из-за высокого риска тяжелых побочных эффектов. Нейролептики значительно уступают транквилизаторам в отношении безопасности и их использование для врачей непсихиатрических специальностей не рекомендуется.

Суицидальное и аутоагрессивное поведение.

Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, после оказания им неотложной помощи должны быть осмотрены психиатром для установления диагноза и определения тактики лечения. В ходе соматического обследования следует обращать внимание на следы совершенных в прошлом суицидных попыток (рубцы от самопорезов и др.). При выявлении у больного признаков психотического расстройства (бредовые идеи виновности, ипохондрический бред, стойкие суицидные намерения, галлюцинации и др.) следует **обеспечить постоянное наблюдение за больным** (отдельная палата или изолятор с постом медсестры на первом этаже стационара), **забрать у пациента возможные орудия совершения суицида** (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду). Психофармакологическое лечение следует назначать в соответствии с нозологией, вызвавшей суицидальное поведение.

Судорожные припадки и эпилептический статус

Мероприятия: 1) Во время припадка:

- по возможности упредить падение больного т.к. падение нередко приводит к более тяжелым последствиям чем собственно сам припадок
- необходимо уложить (повернуть) больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, сумка, подушка, одеяло и др.), удерживать голову аккуратно, без применения большой силы
- нельзя с силой удерживать конечности – может произойти вывих или повреждение связок
- нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубами (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности вложить полотенце или подобный мягкий предмет
- во время припадка препараты не вводят

2) После припадка:

	- Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия (больной находится в состоянии оглушения или в сопоре, что позволяет вытянуть язык и прижать края раны салфеткой или полотенцем). - Проверить пульс, АД, ЧДД, выявить очаговые и менингеальные симптомы - Оценить травмы, полученные во время припадка (особенно травмы головы) - При повторных припадках, между припадками ввести в\м S.Diazepamі 0.5%-4.0 или S.Phenazepamі 0.1%-3.0 и р-р сульфата магния (магнезия) 25%-5.0 в\м (внутривенное введение транквилизаторов допустимо только при возможности проведения ИВЛ в связи с высоким риском остановки дыхания). В случае единичного припадка назначение любых антиконвульсантов до установления диагноза нецелесообразно. При развитии повторного припадка показано применение бензодиазепинов парентерально после завершения припадка. В случае развития эпилептического статуса показана госпитализация в отделение реанимации или нейрохирургическое отделение. При развитии эпилептического статуса применяется следующая этапная последовательность лечебных мероприятий: 1) Обеспечить проходимость дыхательных путей - очистить ротовую полость, устранить западение языка, удалить съемные зубные протезы, установить мягкий резиновый воздуховод, в дальнейшем при необходимости (неадекватная вентиляция) может быть проведена интубация трахеи - предпочтительна назотрахеальная интубация. При наличии возможности – проведение оксигенотерапии. 2) Обеспечить венозный доступ (предпочтительна установка периферического или центрального венозного катетера) для постоянной инфузионной терапии. 3) Внутривенное введение диазепама: - болюсное (медленное струйное) введение S.Diazepamі 0.5% - 4.0 - при отсутствии эффекта через 5-10 минут повторить болюсное введение диазепама в такой же дозе - наладить внутривенное капельное введение диазепама со скоростью 0.1-0.2 мг\кг\час для поддержания противосудорожного эффекта 4) Внутривенное введение вальпроатов: Препараты данной группы имеют преимущество перед диазепамом и другими бензодиазепинами – они не угнетают дыхание и не вызывают выраженной седации (не усугубляют угнетение сознания). Поэтому могут, наряду с диазепамом, применяться в качестве препаратов первой очереди. В настоящее время два препарата данной группы доступны в инъекционной форме – «Депакин» и «Конвулекс». - «Депакин» (флаконы по 400 мг) – болюсное (медленное струйное) введение в дозе 400 мг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час - «Конвулекс» (раствор 100 мг\мл) – болюсное (медленное струйное) введение 5-10 мг\кг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час 5) При дальнейшем отсутствии эффекта – болюсное (медленное струйное) введение тиопентала натрия в дозе 100-300 мг с дальнейшим переходом на внутривенное капельное (или дробное струйное) введение в
--	--

	дозе 3-5 мг\кг\ч. При введении барбитуратов обычно требуется вспомогательная вентиляция легких или ИВЛ. 5) При дальнейшем отсутствии эффекта – общий наркоз, миорелаксанты, ИВЛ. 6) Интенсивная терапия в полном объеме (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, борьба с отеком мозга, антигипоксантами, нейропротекторы и др.) – проводится в отделении реанимации. Неалкогольный (соматогенный) делирий. Развитие соматогенного делирия всегда указывает на ухудшение (утяжеление) состояния больного и неблагоприятное течение основного заболевания, поэтому требует неотложной помощи. Принципы лечения: 1)Тщательное обследование для выявления нераспознанных сопутствующих состояний, которые могли привести к нарастающему ухудшению состояния и развитию делирия. Обследование проводится параллельно с лечебными мероприятиями. Лечение должно быть начато незамедлительно. 2) Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей). 3)Интенсивная терапия основного заболевания(включая поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.). 4)Дезинтоксикационная терапия по показаниям, включая методы экстракорпоральной детоксикации при необходимости. 5)Применение витаминов, антигипоксантов, ноотропов и нейропротекторов(витамины гр. «В» (в первую очередь тиамин), пирацетам, мафусол, глиатилин, милдронат и др.). 7) При необходимости (купирование психомоторного возбуждения, коррекция диссомнических расстройств) – применение транквилизаторов в\м в небольших дозах (S.Diazepam 0.5% - 2.0 или S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0). В случае необходимости возможно повторное введение транквилизаторов в тех же дозах до достижения необходимого эффекта, но не ранее чем через час после первого введения. При возможности предпочтительно применение оксибутирата натрия, обладающего антигипоксическими свойствами и непродолжительным эффектом, что позволяет лучше отслеживать состояние больного и снижает вероятность избыточной дозировки. Оксибутират натрия применяется в\в струйно дробно или в виде медленной в\в инфузии на физиологическом растворе (в условиях реанимационного отделения). Из нейролептических препаратов возможно применение тиаприда (таблетки и раствор в\м) – 100-400 мг в сутки. Алкогольный делирий. Принципы лечения:Диагностические и лечебные манипуляции проводятся параллельно. 1)Тщательноеобследование для выявления нераспознанных
--	--

	сопутствующих состояний (особенно: ЧМТ, пневмония, острая патология ЖКТ, отравления лекарственными препаратами и некоторыми токсическими веществами), которые могли спровоцировать делирий и могут привести к неблагоприятному исходу при отсутствии специфической терапии. 2) Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей). 3) Дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования) - применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее $\frac{2}{3}$ всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др. - объем инфузии определяется строго по состоянию пациента - при дегидратации (встречается чаще, особенно если отмечается рвота, диарея, гипергидроз) может потребоваться 1.5-2 л жидкости в сутки (лучше в два приема) без последующего применения фуросемида при нормальном диурезе. Неоправданное применение больших доз петлевых диуретиков – частая причина осложнений и утяжеления состояния больного, так как фуросемид мало влияет на развитие отека мозга, однако выводит электролиты и воду больше, чем мы вводим в процессе лечения. Дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков. - при гипергидратации (бывает реже, при нарушении функции почек, сопровождается отеками) объем инфузии небольшой (до 1 л/сут) с последующим обязательным применением фуросемида 2.0-4.0 в\в; - во всех случаях необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит) - раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более $\frac{1}{3}$ объема инфузии - введение раствора глюкозы обязательно должно сопровождаться применением тиамин (витамина «В1») в\м или в\в для профилактики утяжеления делирия и развития энцефалопатии Гайе-Вернике (!!!) - при классическом (типичном) алкогольном делирии методы экстракорпоральной детоксикации обычно не применяются в связи с тем, что их использование технически сложно, сопровождается риском осложнений и в этом случае не оправдано, так как не дает значимых преимуществ перед обычной терапией - гемодез не применяется - применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием. 4) Применение витаминов - строго обязательно введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м - пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через
--	--

	несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»- утром, «В6» – вечером) - аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0 5) Применение бензодиазепиновых транквилизаторов в\м (предпочтительно перед началом инфузии для седации больного т.к. дезинтоксикационная терапия на начальном этапе часто ведет к усилению тревоги и психомоторного возбуждения) - в отличие от соматогенного делирия требуются большие дозы транквилизаторов, что связано с ускоренным их метаболизмом у больных алкоголизмом - S.Phenazepam 0.1% - 3.0-4.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 10 мл\сут) - S.Diazepam 0.5% - 4.0-6.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 12 мл\сут) - применять транквилизаторы в высоких дозах можно только убедившись в отсутствии тяжелой сопутствующей соматической патологии, при которой введение транквилизаторов может привести к ухудшению состояния - транквилизаторы применяются для лечения делирия, а не для медикаментозного связывания больного - транквилизаторы применяются до выхода из делирия и в дальнейшем отменяются в связи с риском развития лекарственной зависимости и замедления восстановления функций нервной системы после выхода из делирия - для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м). 6) Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов (см. соматогенный делирий) 7) При высоком артериальном давлении, тахикардии (симптоматическая артериальная гипертензия и тахикардия – практически постоянные спутники алкогольного делирия и алкогольного абстинентного синдрома, обусловлены гиперкатехоламинемией и симпатикотонией) – применение б-блокаторов – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 раза в день или метопролол 25-50 мг 2 раза в день, возможно дополнительное применение сульфата магния 25% (магнезии) -5.0 в\м 1-2 раза в день. Синдромы выключения сознания. Принципы неотложной помощи: 1) Оценить состояние больного – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы инъекций (подкожные – сахарный диабет, внутривенные – наркомании), грубые очаговые и менингеальные симптомы, пальпация живота 2) При отсутствии пульса и\или спонтанного дыхания немедленно начать реанимационные мероприятия 3) Если пульс ритмичный и имеется спонтанное дыхание, но за время осмотра сознание не восстанавливается – ввести внутривенно последовательно 40 мл 40% р-ра глюкозы, затем 2 мл тиамина («В1»), затем 1 мл (400 мкг) налоксона (универсальный лечебно-диагностический приём – эффективен при гипогликемии, отравлении опиатами и алкоголем – это одни из наиболее частых причин выключения сознания,
--	--

на другие причины выключения сознания не влияет, но и не ухудшит состояние);

4) Госпитализировать (перевести) пациента в реанимационное отделение

5) Провести полное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование для поиска причины утраты сознания – его последовательность определяется состоянием пациента

6) Лечение основного заболевания

7) При затяжном выключении сознания – применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов, высокие дозы витаминов парентерально («В1», «В6», «С»); борьба с отёком мозга (маннитол и дексаметазон);

Отказ от еды в связи с психическими расстройствами

Мероприятия:

1) При тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) – госпитализация в реанимационное отделение или ПСО, обследование и налаживание парентерального питания:

- Провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит, общий белок) – важно для адекватного лечения так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»). Так же возможны разнонаправленные сдвиги в электролитном обмене, что важно учитывать в процессе инфузионной терапии.
- При выраженной дегидратации – регидратация физиологическим р-ром (объем определяется состоянием)
- При выраженных «голодных» отёках – осторожное введение гипертонического р-ра глюкозы и р-ра альбумина
- Начинать лечение в большинстве случаев следует с введения 5% р-ра глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом (панангином). Обязательно дополнить введением тиамин («В1») и аскорбиновой к-ты («С»).
- После нормализации уровня глюкозы крови можно продолжать введение глюкозы с небольшими дозами инсулина короткого действия (8 ЕД на 400 мл 5% р-ра глюкозы) – для повышения «усвоения» глюкозы
- Далее к лечению можно подключить аминокислотные («аминоплазмаль», «инфузамин» и др.) и липидные («липофундин» и др.) препараты, а при согласии больного – осторожно начать энтеральное питание в минимальном объеме
- Психотропные препараты не применяются до консультации психиатра (исключение – психомоторное возбуждение - см. выше)
- За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств

2) После стабилизации соматического состояния – обязательный перевод (при необходимости – в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. №29, пункты «а» и «в») в психиатрический стационар для продолжения лечения.

Панические атаки и вегетативные кризы. Помощь во время приступа:

- Усадить больного
- Проверить пульс (для исключения пароксизма аритмии)
- Постараться успокоить пациента
- Предложить дышать в более спокойном ритме, можно предложить дышать в бумажный или полиэтиленовый пакет (в патогенезе панической атаки большая роль принадлежит гипервентиляции и гипокапнии с последующим спазмом артерий головного мозга и развитием обморочного состояния).
- Во время приступа применение лекарственных препаратов нецелесообразно так как к моменту начала их действия приступ уже заканчивается самопроизвольно (возможно применение плацебо – «валидола»).
- При частых приступах, выраженном страхе повторения атаки в межприступный период целесообразно назначение транквилизаторов на короткий срок (не более недели) в небольших дозах (феназепам 0.5 мг утром и днём, 1 мг на ночь или диазепам 5 мг утром и днём, 10 мг на ночь).
- Возможно назначение серотонинергических антидепрессантов с седативным или сбалансированным эффектом.

Острые осложнения при применении психотропных средств

1) Лекарственный делирий – возникает при приёме препаратов с холинолитическим действием (амитриптилин, тиоридазин, димедрол, аминазин и др.), особенно у пожилых и соматически ослабленных больных (у них даже однократное назначение таких препаратов может спровоцировать делирий). Клиническая картина соответствует сочетанию делирия сантихолинергическим (М-холинолитическим) синдромом - сухость кожи и слизистых, жажда, нечеткость зрения, мидриаз, тахикардия, гипертермия, задержка мочи и стула, делирий со «спутанностью»;

Лечение: обязательная отмена препарата, симптоматическая терапия, лечение проводится в соматическом стационаре по принципам лечения соматогенного делирия (см. выше).

2) Острая дистония – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч. часто при однократном их назначении) проявляется произвольными сокращениями различных групп мышц (наиболее часто – мышцы шеи и лица, мышцы грудной клетки), является крайне мучительным и иногда опасным симптомом (нарушения дыхания).

Лечение: лечение проводится в соматическом стационаре; диазепам 0.5% - 2.0 в\м или феназепам 0.1% - 2.0 мл в\м или димедрол 1% - 2.0 в\м – обычно симптомы проходят через 20-30 минут после введения транквилизаторов или димедрола, но может потребоваться повторное их назначение; отмена нейролептика до консультации психиатра.

3) Акатизия – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч. при однократном назначении), проявляется мучительным чувством беспокойства в ногах с невозможностью находиться без движения (неусидчивость).

Лечение: диазепам 0.5% - 2.0 в\м или феназепам 0.1% - 2.0 мл в\м или димедрол 1% - 2.0 в\м, при умеренных симптомах возможно применение

	анаприлина (пропранолола) в таблетках в дозе 20 мг; отмена нейролептика до консультации психиатра. 4) Серотониновый синдром – острое жизнеугрожающее осложнение, развивающееся при приёме серотонинергических средств (наиболее часто – при приёме серотонинергических антидепрессантов) или их комбинации с другими лекарственными препаратами. Клиническая картина: тревога, агитация, делирий, гиперрефлексия, гипергидроз, грубая атаксия, миоклонии, лихорадка, тошнота и рвота (должны присутствовать не менее четырех симптомов вместе после назначения/изменения дозы серотонинергического лекарственного препарата). Степень выраженности симптомов может быть различной. Лечение: отмена всех принимаемых больным серотонинергических средств, госпитализация в реанимационное отделение; интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (включая поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекцию кислотно-щелочного состояния и электролитов, дезинтоксикационную терапию). Диазепам для купирования психомоторного возбуждения. 5) Злокачественный нейролептический синдром – острое жизнеугрожающее осложнение, может возникать при терапии нейролептиками и метоклопрамидом – редкое состояние с высокой летальностью. Клиническая картина: гипертермия, нарастающее угнетение сознания и мышечная ригидность – симптомы могут развиваться при однократном применении нейролептика (или метоклопрамида) или увеличении его дозы. Степень выраженности симптомов может быть различной. Лечение: немедленная отмена всех принимаемых больным лекарственных препаратов, госпитализация в реанимационное отделение. Показано осторожное охлаждение больного (холод на область крупных сосудов), интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (дантролен или сульфат магния в/в как специфическое лечение; интенсивная инфузионная терапия, поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов, интенсивная дезинтоксикационная терапия (включая плазмаферез), диазепам для купирования гиперкинезов и судорожного синдрома при их возникновении).
--	---

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

№ п/п	Год обучения	Наименование учебно-методической разработки
1.	1-й	Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии. - Владикавказ, «Иристон». - 2001. – 263 с.
2.		Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2008. – 93 с.
3.		Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: методика диагностики психических расстройств. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с.: ил.
4.		Сборник письменных (испытательных) заданий для самостоятельной работы – 200 с. (электронный вариант – на сайте)
5.		Комплект развернутых лекций по специальности (№ 50) – с указанием

		эл. ссылок (с использованием персонального компьютера куратора и связи по WhatsApp) /Букановская Т.И.
--	--	---

7. Фондооценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

№/п	Перечень компетенций	Год обучения	Показатель (и) оценивания	Критерий(и) оценивания	Шкала оценивания	Наименование ФОС
1	2	3	4	5	6	7
1	ПК-1	1-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи
2	ПК-5	1-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи
3	ПК-6	1-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи

			Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	ВО СОГМА Минздрав а России от 10.07.201 8 г., № 264/о	
4	ПК-9	1-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образовани я, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образован ия, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрав а России от 10.07.201 8 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи
5	УК-1	1-й	-	-	-	Тестовые задания

7. Рекомендуемая литература для изучения дисциплины:

Основная литература:

Список	Кол-во экз. в библ.
1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных, 2-е изд. М.: Медицина, 1986 г., 528 с.	11
2. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ : учеб. пособие / Л. М. Барденштейн [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 96 с.	165
3. Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых, 2-е изд. М.: Медицина, 1984 г., 288 с.	6
4. Дворкина Н.Я. Инфекционные психозы. М.: Медицина, 1975 г., 184 с.	2
5. Клиническая психиатрия. Руководство для врачей и студентов. Пер. с английского. М.: Гэотар медицина, 1998 г.	31
6. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с.	182
7. Наркология: национальное руководство / ред. Н. Н. Иванец. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. -720 с.	2
8. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982 г., 228 с.	6
9. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М.: Медицина, 1972, 280 с.	3

Дополнительная литература:

Список	Кол-во экз.
1. Абрамович Г.Б., Харитонов В.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. Л.: Медицина, 1979г., 142 с.	2
2. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. М.: Медицина, 1979 г., 191 с.	11
3. Александровский Ю.А., Лобастов А.С., Спивак Л.И и др. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991 г., 96 с.	5
4. Иванец Н. Н. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния) / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. - М. : Медпрактика-М, 2001. - 128 с.	1
5. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1987 г.	5
6. Сергеев И. И. Транзиторные психозы шизофренического спектра / И. И. Сергеев, А. В. Петракова . - Астрахань : Новая линия, 2004. -112 с.	1
7. Сиволап Ю. П. Фармакотерапия в наркологии: Краткое справочное руководство / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков . - М. : Медицина, 2000. - 352с.	1
8. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. - М.: МИА, 2001. - 256 с.	1
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986 г., 384с.	8

Электронная библиотека:

Основная литература:

1. Барденштейн Л.М. с соавт. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, 2015 г.
2. Иванец Н.Н. с соавт. Психиатрия и наркология, 2012 г.

Дополнительная литература:

3. Лукацкий М.А., Остренкова М.Е. Психиатрия, 2013 г.
4. Незнанов Н.Г. Психиатрия, 2016 г.
5. Психология для стоматологов /Под ред. Н.В. Кудрявой, 2007 г.
6. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия, 2012 г.

9. Перечень ресурсов сети "Интернет", необходимых для освоения дисциплины

- Психическое здоровье в Internet: Статьи из профессиональных журналов и информационных писем, информация о наиболее часто употребляемых психотропных средствах и учебные пособия по лечению больных. Vancouver. Сервер WWW Психиатрическая сеть InterPsych: Форум для научных и клинических дискуссий по всем аспектам психопатологии. Поддерживает определенное количество тематических психиатрических списков рассылки.
- Психиатрия на Medmark
- Ссылки на материалы по психиатрии Internet в Michigan: "Звезда психиатрии" ресурсы психиатрии, разбитые на категории по патологическим состояниям, методам лечения, медикаментозной и немедикаментозной терапии, и учреждениям.

- Ресурсы психического здоровья в Pittsburgh: Богатый перечень ссылок, разбитых на категории по заболеваниям и предметам.
- Сеть Психическое здоровье: Крупный, всеобъемлющий путеводитель по Психическому здоровью в режиме Online, перечень из более чем 3.500 ссылок.
- Коллекция Британского медицинского журнала по психиатрии
- Поиск медицинских документов PaperChase• Clinweb Disease Categorization - Psychiatry: интернет-поиск A searchable index of Internet hyperlinked clinical information documents selected by physicians and medical librarians. Oregon Health Sciences University.
- Karolinska Behavioral / Mental Disorders: A systematic disease classification of Internet resources for laymen, healthcare professionals and scientists. Presented by a medical librarian team at Sweden's Karolinska Institute.
- Mental Health Net: Large, comprehensive guide to mental health online, featuring over 3,500 individual resources.
- Guide to the Mental Health Internet: Clinical, scientific, and self-help resources for psychologists, social workers, MFTs, nurses, psychiatrists, and other mental health professionals. Internet Guides Press.
- Internet Psychiatric Resources: Contains a list of mental health resources arranged by topic.
- Mental Health Organizations and Resources: Pointers to resources.
- Mental Health Resources at Pittsburgh: A listing of Internet mental health resources categorized by diseases and subjects.

10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Обучение складывается из контактной работы, включающей лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы. Основное время выделяется на практическую работу по психиатрии.

В процессе изучения психиатрии формируются основы клинического мышления, медицинской деонтологии, происходит овладение умениями в обследовании больных и принятии решений о назначении необходимого лечения, что, безусловно, важно для будущего врача вне зависимости от сферы его предполагаемой деятельности. Дисциплина является клинической дисциплиной и предназначена для решения задач по первичному опросу и осмотру больного с психическими расстройствами, постановке предварительного диагноза, обследования, установлению развернутого клинического диагноза, определению показаний для госпитализации, назначению лечения, оказанию неотложной помощи, организации мероприятий, по первичной и вторичной профилактике, диспансеризации.

Лекции читаются профессорами и доцентами кафедры по наиболее важным темам дисциплины и носят проблемный характер. При их проведении применяются современные информационные технологии и технические средства обучения. Помимо вопросов этиологии, патогенеза, клиники, на лекциях подробно разбираются современные методы диагностики (лабораторно-биохимические, функциональные, эндоскопические, рентгенологические и морфологические), лечение в амбулаторных условиях, и др. аспекты ведения больных.

Практические занятия проводятся в учебных комнатах кафедры, в клинических отделениях стационара, в диспансере. При наличии тематических больных проводится их клинический разбор.

В ходе обучения ординаторов не только решаются поставленные перед ними задачи по овладению знаниями и приобретению необходимых практических навыков и умений, но и развиваются способности, личностные качества, определяющие профессиональное поведение специалиста.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО в учебном процессе используются активные и интерактивные формы проведения занятий (проблемные лекции, лекции-беседы, контекстное обучение, ролевые и деловые игры). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 15% от аудиторных занятий.

Самостоятельная работа ординаторов предусматривает изучение ими во внеаудиторное

время ряда вопросов программы, подготовку к текущему, промежуточному, итоговому контролю ординаторов, выполнение индивидуальных учебных заданий и контроль их выполнения.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине выполняется в пределах часов, отводимых на ее изучение. Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам академии и фонду методических разработок кафедры. По каждому разделу учебной дисциплины разработаны методические рекомендации к практическим занятиям и для самостоятельной подготовки ординаторов, а также методические указания для преподавателей.

Самостоятельная работа с литературой и написание рефератов формируют способность анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать естественно-научные, медико-биологические и клинические сведения на практике в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Работа ординаторов на занятиях оценивается в рамках внедряемой на кафедре балльно-рейтинговой системы оценки образовательной деятельности ординаторов, которая используется в практике работы ВУЗов в соответствии с приказом Минобразования России от 26.02.2001 г. № 631. Использование балльно-рейтинговой системы способствует активизации образовательной деятельности ординаторов и минимизации влияния субъективных причин на оценку качества выпускаемых специалистов; система обеспечивает объединение педагогической деятельности преподавателей и учебной активности ординаторов, повышение мотивации и самоконтроля обучаемых, улучшение посещаемости занятий, самостоятельной работы, а также снижение фактора случайности при сдаче экзамена и усиление защищенности ординаторов от излишних стрессов. Балльно-рейтинговая система оценки знаний, обучающихся обеспечивает возможность перевода кредита полученных знаний в европейском пространстве.

Воспитательные задачи на кафедре решаются в ходе учебной деятельности и направлены на воспитание у ординаторов гуманности, ответственности, пунктуальности, дисциплинированности, аккуратности, бережного отношения к имуществу, умения вести себя с сокурсниками, больными, родственниками пациентов и сотрудниками кафедры. Обучение ординаторов способствует воспитанию у них этико-деонтологических навыков общения с больными.

Текущий контроль (контроль изучения модульной единицы) осуществляется в начале занятий (контроль исходного уровня знаний), в процессе занятий (степень усвоения отдельных элементов дисциплины) и в конце занятий. Текущий контроль осуществляется в виде комплекса следующих мер:

- устного собеседования по текущему материалу
- тестового контроля
- оценки данных дополнительных исследований
- оценки действий (беседы) во время осмотра больного
- оценки решения деонтологических задач, связанных со сбором информации о конкретном пациенте и оценкой выявленных субъективных и объективных данных о его здоровье.

Контроль на модульном занятии осуществляется в несколько этапов:

- тестовый контроль
- решение ситуационной задачи
- оценка данных дополнительных исследований
- устный ответ на вопросы преподавателя

В конце изучения учебной дисциплины проводится *промежуточный контроль* знаний. Контроль знаний ординаторов конце обучения осуществляется в виде сдачи зачета и ГИА.

11. Перечень образовательных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

Используемые образовательные технологии при изучении данной дисциплины

составляют около 15% интерактивных занятий от объема аудиторных занятий. Виды образовательных технологий:

- Имитационные:

А) неигровые имитационные технологии: контекстное обучение

Б) игровые имитационные технологии: ролевые деловые игры

- Неимитационные технологии: проблемная лекция, лекция- беседа
- В ходе практических занятий обучающимся предлагают видеоматериалы, в которых представлены пациенты с различными психическими нарушениями, после просмотра которых каждый обучающийся должен дать психопатологическое описание увиденного состояния (видеоматериалы общим числом 10 находятся в разделе ФОС на эл. носителе).

Контекстное обучение проводится на протяжении всего периода преподавания дисциплины, в особенности вовремя СР под контролем преподавателя – знания, умения, навыки даются не как предмет для запоминания, а в качестве средства решения профессиональных задач.

Отдельные занятия – в режиме дистанционного обучения (лекции онлайн, онлайн-тестирование).

12. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	«Врачебные манипуляции в психиатрии»	Учебные аудитории для практических занятий, групповых и индивидуальных консультаций, для текущего контроля и промежуточной аттестации: учебные комнаты № 1, № 2, № 3 кафедры психиатрии лабораторная комната для ЭЭГ Владикавказ, Московское шоссе, 6, ГБУЗ Республиканская психиатрическая больница	22 учебные парты, 10 стульев, электроэнцефалограф, наборы тестовых заданий для проведения экспериментально-психологического исследования (тест Люшера, Роршаха, Розенцвейга, Сонди, Кэттелла, САН, SCL-90 и другие).	1. SunRavOfficePro – лицензионный сертификат от 06.06.2013 г. Лицензионный договор №444, г. Новосибирск от 23.05.2013 г. 2. Антивирус ESET NOD32 SMART Security Business Edition Renewal for 230 мест. Договор по оказанию услуг №0111А от 30.05.17 г. 3. Гражданско-правовой договор бюджетного учреждения № 2а от 4 мая 2018 года на новую систему «Гарант»

		Помещения для самостоятельной работы ФГБОУ ВО СОГМА МР РФ: читальный зал библиотеки электронный читальный зал г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40, ФГБОУ СОГМА МЗ РФ, учебный корпус № 1	

№/п	Наименование оборудования	Количество	Техническое состояние
1	2	3	4
Специальное оборудование			
1.	Электроэнцефалограф	1	рабочее

Оргтехника			
2.	Компьютер	1	рабочее
3.	Ноутбук	1	рабочее
4.	Проектор (для мультимедийных презентаций)	1	рабочее

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

13. Ведение образовательной деятельности с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. В условиях введения ограничительных мероприятий (карантина), связанных с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, угрозой распространения новой коронавирусной инфекции и прочих форс-мажорных событиях, не позволяющих проводить учебные занятия в очном режиме, возможно изучение настоящей дисциплины или ее части с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. Преподавание дисциплины в вышеописанных ситуациях будет осуществляться посредством освоения электронного курса с доступом к видео лекциям и интерактивным материалам курса: презентациям, статьям,

дополнительным материалам, тестам и различным заданиям. При проведении учебных занятий, текущего контроля успеваемости, а также промежуточной аттестации обучающихся могут использоваться платформы электронной информационно-образовательной среды академии и/или иные системы электронного обучения, рекомендованные к применению в академии, такие как Moodle, Zoom, Webinar и др. Лекции могут быть представлены в виде аудио-, видеофайлов, «живых лекций» и др. Проведение семинаров и практических занятий возможно в режиме on-line как в синхронном, так и в асинхронном режиме. Семинары могут проводиться в виде web-конференций.