

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №23
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

НЕЛЬСОН Александр Ильич

**КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ
ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ
В СТРУКТУРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ**

Специальность 14.00.18 – психиатрия
Специальность 14.00.33 – социальная гигиена и организация здравоохранения

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Научный руководитель – доктор мед. наук, проф. Б. Д. Цыганков

Москва – 1999

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Список сокращений	4
1. Введение	5
2. Литературный обзор.....	9
2.1. Заболевания и клинические ситуации, входящие в компетенцию психореаниматологии.....	9
2.2. Организация подразделений психореаниматологии	45
2.3. Эволюция представлений об интенсивной терапии в психиатрии	56
3. Материалы и методы исследования.....	58
4. Результаты собственных исследований и их обсуждение.....	66
4.1. Сравнительный анализ двух вариантов организаци- онной модели ППР – блока (БИТ) и отделения (ОРИТ) интенсивной терапии	67
4.2. Клинический анализ контингента больных психо- реанимационного профиля	80
4.2.1. Анализ контингента экстренных больных	80
4.2.2. Анализ контингента плановых больных	108
4.3. Принципы и методы лечения экстренных больных психореанимационного профиля	118
4.4. Оценка качества лечения в ППР	125
4.5. Летальность в ППР	129
4.6. Прогнозируемая годовая нагрузка и расчет потреб- ности в койках для ППР.....	139
4.7. Участие ППР в обслуживании поступающих в стаци- онар пациентов	147
4.8. Компоненты клинико-организационной модели ППР и их характеристики	151

4.8.1. Контингент обслуживаемых больных	152
4.8.2. Клиническая специализация ППР	154
4.8.3. Организационные типы ППР	155
4.8.4. Набор помещений ППР	158
4.8.5. Оборудование ППР	159
4.8.6. Штаты ППР	160
4.8.7. Подготовка персонала и требования к его квалификации	160
4.8.8. Диагностические методы ППР	161
4.8.9. Лечебные методы ППР	162
4.9. Заключение	163
5. Выводы	174
6. Список литературы	176
7. Приложение (практические рекомендации по организации и внедрению подразделений психореаниматологии)	218
7.1. Клиническая специализация ППР	218
7.2. Организационные типы ППР	219
7.3. Набор помещений ППР	222
7.4. Оборудование ППР	225
7.5. Штаты ППР	232
7.6. Оценка летальности при urgentных психических заболеваниях	234
7.7. Расчет потребности в медикаментах и расходных материалах для ППР	235
7.8. Прогноз годовой лечебной нагрузки и расчет потребности в койках для ППР	236
7.9. Программа обучения врачей	240

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БИТ – блок интенсивной терапии
ВЭБ – водно-электролитный баланс
ГАР – генерализованная аллергическая реакция
ГБО – гипербарическая оксигенация
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЗНС – злокачественный нейролептический синдром
ЗППП – заболевания, передающиеся половым путем
КТ – рентгеновская компьютерная томография
КЦГ – краниocereбральная гипотермия
КЩС – кислотно-щелочное состояние
ЛОК – внутривенное лазерное облучение крови
МОПБ №23 – Московская областная психиатрическая больница №23
ОПКДЦ – Московский областной психиатрический консультативно-диагностический центр
ОПР – отделение психореанимации
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
ПР – психореаниматология
ППР – подразделение психореаниматологии
ПХО – первичная хирургическая обработка
РДСВ – респираторный дистресс-синдром взрослых
ТБД – трахео-бронхиальное дерево
ФИКТ – форсированная инсулинокоматозная терапия
ЦВД – центральное венозное давление
ЭДО – непрямая электрохимическая детоксикация организма
ЭСТ – электросудорожная терапия
ЭУФОК – экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови
ЯМР – ядерный магнитный резонанс

1. ВВЕДЕНИЕ

На протяжении последних 30 лет происходит сближение психиатрии и анестезиологии-реаниматологии. Основными причинами этого являются:

1) поступление в психиатрические стационары значительного количества психически больных с угрожающими жизни состояниями (такие состояния присущи ряду острых психозов в силу особенностей их патогенеза, или могут быть обусловлены сопутствующими соматическими заболеваниями);

2) побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии, приводящие к тяжелым, угрожающим жизни состояниям с высоким уровнем летальности;

3) большое количество резистентных психозов, лечение которых требует применения специальных методов из арсенала анестезиологии-реаниматологии;

4) традиционное использование в психиатрии методов интенсивной общебиологической терапии (прежде называвшихся «шоковыми»), безопасное применение которых возможно только при адекватном анестезиолого-реаниматологическом обеспечении;

5) появление в рамках анестезиологии-реаниматологии новых эффективных лечебных методик, применение которых оказалось патогенетически оправданным при лечении психических заболеваний;

6) отсутствие в психиатрических учреждениях адекватных условий для обследования и лечения больных с ургентной психической патологией.

Эти предпосылки привели к сближению психиатрических проблем (ургентные и резистентные больные) с анестезиолого-реаниматологическими организационными и методологическими

подходами. Процесс интеграции психиатрии и реаниматологии привел к рождению на стыке этих двух наук нового направления, которое в теории и практике получило название психиатрической реаниматологии, или психореаниматологии (ПР), и обрело признаки самостоятельности:

- 1) особый очерченный круг патологических состояний;
- 2) специфический понятийный аппарат, использующий терминологию психиатрии, неврологии и анестезиологии-реаниматологии;
- 3) специфический набор диагностических методов;
- 4) специфический арсенал лечебных методик;
- 5) особую организационную структуру подразделений;
- 6) специфические требования к профессиональной подготовке персонала;
- 7) специальное диагностическое и лечебное оборудование.

Первые шаги ПР уже сделаны – несмотря на длительное отсутствие нормативной базы, в структуре психиатрических ЛПУ стали появляться подразделения психореаниматологии (ППР), в них внедряются отдельные анестезиолого-реаниматологические методики для лечения больных. Изучены отдельные типы заболеваний и клинических ситуаций в психиатрии, при которых необходимо применение анестезиолого-реаниматологических технологий. Первые результаты, полученные вследствие спонтанного развития ПР, обнадеживают: в больницах, где в тех или иных формах организована служба ПР, снижается смертность больных от urgentных психических заболеваний, сокращаются сроки и повышается качество лечения. После длительного периода спонтанного развития ПР стали появляться и нормативные акты, узаконивающие существование ППР.

Однако развитие практической ПР затруднено следующими

обстоятельствами:

- 1) нет научно обоснованных рекомендаций по организации подразделений ПР;
- 2) нет целостного представления о контингенте больных психореаниматологического профиля;
- 3) нет стандартов для оценки качества и эффективности работы подразделений ПР;
- 4) нет научно обоснованных программ подготовки специалистов по ПР;
- 5) отдельные рекомендации по применению методов интенсивной терапии в психиатрической практике носят противоречивый характер, мало апробируются и с трудом внедряются в практику.

Актуальность темы диссертации обусловлена:

- а) в теоретическом плане – потребностью в научном осмыслении процессов и событий, спонтанно протекающих в русле нового медицинского направления, психореаниматологии;
- б) в практическом плане – необходимостью оптимизации терапии и снижения летальности у контингента наиболее трудных для лечения психически больных.

Целью данной работы является разработка эффективной клинико-организационной модели психореанимационной помощи в психиатрии, с возможностями дифференцированной клинической диагностики и патогенетически обоснованной терапии для различных контингентов психически больных.

Для достижения этой цели в работе были поставлены следующие **задачи**:

- изучение клинических особенностей контингента больных, нуждающихся в психореаниматологической помощи;
- изучение организационных форм ППР на основании иссле-

дования работы двух их типов: «блока интенсивной терапии» (БИТ) и «отделения интенсивной терапии» (ОРИТ);

- разработка методов прогнозирования потребности психиатрического стационара в объеме и видах психореаниматологической помощи.

Новизна данной работы заключается в том, что впервые проведено невыборочное исследование всех больных психореаниматологического профиля в психиатрической практике, и одновременно разработана и апробирована клиничко-организационная модель психореанимационной службы в системе практической психиатрии.

Практическая значимость работы. Для практической медицины предлагается организационное решение проблемы лечебно-диагностической помощи наиболее сложному контингенту психически больных. Практическая значимость применения результатов исследования заключается в снижении летальности от urgentных психических заболеваний; в расширении арсенала методов для лечения психических заболеваний при одновременном снижении числа осложнений и общем повышении уровня безопасности терапии; в сокращении сроков госпитализаций.

Положения, выносимые на защиту:

1. Среди госпитализируемых душевнобольных имеется устойчивая по составу группа – «больные психореаниматологического профиля», которая объединяется клиническими особенностями состояния (ургентность, угроза для жизни) и необходимостью в анестезиолого-реаниматологических подходах к лечению.

2. Для лечения больных психореаниматологического профиля необходимы «подразделения психореанимации»; для любой психиатрической больницы можно подобрать соответствующие тип и мощность такого подразделения, используя представленную клиничко-организационную модель.

2. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

2.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ВХОДЯЩИЕ В КОМПЕТЕНЦИЮ ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИИ

Многие авторы пытались систематизировать состояния, которые могут требовать неотложной психиатрической помощи. Однако среди них состояния, представляющие угрозу для жизни больного, и состояния, опасные в социальном отношении, рассматривались вместе. Примером может служить классификация Н. Lauter (1980), где выделено 7 клинических типов подобных острых расстройств: состояния суженного (сумеречного) сознания; делирий; состояния спутанности, возникающие преимущественно в пожилом возрасте и при органическом поражении мозга; состояния возбуждения (шизофренические, маниакальные, тревожно-ажитированные – психогенной или токсической природы); острые галлюцинаторно-бредовые состояния; депрессии; «острые фармакогенные ситуации» (гиперкинезы, фармакогенные депрессии). Очевидно, что часть из них не представляет витальной угрозы, и больные могли бы получать эффективное лечение в условиях обычного психиатрического отделения. Другие из перечисленных состояний непосредственно опасны для жизни и требуют лечения в условиях таких подразделений, где можно применять методы интенсивной терапии и реанимации. Именно эти последние из упомянутых состояний и представляется целесообразным рассматривать как основной объект деятельности психореаниматологии (ПР).

Психопатология острых угрожающих жизни психозов чаще всего традиционно рассматривалась в рамках учения Bonhoeffer об экзогенном типе реакции и теории Wieck о сквозных синдромах

(Kirsten U., 1981). В качестве синонимов использовались «острая экзогенная реакция», «симптоматический психоз», «органический психоз», «органический мозговой синдром». Этиологические основы этих состояний – прямое или косвенное (органическое или токсико-метаболическое) повреждение мозга (McEvoy J. P., 1981; Cummings J. L., 1988; Rejchl J., 1989). Причинные факторы органического характера – черепно-мозговые травмы, гипертензионный синдром, инфекции ЦНС, сосудистые расстройства, эпилепсия. Вне мозговые системные причинные факторы – интоксикации, инфекционные заболевания, нарушения обмена (почечная и печеночная недостаточность, дегидратация, электролитный дисбаланс, гипоксия, кислотно-щелочные расстройства), эндокринные нарушения, дефицит витаминов. Наличие предрасположенности (хронические заболевания дыхательной системы, церебральный атеросклероз и др.) расширяет круг причин острых симптоматических психозов, делая их стандартным ответом мозга на любое интеркуррентное заболевание (Waldron G., 1983).

Большинство авторов считает, что синдромы расстроенного сознания, наблюдающиеся при этих психозах (делирий, спутанность, нарушения ориентировки в пространстве и времени, грубые расстройства памяти и способности к пониманию, галлюцинации, возбуждение или заторможенность, аменция) говорят о большой тяжести общего состояния больных и повышенном летальном риске (Rabins P. V., Folstein M. F., 1982; Smith J., 1982). Аментивноподобное расстройство сознания как проявление кульминационного этапа острого приступа шизофрении также протекает с выраженной общей тяжестью состояния и опасностью для жизни (Бухановский А. О. с соавт., 1998). Кроме синдромов расстроенного сознания, признается повышенная летальная опасность кататонических ступорозных состояний (те, кто жестко связывает кататонический

синдром с шизофренией, называет их кататоноподобными), которые в клинике соматических болезней могут быть вызваны интоксикацией, травмой, опухолями, энцефалитом (Stoudemire A., 1982; Johnson J., 1984). При острой кататонии считаются весьма вероятными такие опасные для жизни осложнения, как пневмония, аспирация, тромбоз глубоких вен конечностей, тромбоэмболия легочной артерии (Barbuto J., 1983). Особенно выраженная тяжесть состояния и высокий летальный риск сопутствуют синдромам, в которых сочетаются кататония и нарушение сознания, например, аментивно-кататонический синдром при фебрильной шизофрении (Ануфриев А. К. с соавт., 1990).

Несколько десятилетий назад преобладало представление о подобных состояниях как о едином синдроме «*Delirium acutum*» (DA). Клинические наблюдения тяжелых психозов в рамках послеродового сепсиса, МДП, шизофрении, соматогенного психоза на почве сердечно-сосудистого заболевания, даже некоторых реактивных психозов – наводили на мысль об их общности. В описанных в литературе случаях эти сверхострые формы болезней дебютировали разными синдромами: нарушение сознания, ажитированная депрессия, маниакальное состояние, кататонический, ганзеровский – которые в дальнейшем трансформировались в DA и приводили к смерти. Сочетание помрачения сознания, резкого психомоторного возбуждения с двигательным беспокойством, произвольным гримасничаньем и резко выраженными сомато-вегетативными расстройствами (нарушения аппетита и сна, исхудание, отказ от еды, падение тонуса сосудов, повышение температуры при отсутствии инфекции, обезвоживание) – вызывало уверенность в том, что церебральным субстратом этого патологического состояния является диэнцефальная система с ее центральными сомато-вегетативными образованиями. Обнаруживавшиеся патанатомические изменения в

мозгу были однородны: отек, набухание, гип- и аноксическое поражение клеток; признаков воспаления не выявлялось (Авербух Е. С., 1967).

Прошедшие десятилетия накапливали знания об этих заболеваниях и приближали к пониманию сути их патогенеза. Как показали работы последних лет (Чехонин В. П. с соавт., 1997, 1998), сходная тяжесть острых заболеваний, протекающих с синдромами кататонии и нарушенного сознания, неслучайна. В их основе лежат общие патогенетические механизмы – прорыв гемато-энцефалического барьера, проникновение в кровь мозговых антигенов, противомозговая аутоиммунизация и развертывание иммунной аутоагрессии на территории мозга. В результате развивается критическое состояние, получившее название «цереброгенный шок» (Кекелидзе З. И., Чехонин В. П., 1997), в клинике которого тяжелые психические расстройства сочетаются с полиорганными и полисистемными поражениями, свойственными всем шоковым состояниям: острой недостаточностью кровообращения и дыхания, печеночно-почечной недостаточностью, расстройствами микроциркуляции, реологии и кислотно-щелочного равновесия, синдромом ДВС. Самые распространенные примеры таких заболеваний – тяжелые алкогольные психозы и энцефалопатии, энцефалиты, фебрильная шизофрения, осложнения психофармакотерапии.

Современное понимание патогенеза этих состояний привело и к изменению подходов к их лечению. Раньше внимание акцентировалось на лечении синдрома психических расстройств с помощью психофармакотерапевтических средств. Теперь можно считать доказанным, что в отношении urgentных психиатрических состояний следует применять принципиально новую терапевтическую стратегию: вместо попыток воздействовать первично на психоз нужно воздействовать на психоз опосредованно через коррекцию сомати-

ческих расстройств (Цыганков Б. Д., 1983). Решение этих задач оказалось наиболее перспективным в рамках нового медицинского направления – психиатрической реаниматологии (психореаниматологии), родившейся на стыке психиатрии и реаниматологии.

Специфика обсуждаемых патологических состояний заставляет относить их в этико-правовом плане к тому типу ситуаций (Тихоненко В. А., 1997), когда на первый план выступает функция психиатрии предотвращать непосредственную угрозу здоровью и жизни пациента, и бывает оправдано недобровольное оказание медицинской помощи.

Ниже представлен обзор заболеваний, синдромов и клинических ситуаций психореаниматологического профиля, т. е., удовлетворяющих следующим критериям:

- сочетание психической и соматической патологии в любых пропорциях, обуславливающее:
 - а) наличие угрозы для жизни больного;
 - б) признаки ургентности в состоянии больного;
- вызванная спецификой состояния больного необходимость в применении методов интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации.

1. Фебрильная шизофрения (ФС) большинством авторов рассматривается как тяжелое заболевание, развивающееся при приступообразных формах шизофрении. Приводимые ниже краткие описания ФС, данные ведущими отечественными специалистами по ее изучению, отражают динамику представлений об этом заболевании за последние 30 лет.

Психическое состояние: помрачение сознания и резкое психомоторное возбуждение, речевая бессвязность, короткие эпизоды ступора, негативизм. В более тяжелых случаях за кататоническим

возбуждением наступает аментивноподобное состояние (его можно назвать инкогерентным, что близко по клинике к мусситирующему делирию). При еще большем утяжелении состояния появляются хореиформные подергивания (гиперкинетические состояния). Соматическое состояние: в первые дни повышается температура тела, появляется характерный лихорадочный облик, герпес, кровоподтеки. Биохимические, гемато- и иммунологические исследования показали, что реактивность и сопротивляемость организма последовательно снижается в ряду состояний: кататония – инкогеренция – гиперкинезы (Тиганов А. С., 1960).

Психическое состояние: кататонно-гебефренное возбуждение – кататонический ступор – синдромы помрачения сознания (онейроид, аменция, сопор, кома). Соматическое состояние: тахикардия, тахипное, колебания АД, гиповолемия, «токсический» габитус, снижение массы тела, гипертермия, олигурия, частое развитие осложнений – отек мозга, легких, ДВС, острая печеночная, почечная и легочная недостаточность, пневмонии, сепсис, инфекции мочевых путей. Заболевание расценивается как аутоиммунный энцефалит-энцефалоз с преимущественным поражением гипоталамуса. В основе патогенеза – прорыв гематоэнцефалического барьера, полиорганные (мозг, сердце, печень) аутоиммунные поражения (Цыганков Б. Д., 1997).

Отдельные звенья синдрома кинеза ФШ также хорошо изучены. Б. Д. Цыганков (1983, 1988); И. А. Бульман, О. С. Браво (1985); И. А. Надольский с соавт. (1988) отмечали, что при нарастании признаков эндотоксикоза (сопор, кома) нарастают нарушения гемодинамики, увеличиваются гипоксия, метаболический ацидоз, анемия, вязкость крови, электролитный дисбаланс. В восстановительном периоде показатели центральной гемодинамики и гомеостаза приходят к норме за несколько суток, тогда как изменения

ЭКГ (посттахисистолический синдром) сохраняются несколько недель, что связывают с дистрофическими изменениями миокарда.

Патологоанатомические данные при фебрильной шизофрении малоспецифичны. В. А. Ромасенко (1967) описывал в качестве частых патологоанатомических находок признаки генерализованного дисциркуляторного синдрома (застой в сосудах мозга и внутренних органов); отек мозга; дистрофические изменения внутренних органов. Основные изменения нервных клеток неспецифические, и могут быть отнесены к острым дистрофическим нарушениям токсико-аноксического характера. Отмечались также признаки гипоплазии сердечно-сосудистой системы (капельное сердце, узкая аорта). А. С. Зуев (1988) расценивал найденные изменения в миокарде как донекротическую стадию инфаркта миокарда 6-8-часовой давности. Это привело его к выводу о кардиальном механизме танатогенеза при ФШ: за счет центральных нарушений происходит спазм коронарных сосудов, обуславливающий внезапную смерть; кардиальные явления при этом маскируются общей тяжестью состояния.

Летальность от ФШ при лечении, которое раньше считалось стандартным, достигала 58-60% (Mann S. C. et al., 1986). При адекватном лечении в отделениях психореанимации смертность от ФШ может быть сведена к нулю (Цыганков Б. Д., 1997).

2. Шизофрения и другие эндогенные заболевания с выраженными нарушениями гомеостаза также относятся к ургентным психиатрическим состояниям.

Шизоаффективные приступы шизофрении с кататоническими расстройствами сопровождаются изменениями гомеостаза (вегетативно-сосудистые, водно-электролитные и метаболические расстройства). Наибольшая выраженность этих нарушений отмечается в кульминационной фазе приступа на этапе кататоно-онейро-

идных расстройств. Высокий риск развития ЗНС и ФШ при таких приступах делает обоснованным отнесение их к состояниям психореаниматологического профиля. Лечение, согласно современным представлениям, должно быть направлено на посиндромную коррекцию гомеостаза; показано применение ноотропов и транквилизаторов, но не нейролептиков (Малыгин В. Л., 1992, 1994).

Другим примером эндогенных расстройств этого типа являются *тяжелые адинамические депрессии* в рамках шизофрении, шизоаффективных психозов и МДП. Длительные отказы от пищи и воды, нарастающие обезвоженность, гиповолемия, расстройства микроциркуляции, истощение энергетических ресурсов, застойные изменения в легких, паретические явления со стороны желудочно-кишечного тракта – основные факторы, лежащие в основе летального патогенеза этих состояний. Пациенты, поступающие в стационар с такими депрессиями, часто нуждаются в неотложном применении всего комплекса мероприятий интенсивной терапии.

Тяжелые ипохондрические депрессии в рамках различных психических заболеваний, протекающие по типу раптусов с выраженными кризовыми вегетативными расстройствами (Войцех В. Ф., 1985), также представляют реальную опасность для жизни больных и требуют неотложной интенсивной терапии.

3. Психические заболевания с опасными поведенческими расстройствами признаются urgentными психиатрическими состояниями с повышенным летальным риском. Брутальные последствия такого поведения описаны многими авторами: аутоампутация конечности со смертельным исходом (Rogers D. R., 1988), самоповреждение глаз (Rogers T., Pullen I., 1987); перерезание горла, энуклеация глаз, ампутация ушей, молочной железы и половых органов, самосожжение (Coons Ph. M. et al., 1986), водная аутоинтоксикация

с судорожным синдромом (Jos C. J., 1984). Тяжелые аутоагрессивные действия таких больных требуют немедленного начала активного лечения; методом оптимального выбора может служить ЭСТ (Цупрун В. Е., 1994). Наиболее частые синдромальные характеристики этих состояний – депрессивный раптус, острые параноидные синдромы. Среди психических заболеваний наибольший уровень аутоагрессии принадлежит шизофрении. Н. М. Жариков с соавт. (1997), изучив на отечественном материале структуру контингента лиц, совершавших самоубийства в последние годы, показал, что 81,4% от всех суицидов было совершено больными шизофренией.

При шизофрении расстройства с такими тенденциями встречаются в 11,56% случаев госпитализаций (Anastasov V. et al., 1995), причем у 2,7% из госпитализированных больных шизофренией это кончается завершенным суицидом (Allebeck P. et al., 1986). Из всех самоубийств в психиатрических больницах, по данным Н. Fujimori и М. Sakaguchi (1986), 88% совершают больные шизофренией. В невыборочном исследовании К. Foerster и А. Gill (1987) выяснено, что завершенные суицидальные попытки среди больных психиатрического стационара случаются у 0,29% от всех поступающих, и наблюдается рост числа таких случаев. В аналогичном польском исследовании (Kiejna A. et al., 1988) получена величина 0,12%, в чешском (Pejchl J., Nevrlka K., 1984) – 0,07%. Признается невозможным полное предотвращение внутрибольничных суицидов, если не организовывать в каждой больнице специальные «антисуицидальные палаты» (Crammer J. L., 1984). Значительная часть пациентов стационара, совершивших суицидальную попытку, может быть спасена, если в больнице есть условия для немедленного проведения реанимационных мероприятий.

Для России проблема самоубийств особенно актуальна: по интенсивному показателю частоты суицидов наша страна находит-

ся на одном из первых мест в мире (Казаковцев Б. А., 1998). Внебольничные суициды часто становятся объектом психореаниматологической помощи (при «нехирургических» способах самоубийств). Наиболее распространенным способом суицидальных попыток в большинстве стран у лиц среднего и старшего возраста является *отравление* (Shaw S., Sims A., 1984; Araki Sh., Murata K., 1986; Cattell H. R., 1988; Hawton K., Fagg J., 1988; Moyens G. F. et al., 1988; Амбрумова А. Г. с соавт., 1998). На догоспитальном этапе пациенты, совершившие суицидальные отравления, нередко расцениваются как «нетяжелые» больные, либо обнаруживают признаки острого интоксикационного психоза. В обоих этих случаях следует госпитализация в психиатрический стационар, где дальнейшее закономерное развитие этапов острой интоксикации ставит жизнь таких пациентов под угрозу и делает необходимым применение всего комплекса неотложных токсикологических мероприятий.

Острые интоксикационные психозы наиболее часто возникают в результате отравления лекарственными препаратами с холинолитическим действием, количество которых в современной практике превышает 600 наименований. Клинические проявления этих психозов – делириозное помрачение сознания, специфические галлюцинации, возбуждение, растерянность, страх, тревога, мидриаз, сухость слизистых, тахикардия, запоры, задержка мочи, лихорадка, сочетание миоклоний и гипертонуса мышц с резкой мышечной слабостью (Disclafanui A. et al., 1981; Юдин В. М., 1995). Несмотря на относительно благоприятный прогноз холинолитических психозов, выраженная тяжесть состояния при них делает необходимым применение мероприятий интенсивной терапии.

Среди препаратов, выбираемых для целей самоубийства, самые тяжелые отравления вызывают психофармакологические средства. Их непосредственное токсическое действие на ЦНС в началь-

ной стадии часто вызывает острый экзогенный психоз, что в большинстве случаев ведет к стационарированию суицидента в психиатрическую больницу. Даже в специализированных токсикологических центрах такие отравления представляют реальную угрозу для жизни, разную в зависимости от применявшихся веществ: антидепрессанты – в 19% случаев, нейролептики – в 10,2%; транквилизаторы – в 5,5% случаев (Velvart J. et al., 1986). В условиях же психиатрической больницы, если там не предусмотрены возможности для полноценной интенсивной терапии, угроза для жизни таких больных неизмеримо возрастает. Врачи токсикологических центров подчеркивают, что для успешного лечения суицидальных отравлений необходимо тесное сотрудничество токсикологов и врачей других специальностей (Knežević A., Janča A., 1986). При отсутствии возможностей такого взаимодействия служба реанимации психиатрической больницы должна быть соответствующим образом оснащена, а персонал должен иметь токсикологическую подготовку.

4. *Эпилепсия* является заболеванием, которому свойственны состояния с повышенным летальным риском. Даже единичные судорожные припадки могут у 0,05-0,2% больных закончиться «внезапной смертью», которую связывают с фатальной сердечной аритмией, возникающей из-за наступившей во время припадка симпатической дисрегуляции (Leestma J. E. et al., 1984).

Эпилептический статус – самое грозное из проявлений эпилепсии. Под ним понимают настолько частое следование повторяющихся генерализованных судорожных пароксизмов, что в интервалах между ними не восстанавливается сознание и прогрессивно нарастают патологические изменения соматического состояния. В первую очередь, это нарушения, связанные с пароксизмальными

состояниями апное: от припадка к припадку усиливаются цианоз, дыхательная недостаточность, гипоксия, развивается респираторный ацидоз, вторично страдает гемодинамика, возникает гипоксический отек мозга, возможен отек легких (Pascual M., Chevrolet J., 1990). Летальность в неспециализированных отделениях реанимации достигает 10-12% (Delgado-Escueta A. V. et al., 1982; Соколов И. М. с соавт., 1983). Хотя по существующим правилам больные с эпилептическим статусом должны доставляться скорой помощью в ближайшее лечебное учреждение, но они нередко становятся пациентами психореаниматологической службы. Происходит это в двух типовых случаях: а) когда больной эпилепсией, состоящий на учете у психиатров, доставляется в больницу в связи с учащением припадков, и к моменту доставки в психиатрический стационар у него уже обнаруживается развитие эпилептического статуса; б) статус развивается у пациента, находящегося в психиатрическом стационаре.

Острые эпилептические психозы встречаются у 2% больных эпилепсией (Stevens J. R., 1988). Эти психозы нередко протекают с бурным возбуждением при сумеречном расстройстве сознания, что делает обоснованным их отнесение к ургентным психическим заболеваниям (Jagsdail S. J., Toone B. K., 1988; Klosterkötter J., Penin H., 1989; Mecklenburg H., 1989; Pal S. G. et al., 1990). Другие варианты симптоматики эпилептических психозов (делириозный и кататонический синдромы, сопровождающиеся бессудорожными эпилептическими статусами и тяжелыми эпизодами асистолии) не менее опасны для жизни (Rabending G., Fischer W., 1986). Полагают, что «большие» эпилептические психозы связаны не столько со структурным повреждением мозга, сколько с эпилептической дезорганизацией работы доминантного полушария, особенно его височно-лимбических структур (Flor-Henry P., 1983).

5. *Алкогольная болезнь* с ее тяжелыми поражениями внутренних органов и систем (в первую очередь, печени, поджелудочной железы и головного мозга – Pollak К. Н., 1989) является источником повышенного летального риска. По сравнению с общей популяцией смертность у больных алкоголизмом существенно выше, причем у мужчин – в 2,5 раза, а у женщин – в 5,3 раза (Berglund M., 1984; Nanji A. A., French S. W., 1987). В России из-за распространенности алкоголизма его острые проявления приходится лечить не только психиатрам и наркологами. Ургентная алкогольная патология (психозы, абстиненция, судорожные состояния, алкогольные комы) в крупном соматическом стационаре в настоящее время составляет 14,8% поступающих больных (Динеева Н. Р., Беляева К. Н., 1995).

Из тяжелых угрожающих жизни состояний при алкоголизме наиболее актуальны *алкогольные делирии*. Заболеваемость ими в России нарастает бурными темпами – в 3,1 раза за период 1991-1995 гг. (Чуркин А. А., 1997), – и достигла к текущему времени рекордных показателей, которые до того не отмечались ни в России, ни в других странах (Энтин Г. М., Овчинская А. С., 1998). Связанная с алкогольным делирием летальность составляет: 20-40% при тяжелом варианте течения, 12% при типичном варианте, 8,6% при легком, но сочетающемся с другими заболеваниями (Gruner J., Voigt W., 1984; Энтин Г. М., Крылов Е. Н., 1994). Дефицит тиамина – одно из важных звеньев патогенеза этого заболевания (Милейковский Ю. А., 1976). В клинике присутствуют грубые нарушения микроциркуляции (Майбурд Е. Д. с соавт., 1989); синдром ДВС и нарушения водно-электролитного баланса (Обухов Г. А. с соавт., 1983; Протасевич Н. И., 1985); судороги; нарушения гемодинамики, объема циркулирующей крови и газового состава крови (Спивак Л. И. с соавт., 1977); иммунные нарушения (Чемный А. Б.,

Смолягин А. И., 1986); отек мозга, обезвоживание (Битенский В. С., 1975). Психические расстройства при алкогольном делирии, соответственно названию, определяются делириозным синдромом, который при нарастании тяжести трансформируется в аменцию, сопор и кому. Сегодняшняя клиническая реальность подтверждает мнение З. И. Кекелидзе и В. П. Чехонина (1997) о том, что традиционное выделение «профессиональных» и «мусситирующих» делириев имеет скорее академическое значение, поскольку в клинике алкогольного делирия, особенно при применении пролонгированного наркоза, симптомы этих разновидностей психоза калейдоскопически изменяются на протяжении одного заболевания, и дают мало информации для оценки тяжести и прогноза.

Сложная полисиндромная патология алкогольного делирия требует не только реаниматологически грамотно организованного инфузионного лечения, но и специальных методов интенсивной терапии. Выраженные нарушения функции внешнего дыхания ведут к тканевой гипоксии, чем обоснованы показания к применению ГБО (Кондрашенко В. Т., 1977). При отеке мозга и гипертермических расстройствах показана кранио-церебральная гипотермия (Первомайский Э. Б., 1982; Юрченко Н. П., 1985). Иммунные и сопряженные с ними инфекционные нарушения делают незаменимой квантовую терапию (Сосин И. К. с соавт., 1986). Выраженность экзо- и эндотоксикоза делает прямо показанной гемосорбцию (Лужников Е. Н. с соавт., 1979; Пашкевич Г. А., Морковкин В. М., 1979; Лопаткин Н. А., Лопухин Ю. М., 1989). Специфика синдрома психических расстройств требует применения пролонгированного наркоза (Даниленко А. М. с соавт., 1981). Очевидно, что реализовать столь сложное лечение можно только в особых условиях специализированного отделения психореанимации (Soyka M. et al., 1988). Поэтому больные с алкогольным делирием являются типич-

ными пациентами таких подразделений.

Острые алкогольные энцефалопатии являются еще более тяжелыми осложнениями алкоголизма, чем алкогольные делирии. Частота этого заболевания растет не только в России, но и в западных странах (Harper С., 1983). Выделяют несколько разновидностей острых алкогольных энцефалопатий – Гайе-Вернике, Маркиафава-Биньями, с ретробульбарным невритом, пеллагрозная и др. Они отличаются друг от друга нюансами клиники. В основе лежит тяжелое алкогольное поражение центральной и периферической нервной системы в сочетании с катастрофическим истощением организма и полиорганной алкогольной патологией. Эти заболевания имеют тенденцию к более длительному, чем делирии, течению, и гораздо чаще заканчиваются инвалидизирующим слабоумием. Психические расстройства чаще квалифицируются как острая спутанность, аменция; реже представлены типичные делириозные картины. Тяжесть состояния заставляет применять у таких больных весь арсенал реаниматологического лечения (Романенко А. А., 1985), включая такие специальные методы, как ГБО (Белов В. П. с соавт., 1989).

Тяжелые алкогольные абстиненции также входят в круг психореаниматологических заболеваний, что объясняется как тяжестью состояния у этих больных, так и реальной возможностью развития делирия (Стрелец Н. В., Уткин С. И., 1998) и других серьезных угрожающих жизни осложнений. В условиях отделения интенсивной терапии абстиненции купируются в 1,4 раза быстрее, надежнее удается предотвратить развитие психозов (Коваленко В. П., 1983). Это объясняется тем, что ряд свойственных этому состоянию грубых нарушений водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного состояния и объема циркулирующей крови можно целенаправленно скорректировать только в специальных условиях

(Асадов Б. М., 1983; Гулямов М. Г., Асадов Б. М., 1983; Nickel В., Schmickaly R., 1990). Однако обычные методы поликомпонентной инфузионной терапии не всегда оказываются достаточными. Неудовлетворенность результатами лечения тяжелых абстиненций стандартными методами заставляет прибегать к таким реаниматологическим методам, как гемосорбция (Горбунова Н. А. с соавт., 1980; Гегенава Н. О., Рыбальский А. М., 1984), ГБО (Сосин И. К. с соавт., 1987; Епифанова Н. М., 1995), краниocereбральная гипотермия (Задорожний П. В., 1982).

Особый драматизм ситуации с острыми алкогольными психозами заключается в том, что под маркой этого заболевания в психиатрические больницы стационарируется большое число пациентов, у которых делириозный синдром на самом деле вызван не алкоголизмом (или не только им), а тяжелейшими, часто несовместимыми с жизнью, соматическими заболеваниями (туберкулез, опухоль мозга, рак желудка, инфаркт миокарда, инсульт, цирроз печени, панкреонекроз, флегмона челюстно-лицевой области, эндокардит, тотальная пневмония, эмпиема плевры, закрытая черепно-мозговая травма, и др.). Приведенный А. Е. Медведевым и Л. Я. Ротиным (1993) материал о таких случаях в одной из крупнейших российских психиатрических больниц (им. В. И. Яковенко) наглядно демонстрирует, «насколько велика сила гипнотического воздействия факта злоупотребления (или подозрения в злоупотреблении) алкоголем на клиническую диагностику и как велика плата больных за неполноту клинического диагноза». Подобные больные, поступив в психиатрический стационар, умирают в первые минуты, часы или дни, особенно, если в больнице нет подразделений психореанимации (Ротин Л. Я., Сураев В. И., 1993).

6. Острые психозы при органических заболеваниях головного

мозга во многих случаях угрожают жизни и требуют интенсивной терапии.

Травматические повреждения головного мозга нередко приводят к госпитализации пациентов в психиатрический стационар в связи с острыми психотическими состояниями. Особенно характерно развитие таких психозов у больных алкоголизмом («микстные» психозы). По данным С. С. Калинер (1967), острые травматические психозы развиваются у 8,7% из получивших черепно-мозговую травму; при этом в 38% отмечается клиника аменции, в 26% – делирий, в 15% – онейроид, в 12% – сумеречные расстройства сознания, в 11% – обнубиляции сознания. Нередко затрудняет диагностику наличие «светлого промежутка» в несколько дней между моментом получения травмы и развитием психоза, что характерно для травматических внутричерепных гематом. Из-за трудностей дифференциальной диагностики травматические психозы часто расцениваются как алкогольные, что ведет к помещению больных в психиатрические больницы, а там – в отделения психореанимации (где они имеются). К ургентным психотическим состояниям приводят не только острые травмы, но и их последствия. Описан острый кататонический психоз (каталепсия, мутизм, ступор) у больного с хроническими билатеральными внутричерепными гематомами (Woods S. W., 1980). Лечение пациентов с острыми травматическими психозами, попавших в отделения психореанимации, осуществляется по правилам посиндромной интенсивной терапии; показана ГБО (Тищенко А. Т., 1976). Если удастся в стенах психиатрической больницы провести квалифицированную нейротравматологическую диагностику, и это выявит показания к хирургическому лечению (трепанации черепа), такие больные переходят из разряда психореаниматологических в нейрохирургические, с необходимостью перевода в профильный стационар.

Воспалительные заболевания ЦНС (энцефалит, менингит) часто манифестируют острыми психозами. Для *бактериальных* инфекций (менингит, менингоэнцефалит, абсцесс мозга) более характерны делириозно-аментивные состояния, острая спутанность, судорожные синдромы – на фоне оглушения/сопора и тяжелой астении (Доброхотова Т. А. с соавт., 1998). В определенной степени тяжесть состояния больных связана с видом возбудителя и характером процесса (гнойный, серозный). Анатомический субстрат *вирусных* поражений мозга зависит, в основном, от вида вируса: легкие энцефалитические реакции при аденовирусной инфекции (Kuntzer Th. et al., 1987); энцефалиты разной тяжести при кори; множественные церебральные инфаркты при зостер-инфекции (Karenberg A. et al., 1987). Психическое состояние больных с вирусным поражением ЦНС в остром периоде нередко характеризуется такими синдромами, как спутанность, делирий, кататоноподобные, галлюцинаторные и галлюцинаторно-параноидные расстройства (Голодец Р. Г., МаксUTOва Э. Л., 1991), что с неизбежностью приводит к госпитализации в психиатрический стационар. Среди вирусных нейроинфекций особое место занимают герпетические энцефалиты. Они имеют много сходного в клинике с фебрильной шизофренией (Деконенко Е. П., Лебедев А. В., 1997) и являются заболеванием с существенной угрозой для жизни. Тяжесть состояния при этом усугубляется за счет общемозговых и очаговых неврологических расстройств, разнообразных нарушений гомеостаза (Prange H. V., 1989). При герпетической инфекции ЦНС летальность, по данным этих авторов, достигает 39%; по данным R. Besser et al., 1987 – даже 70%. Описаны острые шизофреноформные психозы, связанные с корью (Stoler M., 1987) – хотя и не столь тяжелые, как при герпесе, но вполне соответствующие тяжести больных психореаниматологического профиля. Серьезность прогноза заболевания зависит

как от вида вирусной инфекции, так и от правильности лечения – в частности, от квалифицированного проведения мероприятий интенсивной терапии и реанимации.

Сосудистые заболевания ЦНС могут быть причиной острых психозов с делириозной и аментивной симптоматикой, эпилептиформным синдромом (Банщиков В. М., 1967), пароксизмальными расстройствами сознания (Бурцев Е. М., 1998), что делает сосудистую патологию одним из частых источников ургентных психических заболеваний и причиной помещения таких больных в психиатрический стационар. Известны, например, случаи развития острого кататонического психоза (восковая гибкость, негативизм, отсутствие спонтанной двигательной активности кроме редких моторных стереотипий) при инфаркте мозга (Tirpin J., Dunner F. J., 1981). Острые дисциркуляторные энцефалопатии, сопровождающиеся психотическими расстройствами, относятся к числу критических состояний, при которых показаны ГБО, гемосорбция (Федин А. И. с соавт., 1985; 1989; Фель Ф. М. с соавт., 1988). Особое значение придается при острых сосудистых психозах своевременной диагностике и лечению ДВС-синдрома (Карлов В. А. с соавт., 1984; Гусев Е. И. с соавт., 1985; Максимов В. И., Лукасевич Л. Л., 1986).

Опухоли мозга возникают с частотой 5 случаев на 100000 человек в год; в 50% это глиомы, в 25% – менингиомы (Teddy P., 1987). Психозы при опухолях мозга могут манифестировать тяжелыми психотическими состояниями с симптоматикой острого экзо- или эндогенного психоза (Chodkiewicz J. P. et al., 1980; Tandon R. et al., 1988). При этом выявлено, что определенный вид опухолей (глиобластома) и их локализация в лобной и височной долях намного чаще сопровождаются психозами (Mewe R. et al., 1987). Неопухолевые внутричерепные образования (например, кисты) также

могут быть причиной острых психозов с симптоматикой, напоминающей онейроид или сумерки (Брагина Н. Н. с соавт., 1997). Больные с интракраниальными опухолями и иными объемными внутричерепными процессами попадают в поле зрения подразделений психореаниматологии двумя путями: а) доставляются в психиатрический стационар по скорой помощи; б) переводятся из общепсихиатрических отделений в связи с развитием критических состояний. Медленно растущие «немые» внутричерепные объемные процессы, составляя 4,6% среди причин смерти пациентов психиатрических больниц, в 58% случаев остаются нераспознанными при жизни (Vieregge P. et al., 1988). В случае, когда опухоль мозга проявляется острым психозом, частота правильной прижизненной диагностики еще меньше – 1/3 случаев (Binder R. L., 1983).

7. *Острые психозы при соматических заболеваниях* возникают из-за поражения мозга системными факторами – токсическими, дисметаболическими, гипоксическими и т. п. Нередко тяжелые соматические заболевания, особенно в пожилом возрасте, манифестируют клиникой острых психотических состояний с нарушением сознания (Moss R. et al., 1987). В поле зрения психиатров такие пациенты попадают как в порядке доставки скорой помощью, так и в порядке перевода из соматического стационара. Попав в психиатрическую больницу, эти больные, как правило, сразу нуждаются в мероприятиях интенсивной терапии – это обусловлено сочетанием острого психоза и тяжелой соматической патологии.

В соматической больнице острые психозы не являются редкостью. Частота делириозных расстройств в невыборочном контингенте госпитализированных больных соматического стационара достигает 5% (Deshpande S. N. et al., 1989). Иногда психозы в соматическом стационаре манифестируют яркой клиникой, в иных слу-

чаях протекают скрыто и выявляются лишь ретроспективно. Этиология их многофакторна, т. к. сказывается неблагоприятное действие синергично действующих гипоксии, лекарств, лихорадки, лишения сна, почечной недостаточности, стресса и т. п. (Brodsky L., Brodsky V., 1984). В сегодняшней российской практике отчетливо прослеживается тенденция переводить больных соматического стационара, у которых развился острый психоз, в психиатрическую больницу.

Острые психозы встречаются во многих отраслях внутренней медицины.

Хорошо известны *инфекционные психозы* – например, «лихорадочный бред» при скарлатине, дифтерии, тифе. При инфекционных заболеваниях не всегда бывает легко провести грань между непосредственным и экстракраниальным характером поражения мозга. Пока не доказано проникновение инфекции в полость черепа, такие психозы относят к инфекционным и связывают с токсическим поражением ЦНС. Когда появляются доказательства распространения инфекционного процесса на головной мозг и/или его оболочки, психозы переходят в разряд «органических». Характерным примером является гриппозная инфекция, при которой острые психозы (маниакальный синдром с трансформацией в аменцию с кататоническими и делириозными включениями) могут быть результатом как токсикоза, так и гриппозного энцефалита (Дворкина Н. Я., 1975). Описаны острые бруцеллезные психозы с оглушением, делирием, аменцией, сумерками (Дворкина Н. Я., 1975; Kossur B. et al., 1983); острый психоз с нарушением сознания вследствие одонтогенной инфекции (Besarevic V., 1988), острый туберкулезный психоз с клиникой аменции и кататоническими включениями; малярийные психозы с клиникой аменции, делирия, сумерек (Дворкина Н. Я., 1975). Нередко острый психоз осложняет

течение пневмонии – особенно, у пожилых, ослабленных лиц, алкоголиков, пациентов с органической неполноценностью ЦНС. Патогенетически важны для развития психоза при пневмонии факторы гипоксии и интоксикации; в клинике преобладают делириозно-аментивные расстройства (Целибеев Б. А., 1972). Некоторое своеобразие клиники психоза может зависеть от типа возбудителя, например, при пневмонии, вызванной микоплазменной инфекцией (Moore S., Skrine H., 1989). Появились сообщения об остром психозе кататонического типа при ВИЧ-инфекции, что расценивается как одно из проявлений «СПИД-энцефалопатии» (Musland B. et al., 1988).

Нередки острые психотические состояния *при тяжелых повреждениях печени и почек, хронической сердечной недостаточности, анемии.*

При *пеллагре* описано смертельно опасное состояние психической спутанности с тяжелым миоклонусом и ригидностью мышц затылка, патанатомически проявляющееся выраженным хроматоллизом ядер ствола мозга (Serdaru M. et al., 1986).

Трудно диагностируются, но весьма актуальны острые психозы *при заболеваниях желез внутренней секреции.* Часто встречаются острые панкреатические психозы, трудно отличимые от алкогольных делириев и опасные своей высокой летальностью. Известны острые гипогликемические психозы при инсуломе (Разумовская-Молукало Л. П., 1978; Мартынов Ю. С. с соавт., 1980; Ерохина Л. Г. с соавт., 1985). Стероидная терапия может стать ятрогенным аналогом заболеваний с гиперсекрецией стероидов и вызвать острые тяжелые психозы с галлюцинациями, бредом, ступором, тревогой, депрессией или манией (Добжанский Т., 1973; Varney N. R. et al., 1984; Bräunig P., Bleistein J., 1988; Kershner P., Wang-Cheng R., 1989). Эти психозы нередко сопровождаются

опасным аутоагрессивным поведением (Wolkowitz O., 1990). Острые психозы с расстройством сознания случаются при тиреотоксикозе, болезни Аддисона (Добржанская А. К., 1973; Denicoff K. D. et al., 1990). Они могут быть доминирующими в картине болезни у 1-20% больных с этими видами эндокринопатии (Hall R. C. W., 1983). Возможны острые психозы со спутанностью, гипертоническим кризом и тяжелыми вегетативными расстройствами при феохромоцитоме (Medvei V. C., Cattell W. R., 1988).

В *онкологии* также известны проблемы ургентной психиатрии. Например, в литературе имеется описание острого психоза (состояние спутанности, гиперактивность маниакального типа, параноидные идеи – с нарастающей тяжестью соматического статуса за счет водной интоксикации) в качестве первого проявления ранее недиагностированного рака легкого (Grant B. L., Lindsay Ph. B., 1986).

Гематологические заболевания – одна из причин острых психозов. Н. А. Целибеевым (1972) описаны острые психотические состояния с тяжелым психомоторным возбуждением и помрачением сознания у больных в терминальной стадии лейкоза; онейроидные психозы при лимфогранулематозе; острейшие шизофреноформные психозы при пернициозной анемии. Делирий, состояния спутанности – нередкие явления при миеломной болезни (Silberfarb P. M., Bates G. M., 1983). Описано острое закончившееся смертью психотическое состояние с кататонией, гипертермией, прогрессирующей потерей массы тела, нарастающим гиперпластическим изменением костного мозга, очаговыми неврологическими расстройствами – при тромботической тромбоцитопенической пурпуре (Read S., 1983).

Острые психозы при *аутоиммунных заболеваниях* вызываются токсическими факторами, сосудистыми нарушениями, а также

непосредственным поражением вещества головного мозга типа аутоиммунного энцефалита. Хорошо известны острые ревматические психозы, которые могут развиваться как в острой, так и в подострой фазе процесса, и характеризуются калейдоскопической сменой аментивных, делириозных и онейроидных состояний (Дворкина Н. Я., 1975). При системной красной волчанке описаны острые психозы с кататонической симптоматикой (Mac S. D., Pardo M. P., 1983) и психозы типа «острых экзогенно-церебральных реакций» (Сиволап Ю. П., 1994). Полиморфные острые психотические состояния при коллагенозах нередко протекают с признаками сенсibilизации к психофармакологическим препаратам (Чернышев В. А., Тимашков В. И., 1994), что повышает у этих и без того тяжелых больных риск развития еще и злокачественного нейрорепитического синдрома.

Острые *послеродовые психозы* встречаются с частотой 0,1-0,2% от числа всех рожениц (Kumar R. et al., 1983; Bagedahl-Strindlund M., 1986). Характерными чертами их психопатологии считаются синдромы помрачения сознания и кататонический (Дворкина Н. Я., 1975; Brockington I. E. et al., 1981); отмечается выраженный полиморфизм симптоматики с сочетанием экзо- и эндогенных симптомов (Целибеев Б. А., 1972). Пуерперальные психозы нередко протекают с выраженным соматическим отягощением и представляют серьезную опасность для жизни (Perez R. G., Vazquez M. F., 1990). Присутствие в их патогенезе инфекционных (вплоть до септических) механизмов делает необходимым применение всего комплекса реаниматологических мероприятий, включая гемосорбцию и плазмаферез (Яровицкий В. Б., 1995).

Гериатрическая практика знает много примеров тяжелых психотических расстройств. Состояния острой ажитации, спутанности и делирия у пожилых также относят к ургентной психиатрии.

ческой патологии. Эти нарушения вызываются, в первую очередь, такими причинами, как интоксикация, отмена лекарств, сосудистое мозговое неблагополучие, дегидратация, длительная прикованность к постели (Berthaux P., 1986), нарушение функций желудочно-кишечного тракта, инфаркт миокарда, пневмония (Zisook S., Braff D. L., 1986).

Ургентные соматогенные и симптоматические психозы (позднего возраста, сосудистые, инфекционные, интоксикационные, при тяжелых соматических заболеваниях и т. п.), согласно сложившейся в нашей стране практике, в большинстве случаев лечатся в условиях психиатрической больницы. Исключения немногочисленны: это сочетание острого психоза с а) острым хирургическим заболеванием, требующим оперативного вмешательства (Долгих С. И., Старицын А. С., 1980), и б) с острым инфекционным заболеванием, требующим изоляции и карантинных мероприятий.

Значительная тяжесть состояния и высокий летальный риск у больных с соматогенными психозами объясняют необходимость лечить их в отделениях психореанимации – в тех стационарах, где они развернуты. Кроме обычных мероприятий интенсивной терапии в таких случаях рекомендуются методы гемокоррекции – гемосорбция, плазмаферез, плазмасорбция, криоплазмаферез, гемодиализ, иммуногемосорбция (Шпилень Л. С., 1995, Ялдыгина А. С., 1995).

8. Ургентные состояния при *нарко- и токсикоманиях* также входят в компетенцию психореаниматологической службы. Особую актуальность эти формы патологии имеют в связи с тем, что темпы их ежегодного прироста в популяции выше, чем остальных психических заболеваний (Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д., 1996).

Известен повышенный летальный риск при наркоманиях;

среди причин смерти первые места занимают самоубийства, отравления и тяжелые абстиненции (Tuviná K., 1988). Токсикомании также повышают летальный риск: у лиц с бензодиазепиновой зависимостью летальность втрое выше, чем в общей популяции. Полинаркоманические тенденции еще более катастрофично повышают летальность: комбинация транквилизаторов с другими лекарствами или алкоголем – в 6 раз в сравнении с общей популяцией, комбинация с наркотиками – в 21 раз (Piesiur-Strehlow B. et al., 1986).

Описана «острая смерть» при кокаиновой наркомании: тяжелейшее состояние с гипертермией, судорогами, полиорганной недостаточностью (Campbell B. G., 1988; Kosten Th. R., Kleber H. D., 1988). Не являются редкостью острые интоксикационные психозы с делириозным расстройством сознания длительностью от дней до недель при нарко- и токсикоманиях, связанных с употреблением галлюциногенов, психостимуляторов (включая кокаин), ингаляционных веществ, каннабиса (Carney M. W. P., Bacelle L., 1984; Bron B., 1987; Honer W. G. et al., 1987). Известны судорожные осложнения, вплоть до эпилептического статуса, при злоупотреблении психостимуляторами (Messing R. O. et al., 1984). Встречаются абстинентные делирии и судорожные состояния при токсикоманическом употреблении транквилизаторов диазепинового ряда: для развития этих тяжелых осложнений достаточен 4-месячный стаж злоупотребления и быстрая отмена препарата (Александровский Ю. А. с соавт., 1982; Owen R. T., Tyrer P., 1983; Levy A. B., 1984). В последние годы появились ранее неизвестные делириозные психозы при опийной, чаще всего – героиновой, абстиненции (Иванец Н. Н. с соавт., 1997). Поэтому больные, поступая в стационар для планового лечения опийной наркомании, через несколько дней могут стать пациентами психореанимационных отделений.

Хотя для лечения неосложненных форм нарко- и токсикоман-

ний подходят условия обычных отделений, но обилие угрожающих жизни состояний при этой патологии делает необходимым предусматривать в местах лечения таких больных подразделения психореанимационного профиля.

Кроме того, потребность в подобных подразделениях для этих пациентов диктуется необходимостью применения специальных методов лечения. В частности, при наркоманических абстиненциях разных типов (например, при опийной) показана гемосорбция (Кузнецов В. И. с соавт., 1988; Кирковский В. В. с соавт., 1997). При лечении наркоманов методами экстракорпоральной детоксикации следует иметь в виду, что это может ускорить редукцию физического компонента абстинентного синдрома, тогда как психический может усиливаться (Блохина В. П. с соавт., 1987). При героиновой наркомании показана также ликворосорбция (Михайлова Н. Г. с соавт., 1998). При барбитуровой наркомании рекомендуют форсированную инсулинокоматозную терапию, при опийной – атропинокоматозную терапию (Буйков В. А., Хамидулин Э. И., 1990). Все большую популярность приобретают методики ускоренного купирования абстиненции с использованием анестезиологического пособия типа пролонгированного неингаляционного наркоза (Педак А. А., 1998). Обсуждается вопрос о применении ЭСТ при опийной наркомании.

9. В части случаев пациентами психореанимационных отделений могут стать лица с *«псевдо-ургентными» состояниями*, что нужно учитывать при дифференциальной диагностике.

Симуляция алкогольного делирия отмечается у 2,5% больных, поступающих с этим диагнозом: это личности с инфантильно-истерическими чертами и опытом пребывания в психиатрическом стационаре, но без психозов в анамнезе. Такие пациенты демонст-

рируют дезориентировку, зрительные галлюцинации, беспокойство, тремор – без вегетативных расстройств (Kursawe H. K., 1986).

Пациентами подразделений психореанимации могут оказаться и больные с истерическими «псевдоэпилептическими статусами», дифференциальная диагностика которых на догоспитальном этапе не всегда возможна (Cohen L. M. et al., 1988; Burton J. L., 1989). В некоторых странах, например, в Турции, в силу социокультуральных особенностей такие расстройства стоят на первом месте по частоте среди urgentных психиатрических госпитализаций (Canprolat B. I. et al., 1998). Правильную диагностику этих состояний дополнительно затрудняет тот факт, что конверсионные псевдоприпадки могут наблюдаться и у «настоящих» больных эпилепсией (Peters U. H., 1978; Ramani S. V. et al., 1980).

10. Осложнения лекарственной терапии, проявляющиеся острыми психотическими состояниями, являются одним из важных разделов работы подразделений психореаниматологии.

Среди таких лекарственных осложнений выделяется по тяжести и степени опасности для жизни *злокачественный нейролептический синдром (ЗНС)*. Он относится к числу «классических» показаний для помещения пациентов в подразделения психореанимации. Частота встречаемости ЗНС среди больных, принимающих нейролептики, весьма различается в разных исследованиях: 0,1% – Deng M. Z. et al., 1990; 0,2% – Berardi D. et al., 1995; 1,7% – Pope H. G. et al., 1986; 0,5 - 2,4% (с мягкими формами – до 9,8%) – Addonizio D. et al., 1986. Показатели летальности, по данным зарубежных авторов, составляют 11 - 25% (Shalev A. et al., 1990); 10 - 29% (Caroff S. N., Mann St. C., 1988) с тенденцией к снижению по мере усовершенствования терапии. В наиболее представительном отечественном исследовании Б. Д. Цыганкова (1997) летальность

при неправильном и запоздалом лечении ЗНС достигает 67%, а при правильном, включающем весь комплекс мероприятий интенсивной терапии – 19%. В клинике выделены амиостатический комплекс (повышение мышечного тонуса, гиперкинезы, тремор, акатизия, тасикинезия, смазанность речи и нарушения глотания из-за скованности мышц лица, полости рта и глотки), синдромы экстрапирамидно-вегетативный, гиповолемический, кардиоваскулярный, гемодинамический, метаболический, ДВС. Психический статус синдромально характеризуется онейроидной кататонией, аменцией, сопором, комой. Осложнения в целом совпадают с таковыми при ФШ. Патологоанатомические изменения головного мозга более выражены, чем при ФШ – вплоть до очагов некроза в ядрах гипоталамуса (Horn E. et al., 1988).

Другой разновидностью тяжелых нейролептических осложнений является *генерализованная аллергическая реакция* (ГАР). Это состояние, имеющее приблизительный аналог в соматической медицине (синдром Лайела), из всех нейролептических осложнений выделяется наибольшим летальным риском. По данным Б. Д. Цыганкова (1997), смертность от ГАР составляет при стандартном лечении 83%, и даже при правильно организованной реаниматологической терапии – 46%. В клинике присутствуют кататоническое возбуждение – ступор – сопор – кома; не характерны онейроидно-делириозные и аментивные состояния. Неврологические нарушения представлены экстрапирамидным гипертонусом, тремором, мышечной скованностью. Соматические расстройства при ГАР вначале соответствуют клинике среднетяжелого ЗНС, далее развивается прогрессирующий буллезный дерматит с обширными глубокими некрозами кожи, подкожной клетчатки, мышц. Присоединяются инфекционно-септические осложнения, острая почечная недостаточность. Заболевание рассматривается как аутоиммунный

энцефалит с преимущественным поражением гипоталамуса в сочетании с аутоиммунным дерматомиозитом.

Другая группа острых психотических осложнений психофармакотерапии психопатологически более близка к «экзогенным» делириозно-аментивным синдромам. Такие состояния рассматриваются под наименованиями «*психофармакотоксическая энцефалопатия*» (Гурович И. Я., 1971); «психофармакологический делирий» (Авруцкий Г. Я. с соавт, 1974; Спивак Л. И. с соавт., 1988); «психофармакотоксический делирий» (Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981, 1988). Большое невыборочное исследование С. Spieß-Kiefer et al. (1986) показало, что острые делириозные синдромы развиваются у 1,1% из всех больных, принимающих антидепрессанты и нейрорептики (причем антидепрессанты вызывают делирий в 1,5 раза чаще, чем нейрорептики). Эти состояния протекают несравнимо более доброкачественно, чем ЗНС и ГАР, однако и при них присутствует летальный риск, и требуется интенсивная терапия.

С дальнейшим развитием психофармакологии ожидается пополнение контингента больных психореаниматологического профиля за счет появления новых тяжелых последствий лекарственной терапии. В частности, с расширением применения серотонинергических антидепрессантов стали учащаться случаи потенциально смертельного их осложнения – *серотонинового синдрома*, протекающего с острыми психотическими состояниями и тяжелыми сомато-неврологическими расстройствами (Abbar M. et al., 1997; Schlienger R. G., Shear N. H., 1997, Verhoeven M. A. W., 1998).

Не только психофармакологические препараты способны вызывать острые психотические состояния. Осложнения многих других видов лекарственной терапии, применяемых в общесоматической практике, могут быть причиной развития острых опасных для жизни психозов. При развитии таких острых лекарственных психо-

зов пациент, до того психически здоровый, нередко стационарируется в психиатрическую больницу, где выявляется необходимость мероприятий интенсивной терапии. Описаны острые психозы с делириозным расстройством сознания при лечении антибиотиками (Plechukwu S. T., 1990); противотуберкулезными препаратами (Upadhyaya M. P., Chaturvedi S. K., 1989); поливалентным препаратом хлороквин/делагил (Mohan D. et al., 1981); β -адреноблокатором пропранолол/индерал/обзидан (Remick R. A. et al., 1981); гипотензивными препаратами типа раувольфии и метилдопа, а также салицилатами (Johnson D. A. V., 1981); при применении внутривенных контрастных веществ для рентгеновского исследования (France R. D., McCracken J., 1984), и др.

11. *Острые соматические осложнения психофармакотерапии* нередко представляют угрозу жизни для пациентов и становятся компетенцией психореаниматологии, если развиваются у больных психиатрического стационара.

Распространенность тяжелых соматических осложнений психофармакотерапии привела к возникновению специального термина – «внезапная смерть» от антипсихотических препаратов, что связывают обычно с асфиксией, аритмией, сосудистым коллапсом и т. п. (Brown R. P., Kocsis J. H., 1984). Острейшие нейролептические дискинезии с распространением тонических судорог на мышцы глотки и гортани могут вызвать ларингоспазм и асфиксию, что требует реаниматологической помощи. Трициклические антидепрессанты способны вызывать ряд тяжелых соматических осложнений, которые переводят больных в разряд реаниматологических: коллапсы, нарушения сердечного ритма, судороги, летальную аутоиммунную гемолитическую анемию (Kaumeier S., 1984; Thompson T. L., Thomas M. R., 1986; Meador-Woodruff J. H., 1990). Широ-

ко известны тяжелые нейролептические коллапсы, которые чаще других вызываются препаратами фенотиазинового ряда, особенно аминазином и тизерцином (Wilson W. H., Weiler S. J., 1984). Описаны тяжелые осложнения вследствие недопустимых сочетаний психотропных препаратов друг с другом и/или с другими типами лекарств (Oefe K. v. et al., 1986; Poirier M. F., Benkelflat C., 1986; Добровольский А. В., Дробижев М. Ю., 1998). Тяжелые соматические осложнения свойственны и препаратам лития (Rektor L., Horká E., 1980; Hauger R. L. et al., 1990).

12. Осложнения методов интенсивной биологической терапии в психиатрии, хотя и являются редкостью (как все более редкими становятся клиники, где такие методы применяют), но, несомненно, являются объектом деятельности подразделений психореаниматологии, где нужно быть готовыми к их лечению.

В первую очередь, речь идет об *осложнения инсулинокоматозной терапии*, и среди них – о затяжных инсулиновых комах. Патогенез этих состояний до сих пор не вполне ясен; имеются указания на развитие резистентного отека мозга, метаболические препятствия для восстановления адекватной работы натрий-калиевого насоса нейронных мембран. Затяжная кома – состояние с высоким летальным риском. Лечение предусматривает поликомпонентную посиндромную интенсивную терапию с акцентом на регуляции уровня гликемии, при непрерывном мониторинге уровня сахара крови («Лечение затяжных инсулиновых ком...», 1967; Личко А. Е., 1970).

Вторым источником urgentных состояний рассматриваемого генеза является *атропинокоматозная терапия*. Здесь в компетенцию психореаниматологии входят отставленные психотические состояния с симптоматикой острой спутанности, делирия. В патогене-

незе этих осложнений считают существенным непредсказуемо высокий кумулятивный эффект атропина в ходе курсового лечения. Хотя такие состояния должны достаточно легко купироваться введением антидотов атропина, например, эзеринем (Бажин Е. Ф., 1984), но описанные возможные соматические осложнения (гипертермия, расстройства гемодинамики и др.) делают более безопасным лечение атропиновых делириев в условиях специализированного психореанимационного отделения – в соответствии с правилами, принятыми в токсикологии для лечения отравлений холинолитиками.

Осложнения *электросудорожной терапии* при использовании современной техники (короткоимпульсные токи, наркоз, миорелаксанты, искусственная вентиляция легких с оксигенацией) сделали казуистикой. ЭСТ в ее сегодняшнем понимании воспринимается большинством авторов как метод более безопасный, чем, например, психофармакотерапия. Все же при проведении ЭСТ нужно помнить о возможности редко встречающихся коллапсов, гипертонических кризов, затяжных апное и спровоцированных эпилептических статусов (Swartz С. М., Abrams R., 1996).

13. *Ургентные соматические заболевания у психически больных* становятся объектом внимания психореаниматологической службы, когда эти состояния развиваются у пациентов психиатрического стационара. В России большинство психиатрических больниц расположено в загородной зоне – по традиции, сложившейся еще с 1865 г., когда психиатрические учреждения были переданы в ведение Земств (Кирьянова Е. М., Прейс В. Б., 1995). Из этого следует, что психиатрические стационары чаще всего оказываются на значительном удалении от соматических больниц. Поэтому переводы ургентных тяжелобольных в профильные сомати-

ческие стационары всегда были и остаются трудной проблемой. Отлаженная система переводов больных из психиатрических стационаров в соматические в отдельных крупных городах нетипична для российской психиатрии. Для большинства регионов большие расстояния, плохие дороги и отсутствие транспорта превращаются в непреодолимое препятствие.

Соматическая патология в популяции психически больных, находящихся в психиатрическом стационаре, является весьма распространенной. Отягощенность психически больных стационара соматическими заболеваниями достигает 45% (Koran L. M. et al., 1989). Эти заболевания протекают у душевнобольных более тяжело, чем у психически здоровых. Известно, что в сравнении с общей популяцией смертность больных эндогенными и старческими психозами в психиатрических стационарах выше, чем в общей популяции (по данным N. Zilber et al., 1989 – в 2,29 раза; по F. Casadebaig и N. Quemada, 1989 – в 3 раза). Ведущие причины смерти – инфекции и сердечно-сосудистые заболевания (Buda M. et al., 1988; Davidson I. A. et al., 1988; Murphy E. et al., 1988). Многие urgentные соматические заболевания (инфаркт миокарда, прободная язва желудка, тромботические поражения крупных сосудов и др.) у больных психиатрического стационара часто протекают атипично, без присущего этим болезням болевого синдрома и соответствующих жалоб, развиваясь остро и неожиданно (Добжанский Т., 1973; Банщиков В. М., Кушелев В. П., 1975; Hindersin P. et al., 1984). Поэтому диагностика этих заболеваний часто запаздывает, и попытки их лечения начинаются уже при терминальном, нетранспортабельном состоянии больного. Очевидна низкая эффективность этого лечения, что приводит к большому количеству «внезапных смертей» в психиатрическом стационаре (по данным H. Schwalb и W. Schimana, 1985 – 26-29% от общего числа умерших). Поэтому

столь важной оказывается возможность начать таким больным квалифицированную помощь на месте, в стенах психиатрической больницы, без потерь времени. Естественным образом тяжелобольные с ургентной соматической патологией концентрируются в подразделениях психореанимации. Это снижает «внезапную» летальность и дает неоценимый выигрыш во времени, чтобы подготовить больного к безопасной транспортировке в соматический стационар.

14. Резистентность к психофармакотерапии или ее непереносимость порождает еще одну группу причин, по которой психиатрические пациенты могут нуждаться в лечении в условиях подразделений психореаниматологии.

С проблемами резистентности к психофармакотерапии в последние годы сталкивается уже 50-60% психически больных (Kane John M., 1996). В частности, при депрессиях, по данным Американской психиатрической Ассоциации, 1/3 больных оказываются резистентными к лечению трициклическими (наиболее распространенными) антидепрессантами (Cowen P. J., 1988).

Резистентные больные, в отличие от всех вышеописанных групп, не являются ургентными и их жизни ничего не угрожает. Однако, чтобы достичь эффекта при лечении этих пациентов, приходится применять альтернативные способы, большинство из которых относится к методам интенсивной терапии и требует для безопасного проведения специальных условий с анестезиолого-реаниматологическим обеспечением.

Противорезистентных методик предложено довольно много.

Доказана эффективность *электросудорожной терапии* (ЭСТ) при резистентных психозах (Мощевитин С. Ю., 1988; Osser D. N., 1989; Мосолов С. Н., Мощевитин С. Ю., 1990; Fink M., Sackeim H. A., 1996; Poyurovsky M., Weizmann A., 1996; Strober M.

et al., 1998). Особенно отчетлив эффект ЭСТ при резистентных депрессиях (Levine S., 1986; Косов Н. Е., Мосолов С. Н., 1991; Ведищев С. В. с соавт., 1997).

Выявлено положительное влияние *внутривенного лазерного облучения крови* при резистентных состояниях (Кутько И. И. с соавт., 1992; Картелишев А. В. с соавт., 1995; Музыченко А. П. с соавт., 1995).

Краниocereбральная гипотермия как противорезистентная методика приобрела широкую известность благодаря работам украинских исследователей (Таранская А. Д. с соавт., 1982; Ломакин С. И., 1985).

Гипербарическая оксигенация нашла свое патогенетически оправданное применение при многих формах непереносимости и резистентности к психофармакотерапии (Исаков Ю. В. с соавт., 1987; Кондрашенко В. Т. с соавт., 1989).

Форсированная инсулинокоматозная терапия (ФИКТ), будучи самостоятельным методом лечения психозов, оказалась высокоэффективной и при лечении резистентных состояний (Говорин Н. В., Злова Т. П., 1995). При этом отмечено, что лекарственный патоморфоз, лежащий в основе резистентности, требует вносить специальные усовершенствования в эту методику для достижения коматозных состояний (Недува А. А., 1995).

Подробно изучены особенности действия и эффективность при резистентных депрессиях и иных психотических состояниях *плазмафереза, гемосорбции и других методов экстракорпоральной гемокоррекции* (Костицын Н. В., Малин Д. И., 1994; Малин Д. И., 1995, 1997; Ведищев С. В. с соавт., 1997; Давыдов А. Т. с соавт., 1997; Нечипоренко В. В. с соавт., 1998).

Предложен метод *ликворафереза* при резистентной шизофрении (Тресько О. Ю., 1995).

Есть исследования о сочетании многих из перечисленных методов для повышения их противорезистентной активности (Саарма Ю. М., Саарма М. М., 1987; Евдокимов М. В., 1994; Шпиленья Л. С., 1995).

В результате специальных исследований выяснено, что многие из этих методов, несмотря на кажущееся несходство, например, ЭСТ и ФИКТ, действуют на одни и те же иммунопатологические механизмы патогенеза ургентных и резистентных психических заболеваний, вызывая лечебный эффект путем «нейродесенсибилизации» (Вилков Т. А. с соавт., 1995; Дубатова И. В. с соавт., 1998). Например, ФИКТ и ЭСТ с успехом применяются не только при хронических резистентных психозах, но и при таких острейших состояниях, как фебрильная шизофрения (Перехов А. Я., Дубатова И. В., 1998). Все это сближает группу резистентных больных с другими (ургентными) состояниями, и делает понятной необходимость сосредотачивать оборудование и обученный персонал для лечения ургентных и резистентных больных в единых организационных рамках (в подразделениях психореанимации).

2.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИИ

Организация ургентной психиатрической помощи осуществляется разными путями. В ряде стран организована сеть психиатрических отделений при больницах общего типа, которые являются альтернативой традиционным психиатрическим больницам (Michel K., 1986; Гурович И. Я. с соавт., 1990). В условиях многопрофильной больницы облегчается оказание помощи тяжелым больным с сочетанной патологией, но для «обычных» психически больных качество лечения оказывается более низким, чем в специализированной психиатрической больнице (Malhotra S. et al., 1982). В

других странах, где сохраняются традиционные психиатрические больницы, и все психически больные концентрируются в них, задача оказания помощи urgentным пациентам решается в стенах психиатрических учреждений.

В ряде районов России психиатрические отделения функционируют в составе ЦРБ. Есть опыт создания соматопсихиатрических отделений в отдельных крупных соматических больницах столичных центров. И в том, и в другом организационных вариантах часть urgentной психиатрической патологии направляется в эти подразделения. И все же основной организационной формой в нашей стране являются специализированные психиатрические стационары, куда и поступает основная масса urgentных случаев психических заболеваний.

Интересен опыт Италии, где был проведен эксперимент по одномоментному переходу от одного организационного типа помощи душевнобольным к другому: с 1978 г. в этой стране были ликвидированы все психиатрические больницы (Tansella M. et al., 1987; Systema S. et al., 1989; Roberti R. et al., 1995). Результаты этой реформы оцениваются специалистами по-разному, но считается, что преимуществ больше, чем негативных последствий. После реформы вопрос, где размещать службу urgentной психиатрии, был снят с повестки дня – все экстренные психиатрические поступления были перенаправлены в «Emergency Rooms» (палаты неотложной помощи) больниц общего профиля.

Характерно, что подразделения типа «Emergency Room» в Италии и других странах лишь отчасти осуществляют лечебные функции: предполагается, что длительность пребывания в них пациентов не должна превышать 1-2 суток. Основная их задача – сортировка больных с последующим перенаправлением в профильные стационары, или переводом на амбулаторное долечивание.

Подразделения для работы с ургентными психиатрическими больными функционируют в большинстве стран. Организационно они могут входить в структуру соматических больниц, как в Италии и некоторых регионах США (Friedman S. et al., 1983; Bassi M., 1998; Invernizzi G. et al., 1998); быть самостоятельными, как в Великобритании (Hyde C., 1998); находиться при психиатрических учреждениях, как в Турции и Бельгии (Bleeker E. De et al., 1998; Canpolat B. I. et al., 1998); представлять собою специализированные койки в составе психиатрических отделений, «помещения для интенсивной терапии» или «отделения неотложной психиатрической помощи» общих или психиатрических стационаров, как в Нидерландах (Фергаген Дж., 1991).

В большинстве стран организационные проблемы неотложной психиатрии признаются весьма актуальными. Некоторые авторы (Greger J. et al., 1990) не без оснований считают, что в психиатрических клиниках системы первичной помощи проведение неотложных мероприятий вообще составляет основной раздел работы, что необходимо учитывать при организации отделений. При любом способе организации подразделений неотложной психиатрии главной задачей является необходимость обеспечить мультидисциплинарный подход к лечению ургентных пациентов с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией (Schwab J. J., 1982; Slaby A. E. et al., 1983; Haarsh H. H. et al., 1989).

Однако, несмотря на актуальность проблем ургентной психиатрии, они везде далеки от разрешения (Танчев О., 1988; Verrier A. et al., 1989; Sartorius N., 1995). В западных странах отмечается постоянный рост числа больных, нуждающихся в неотложной психиатрической помощи. При этом власти требуют от психиатрии обеспечить безопасность пациентов и общества, но принимают недостаточно мер для усиления службы неотложной психиатрии. Повсе-

местное сокращение психиатрических коек, требования деинституционализировать душевнобольных и снижать стоимость их лечения – вступают в противоречие с растущей потребностью в койках для экстренной психиатрии (Clercq M. De, 1998). В России основными препятствиями для успешного развития ургентной психиатрии являются экономические проблемы затянувшегося кризисного периода, традиционный «остаточный» принцип финансирования психиатрической помощи (3,5% от объема финансирования здравоохранения – по данным В. С. Ястребова с соавт., 1998), слабая координация действий между психиатрическими и соматическими лечебными учреждениями.

Понятие «ургентная психиатрия» шире, чем «психореаниматология». Ургентная психиатрия охватывает весь круг неотложных состояний, связанных с психикой человека. Специфика психореаниматологии в том, что она имеет дело с сочетанной психосоматической патологией, угрожающей жизни больных, а также со сложными анестезиолого-реаниматологическими технологиями для лечения душевнобольных.

Идеи о необходимости создания специальных (реаниматологических) условий для лечения тяжелых ургентных психических заболеваний появляются в отечественных литературных источниках с начала 70-х гг. В одной из первых публикаций на эту тему (Шанин Ю. Н. с соавт., 1970) предлагалось проводить терапию одного из самых тяжелых в психиатрии заболеваний – алкогольного делирия – в условиях реанимационного отделения общесоматического стационара. Были попытки лечения делирия даже в условиях обычного неврологического отделения районной больницы – когда из-за отдаленности психиатрических учреждений не было другой возможности для организации срочной терапии на месте (Алсаев Ю. Н., 1972). Другое ургентное состояние, нередкое в психиат-

рической практике, эпилептический статус, также предлагалось лечить в условиях соматического реанимационного отделения (Бердичевский М. Я., Власенко Л. Я., 1976).

Однако попытка лечения острых психиатрических заболеваний в соматических стационарах выявила ряд существенных недостатков этого варианта. Дело оказалось не только в трудности совместного содержания больных соматического и психиатрического профиля (Пырков П. П., 1995) и перенаправлении потока urgentных психически больных в соматические больницы. Значительная часть urgentных состояний развивалась у пациентов психиатрического стационара, что не оставляло времени на сложные межбольничные переводы. Например, такая группа тяжелых состояний, как осложнения психофармако- и инсулинокоматозной терапии, делала очевидной необходимость создания реанимационной службы в структуре психиатрических учреждений (Исаханов П. М., Морковкин В. М., 1973). Учитывая организационные трудности в создании подразделений психореанимации (ППР), рекомендовалось открывать их хотя бы в ведущих психиатрических учреждениях (Тарпи А. А., Рахминов Б. Я., 1974).

К концу 70-х – середине 80-х гг. в большинстве публикаций признается необходимость создания подразделений интенсивной терапии и реанимации именно в структуре психиатрических больниц (Авруцкий Г. Я., 1983; Цыганков Б. Д., 1983; Морковкин В. М., Кекелидзе З. И., 1987). Отдельные рекомендации лечить urgentные психические заболевания на специализированных койках соматических стационаров стали встречаться много реже (Гофман А. Г., Нижниченко Т. И., 1984) и объяснялись сложностью задач создания ППР, в частности, для сельских регионов. Отсутствие в психиатрических больницах организационных условий для специализированного лечения таких тяжелых состояний, как, на-

пример, ЗНС, вынуждало некоторых авторов рекомендовать проводить их лечение «в отделении интенсивной терапии ближайшей больницы» (Спивак Л. И. с соавт., 1988).

Когда большинством исследователей было достигнуто согласие по принципиальному вопросу – где лучше всего лечить urgentных психически больных, началась разработка конкретных деталей проблемы. В первую очередь, предстояло определить, для каких же категорий больных нужны ППР.

В ряде работ отражалось предварительное общее представление о контингенте больных такого типа. Поскольку условия для лечения даже обычных (не относящихся к критическим состояниям) острых психозов были далеки от совершенства, то возникали рекомендации создавать специализированные отделения для больных «с острыми проявлениями психозов», где можно было бы организовать хотя бы длительную инфузионную терапию, проводить ЭСТ и т. п. (Вовин Р. Я. с соавт., 1980). Укреплялось убеждение практических врачей в том, что в психиатрической больнице должно быть место, куда «направляются (или переводятся) наиболее тяжелые по своему соматопсихическому состоянию больные, требующие круглосуточного усиленного внимания и лечения» (Воронков Г. Л., Лисовенко В. И., 1984).

В других исследованиях предметом рассмотрения становятся отдельные нозологические составляющие потока поступающих в ППР больных. Один из первых опытов создания полифункционального психореанимационного подразделения (Рижская республиканская психоневрологическая больница, 1976 г.), показал, что поток поступающих в него больных представлен тяжелыми алкогольными и интоксикационными психозами, гипертоксической шизофренией, эпилептическим статусом, состояниями помраченного сознания неясного генеза, urgentными соматическими заболе-

ваниями у душевнобольных (Сочнева З. Г., Велмерс О. Л., 1980). Значительная часть авторов посвящала свои работы реаниматологической организации лечения тяжелых алкогольных психозов как наиболее актуальному виду ургентной психиатрической патологии (Индикт С. Г., 1979; Рябова Ф. В., Колычкова Т. А., 1983; Стрельчук И. В., 1983, 1983а; Романенко А. А., 1985). Рассматривались психореаниматологические аспекты лечения нарко- и токсикоманий (Семенова Т. Ю., Лифшиц В. Б., 1989; Педак А. А., 1998). Важное место заняла разработка лечения фебрильной шизофрении и злокачественного нейрорептического синдрома в ППР (Цыганков Б. Д., 1983, 1997, 1999).

Существенным моментом была разработка теоретических представлений об общих закономерностях формирования контингента больных психореанимационного профиля. Вводятся и конкретизируются понятия «неотложных» и «критических» состояний у психически больных (Морковкин В. М., Кекелидзе З. И., 1987).

Однако проблема создания полного и комплексного представления о структуре и закономерностях формирования контингента психореаниматологических больных, встречающегося в современной практике психиатрии, до сих пор не разрешена.

* * *

Вопрос об *организационных разновидностях* подразделений психореаниматологии (ППР) для лечения разных видов ургентной психиатрической патологии как специальная проблема не привлекал внимания исследователей. ППР получали произвольные наименования, их различия не изучались. Например, для лечения алкогольного делирия предлагались «наркологические центры» (Индикт С. Г., 1979) или «специально оборудованные палаты неотложной терапии, где можно обеспечить основные реанимационные мероприятия». Для лечения фебрильной шизофрении и ЗНС предла-

галось организовывать «палаты интенсивной терапии» (Цыганков Б. Д., 1988). Для лечения осложнений психиатрической терапии – «специализированные реанимационные отделения» (Исаханов П. М., Морковкин В. М., 1973). Для лечения разнообразной ургентной наркологической патологии – «центры» или «отделения наркологической детоксикации» (Лапицкий М. А., Рябова Е. А., 1995; Мельников В. Ф. с соавт., 1995). Терминологическая, а больше организационная неопределенность приводила к смешиванию понятий. Например, предлагалось организовывать «отделения интенсивной терапии» и «отделения с палатой интенсивной терапии» для лечения одних и тех же заболеваний (Энтин Г. М., Крылов Е. Н., 1994). Попытки серьезного анализа деятельности ППР, названного «палатой интенсивной терапии» (Сочнева З. Г., Велмерс О. Л., 1980), носили предварительный характер и завершены не были. До сих пор не проводились исследования, сравнивающие эффективность разных типов ППР. Нет систематики этих подразделений, четкого представления об отличиях их разных типов, о предпочтительности тех или иных вариантов ППР в разных ситуациях.

Видимо, поэтому отношение *официальных органов медицины* к вопросам организации ППР отличалось непоследовательностью, противоречивостью и отсутствием системного подхода. В течение 15 лет (1970 - 1985 гг.), несмотря на растущий практический и научный интерес к проблеме, наличие ППР вообще никакими нормативными документами в России не регламентировалось.

Впервые о таких подразделениях было упомянуто в приказе МЗ СССР №384-ДСП от 18.03.1986 г. об улучшении лечения наркоманий: он содержал в своем приложении указание на палаты интенсивной терапии, которые должны были входить в состав специализированных отделений для лечения наркоманий. Приказ МЗ СССР №225 от 21.03.1988 г. «О мерах по дальнейшему совершен-

ствованию психиатрической помощи» содержал Приложение 5 – «Положение о соматопсихиатрическом отделении», где было указано, что такое отделение должно среди прочих помещений иметь палату интенсивной терапии. Однако в дальнейшем, судя по приказу МЗиМП РФ №92 от 11.04.1995 г., соматопсихиатрические отделения и вместе с ними палаты интенсивной терапии вообще исчезли из перечня подразделений психиатрических больниц.

Первая попытка узаконить службу ПР была предпринята для наркологии под давлением захлестнувшей страну в начале 90-х гг. мощной волны ургентных наркологических заболеваний. Появился приказ МЗиМП РФ №256 от 29.11.1994 г. «Об организации отделений (палат) неотложной наркологической помощи». Этот документ имел ряд существенных недостатков: требование за 3 месяца подготовить несуществующих специалистов – наркологов-реаниматологов-токсикологов на несуществующих базах по несуществующим программам; 8-кратное превышение общепринятых в отделениях интенсивной терапии нагрузок на персонал; сомнительное в юридическом отношении совмещение в одних стенах вытрезвителя и острого психиатрического отделения, и мн. др. Но все же этот документ был признаком того, что Минздрав уделит внимание проблеме психореаниматологии. Попытка организации подразделений психореанимации в тот момент не нашла своего развития из-за отсутствия межведомственных согласований, финансирования, заинтересованности на местах. Через 3 года МЗ РФ пытается исправить положение, вновь издавая приказ на ту же тему (№287 от 29.09.97 «О мерах по совершенствованию наркологической помощи населению Российской Федерации»), где вновь руководителям здравоохранения регионов рекомендовалось за 1 год («до конца 1998 года») организовать отделения неотложной наркологической помощи, перепрофилировав стационарную наркологическую сеть.

Там же было упомянуто о необходимости специализации среднего медперсонала по неотложной наркологии. Другим документом, подтверждающим, наконец, законность существования ППР, явился приказ МЗиМП РФ №92 от 11.04.1995 г. «Об утверждении правил «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда»». В одноименном приложении к этому приказу в перечне лечебных отделений психиатрической больницы последним пунктом значится «реанимационное (блок интенсивной терапии)». Вместе с тем, ниже указано, что «каждое лечебное отделение должно иметь палаты... для интенсивной терапии». Об оборудовании этих палат отмечено лишь, что там «устанавливаются функциональные кровати». Поскольку никаких конкретных указаний (штаты, набор помещений, предназначение подразделений, аппаратура и т. п.) в официальных приказах не содержалось, то при организации отделений ПР на практике в качестве примерного ориентира приходилось пользоваться инструкциями для общесоматических отделений реанимации – приказом МЗ СССР №841 от 11.06.1986 г. «О дальнейшем совершенствовании анестезиолого-реанимационной помощи населению» и известной всем анестезиологам-реаниматологам монографией Ф. Р. Черняховского (1992).

На сегодняшний день в РФ сформированной сети ППР так и не сложилось, несмотря на наличие высокой потребности в койках этого профиля. Поэтому ППР любой специализации (например, центры наркологической детоксикации) начинают немедленно притягивать на себя все urgentные психиатрические заболевания с высоким летальным риском. В частности, организованный вне психиатрической больницы центр детоксикации в Ярославле вынужден кроме наркологических urgentных состояний лечить фебрильную шизофрению, ЗНС, критические соматические состояния у душевнобольных, разнообразные острые отравления (Хох-

лов Л. К. с соавт., 1997). В других регионах, где ППР появляется в структуре психиатрической больницы, психиатрической службе порой приходится брать на себя лечение многих несвойственных психиатрии заболеваний, например, больных с острыми отравлениями суррогатами алкоголя (Платонов Г. Г., 1997).

Отсутствие психореаниматологии в официальном перечне медицинских специальностей ведет к отсутствию специальных программ и мест для обучения врачей и средних медработников этому разделу медицины. Медработники ППР вынуждены стихийно приобретать отрывочные знания по отдельным методикам лечения, «двойную специализацию по психиатрии и реаниматологии» (Косенко В. Г. с соавт., 1997).

Проблема организации ППР отражена и в работах зарубежных авторов, хотя в значительно меньшей мере, чем в отечественной литературе. Среди иностранных изданий, посвященных ургентной психиатрии, теме ПР и организации соответствующих подразделений посвящалось в отдельные годы всего лишь от 0,3% до 1% публикаций. Возможные причины этого – меньшая распространенность в западных странах тяжелых алкогольных психозов, крен в сторону социальной и пограничной психиатрии, акцент на проблемах деинституционализации (Asioli F., Grassi G., 1992), а также упомянутая выше тенденция стационарировать душевнобольных в общесоматические лечебные учреждения. Тем не менее, подходы зарубежных авторов к проблемам организации ППР во многом сходны с отечественными. Там, где есть подобные подразделения (например, в Португалии), контингент поступающих в них больных представлен пациентами с суицидальными попытками, «психиатрическими симптомами» (возбуждение, депрессия, помрачение сознания, ажитация) и абстиненциями (Cardoso G., 1995).

2.3. ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

ОБ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Интенсивная терапия эндогенных психозов прежде (отдельными авторами – и теперь) понималась в узком смысле этого слова – как интенсивная психофармакотерапия эндогенных заболеваний: быстрая нейролептизация, инфузионное введение психотропных средств, одномоментные отмены препаратов (Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1978; Вовин Р. Я. с соавт., 1980; Скорик А. И., 1980; Magyar I. et al., 1988; Loretto L. et al., 1995). В это понятие включались также 3 основных метода нефармакогенной терапии – ЭСТ, инсулинокоматозная и атропинокоматозная терапия. Применение термина «интенсивная терапия» в этот период имело скорей эмоциональные, чем патофизиологические причины: применялись большие дозы лекарств, капельницы; у больных вызывались с лечебной целью комы, судорожные припадки.

При острых экзогенных психозах в качестве «интенсивной терапии» 1,5 - 2 десятилетия назад применялись в лучшем случае инфузии, составленные «по схемам» из общих соображений (Агарков А. П. с соавт., 1983; Поляченко А. Б., Воронков Г. Л., 1988).

На сегодняшний день благодаря мультидисциплинарному подходу к изучению и терапии ургентных заболеваний мозга, лежащих в основе многих острых психозов (в том числе, и эндогенных), сложилось принципиально иное понимание «интенсивной терапии» острых психотических состояний. Выделяются ведущие синдромы, патогенетически обуславливающие поражение мозга: несоответствие доставки кислорода к мозгу и его потребления; нарушение микроциркуляции и мозгового кровотока; повреждение клеточных мембран; избыток нейромедиаторов; ацидоз ткани мозга; избыток свободных кислородных радикалов в ткани мозга – и осуществляется их целенаправленное лечение (Николаенко Э. М.,

1994). Проводится дифференцированная терапия отека и набухания головного мозга – неизбежных спутников большинства тяжелых заболеваний мозга (Городник Г. А., Ахламова Ю. И., 1989; Новикова Р. И. с соавт., 1988; 1990). В соответствии с современными общемедицинскими представлениями производится посиндромная оценка нарушений соматического состояния тяжелобольных и целенаправленная их коррекция (Рябов Г. А., 1994; Кекелидзе З. И., Чехонин В. П., 1997).

Развитие представлений о механизмах патогенеза психических заболеваний не обошло стороной и «малую» психиатрию. Выявленные при затяжных резистентных пограничных состояниях материальные субстраты болезни – активизация процессов перекисного окисления липидов, нарушения энергетического обмена головного мозга, снижение скорости мозгового кровотока, патологические процессы в оболочках головного мозга – легли в основу разработки эффективных и патогенетически оправданных методов интенсивной терапии таких больных (Боев И. В., Цыганков Б. Д., 1990).

Таким образом, термин «интенсивная терапия» в современной психиатрии приобретает новое значение. Ее синонимами могли бы быть «осмысленная» или «адекватная» терапия. В основе такой терапии лежит понимание патологических процессов, происходящих в больном организме, и умелое воздействие на них. Несомненная роль в вооружении психиатра таким пониманием и умениями принадлежит науке ургентных состояний – анестезиологии-реаниматологии. На этом пути усматриваются большие возможности для продуктивного сближения психиатрии с общей медициной.

3. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 3129 больных, лечившихся в подразделениях психореаниматологии (ППР) в 1984 - 1998 гг. Из общего числа больных 2065 относилось к группе «экстренных» и 1064 – к группе «плановых» больных. Под «экстренными» подразумевались психиатрические пациенты, помещавшиеся в ППР в связи с urgentными психотическими состояниями и неотложными соматоневрологическими заболеваниями. «Плановые» – психически больные без признаков ургентности и тяжести состояния, которые направлялись в ППР для проведения специальных видов терапии, требующих анестезиолого-реаниматологического обеспечения.

Экстренные больные представлены 1733 мужчинами (83,9%) и 332 женщинами (16,1%).

В зависимости от решавшихся конкретных задач исследования, в разные его разделы включались отобранные по определенным правилам части массива данных. Количественная характеристика исследованного клинического материала представлена в Таблице 1 (см. следующую страницу).

Таблица 1

**ЧИСЛЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ, ИЗУЧАВШИХСЯ
В РАЗНЫХ РАЗДЕЛАХ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Раздел исследования	Кол-во больных		Примечание: вид ППР, годы
	экстр.	план.	
Соотношение экстренных и плановых больных	2065	1064	БИТ и ОРИТ: 1984-1998
Распределение экстренных больных по полу	2065	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1998
Сравнение работы БИТ и ОРИТ	1980	900	БИТ: 1984-1990; ОРИТ: 1992-1998
Изучение периода постреанимационной реабилитации	1844	–	БИТ: 1984-1990; ОРИТ: 1992-1998
Сравнение летальности в БИТ и ОРИТ	1914	373	БИТ: 1984-1990; ОРИТ: 1992-1998
Сезонность поступлений в ППР экстренных больных	1364	–	ОРИТ: 1991-1997
Возрастной состав экстренных больных ППР	1687	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1997
Пути поступления и выбытия из ППР экстренных больных	2065	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1998
Анализ психических заболеваний как причин экстренных поступлений в ППР	1602	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1997
Общий анализ причин поступления экстренных больных в ППР	1687	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1997
Анализ соматических заболеваний как причин экстренных поступлений в ППР	431	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1997
Анализ спектра соматических заболеваний среди экстренных больных ППР	1687	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1997
Анализ клинических особенностей острых алкогольных психозов	1043	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1997
Анализ потребности стационара в видах интенсивного лечения для плановых больных	–	763	БИТ и ОРИТ: 1984-1998
Анализ потребности экстренных больных ППР в видах лечения	1943	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1998
Анализ результатов лечения экстренных больных	2065	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1998
Методика прогнозирования основных показателей ППР	1655	661	ОРИТ: 1992-1998
Анализ причин смерти экстренных больных ППР	108	–	БИТ и ОРИТ: 1984-1998

Главными принципами отбора были достаточная клиническая и статистическая репрезентативность выборок. В частности, в ряде случаев при достаточном уровне статистической достоверности полученных результатов в анализ не включались данные за 1998 г. Правила отбора в других случаях прокомментированы в конкретных разделах исследования.

База, на которой были развернуты исследуемые ППР, является стационаром Московской областной психиатрической больницы №23 (МОПБ №23), г. Наро-Фоминск Московской области. Стационар находится в сельской местности, в 18 км от райцентра и в 20 км от районного соматического медицинского комплекса. Стационар рассчитан на 400 коек, в его составе – по 2 женских и мужских общепсихиатрических отделения, 1 соматопсихиатрическое, 1 военно-экспертное, 1 отделение (впоследствии – койки в составе отделения) для лечения нарко- и токсикоманий. Население региона обслуживания смешанное (городское и сельское в соотношении 3:2), всего около 440 тыс. человек. Из них население, для которого больница является скорпомощным психиатрическим стационаром (Наро-Фоминский район Московской области), составляет около 170 тыс. чел. За время исследования эти условия не изменялись.

Для исследования двух типов ППР психиатрической больницы было выбрано два 7-летних отрезка времени: 1984 - 1990 гг. – изучение работы 6-коечного блока интенсивной терапии (БИТ); 1992 - 1998 гг. – изучение работы 6-коечного отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Переходный 1991 г. из исследования был исключен как непоказательный. Принятые в исследовании отличия БИТ и ОРИТ представлены в Таблице 2 (см. следующую страницу).

Таблица 2

ОТЛИЧИЯ БИТ И ОРИТ

Отличительный признак	БИТ	ОРИТ
Статус подразделения	больничная структура при общепсихиатрическом отделении	самостоятельное подразделение больницы
Руководитель	«ответственный врач»	зав. отделением
Штат и режим работы реаниматологов	только днем, 6 дней в неделю; 1 ставка	круглосуточно, ежедневно; 4,5 ставок
Работа и штат экспресс-лаборатории	в сокращенном объеме, только днем, по будням; 1 ставка	в полном объеме, круглосуточно, ежедневно; 7,5 ставок
Старшая медсестра	нет	есть
Сестринский пост	один пост на 6 коек	один пост на 3 койки
Сестра-хозяйка	нет	есть
Время работы в году	10 месяцев*	12 месяцев
План к/дней	нет	есть

Лечение экстренных больных проводилось по алгоритмам по-синдромной интенсивной терапии, принятым в анестезиологии-реаниматологии. Применялись методы коррекции водно-электролитного и кислотно-щелочного обмена, гемодинамики, микроциркуляции, реологии и свертывающей системы крови; комплексное лечение отека мозга; искусственная вентиляция легких (через маску, интубационную трубку или трахеостому); длительная инфузионная терапия (через периферические или центральные ве-

*Одномоментный отпуск персонала в связи с отпуском единственного врача-реаниматолога

нозные катетеры); неингаляционный наркоз в различных модификациях.

Из специальных методов лечения использовались: форсированная инсулинокоматозная терапия (ФИКТ), электросудорожная терапия (ЭСТ), внутривенное лазерное облучение крови (ЛОК), экстракорпоральная гемосорбция, экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (ЭУФОК), краниocereбральная гипотермия (КЦГ), электрохимическая детоксикация (ЭДО). Эти виды лечения применялись в соответствии с общепринятыми методиками:

- ФИКТ – Авруцкий Г. Я. с соавт., 1984; Форсированный метод инсулино-коматозной терапии психически больных (Методические рекомендации), 1986; Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1988;
- ЭСТ – Инструкция по применению электросудорожной терапии (ЭСТ), 1979; Применение электросудорожной терапии в психиатрической практике (методические рекомендации МЗ СССР), 1989; Swartz С. М., Abrams R., 1996;
- ЛОК – Авруцкий М. Я. с соавт., 1991; Картелишев А. В. с соавт., 1995;
- ЭУФОК – Кекелидзе З. И. с соавт., 1993; Гольдфарб Ю. С., 1995;
- КЦГ – Мурский Л. И., 1975; Таранская А. Д., Кондратьев А. А., 1982а.
- ЭДО – Нельсон А. И., 1994; Федоровский Н. М., 1995.

Подбор специальных лечебных методик для ППР производился по признакам их высокой эффективности и универсальности (применимость не только для плановых, но и для экстренных больных).

Для диагностики использовались:

а) психиатрические методы (изучение анамнеза, клиническое наблюдение, клиническая беседа, круглосуточный мониторинг психического состояния);

б) клинические методы соматической медицины (физикальное соматическое и неврологическое обследование);

в) круглосуточный аппаратный мониторинг параметров жизнедеятельности – частоты и ритма сердечных сокращений, насыщения гемоглобина кислородом, частоты дыхания, температуры тела, ЦВД и др.;

г) комплекс лабораторных исследований – клинические и биохимические исследования крови и мочи, ликворологические исследования, определение электролитного, кислотно-щелочного и газового состава крови, осмолярности, вязкости, гематокрита, сахара, параметров свертываемости, групповой и резус-принадлежности крови;

д) параклинические методы – ЭКГ, ЭхоЭГ, рентгенологические исследования;

е) визуализационные методы – у части больных применялась КТ и пневмоэнцефалография;

ж) помощь внешних консультантов – окулиста, ЛОР, невропатолога, инфекциониста, кардиолога, токсиколога, терапевта, гинеколога, травматолога, уролога и других узких специалистов.

Для оценки и сравнения результатов лечения экстренных больных использовались 4 критерия: исходы заболеваний, скорость устранения ведущей психопатологической симптоматики, длительность интенсивной терапии и длительность пребывания в ППР. Правила применения этих критериев были следующими.

1. Исходы заболеваний у экстренных больных определялись как процентное отношение больных с тем или иным исходом ко

всем поступившим в ППР, и отдельно – к поступившим с данной патологией.

2. Скорость устранения ведущей психопатологической симптоматики определялась с помощью непрерывного круглосуточного мониторинга психического состояния пациентов. Оценка психического статуса больных производилась методом клинического психиатрического исследования и выполнялась врачами-психиатрами и специально обученным средним медицинским персоналом ППР. Данные мониторинга ежечасно заносились в лист интенсивной терапии и позволяли в дальнейшем вычислить вышеупомянутый показатель с точностью до 1 часа. В основном этот критерий применялся при оценке острых алкогольных психозов, т. к. они имеют наиболее отчетливые клинические признаки своего завершения.

3. Для вычисления длительности интенсивной терапии были приняты следующие соглашения. Мероприятиями интенсивной терапии считались такие методы, как инфузионная терапия, ИВЛ, гемосорбция, краниocereбральная гипотермия, внутрисосудистое лазерное облучение крови, экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови, непрямая электрохимическая детоксикация и оперативные пособия. Время начала и окончания применения каждого из этих методов заносилось в лист интенсивной терапии. Общей длительностью интенсивной терапии считался период от начала применения первого метода до окончания последнего. Общая длительность интенсивной терапии вычислялась с точностью до получаса.

4. Длительность пребывания экстренного пациента в ППР определялась в соответствии с правилами, принятыми в реаниматологии (Черняховский Ф. Р., 1992) – день поступления и выбытия за-

считывались каждый за 1 сутки. Период пребывания, меньший чем 1 сутки, засчитывался за 1 сутки.

При исследованиях, связанных с лечением в ППР плановых больных, учитывались виды лечения, количество сеансов, осложнения.

Специальное оборудование, применявшееся для интенсивной терапии, представлено в Таблице 3.

Таблица 3

**СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ДЛЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Вид интенсивной терапии	Применявшееся оборудование
Искусственная вентиляция легких	«РО-6Н», «Фаза-5»
Экстракорпоральная гемосорбция	«АКСТ-01», сорбенты «СКН»
Краниocereбральная гипотермия	«ГТЦВ Флюидокраниотерм»
Лазерное облучение крови	«ЛТМ-01»
Ультрафиолетовое облучение крови	«ЭУФОК»
Непрямая электрохимическая детоксикация	«ЭДО-3М»
Форсированная инсулинокоматозная терапия	Дозатор лекарственных веществ «ДЛВ»
Электросудорожная терапия	Конвульсатор «Эликон-01»

Полученные результаты обрабатывались математически.

Для обеспечения данного исследования и научной обработки массива данных были созданы оригинальные компьютерные программы – СУБД «Эпикриз» и «Фильтр». Математическая разработка этих программ осуществлена И. Н. Лозинским, руководителем группы компьютерного обеспечения ОПКДЦ. На отдельных этапах математическая обработка материала проводилась с помощью пакета Microsoft Excel для Windows 95, версия 7.0a, ©1985-1996, Microsoft Corporation.

Стандартные показатели работы подразделений вычислялись по общепринятым формулам медицинской статистики (Лакин Г. Ф., 1973; Венчиков А. И., Венчиков В. А., 1974; Журавлева К. И., 1981;).

4. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Разработанная в настоящем исследовании клинико-организационная модель подразделений интенсивной терапии и реанимации в структуре психиатрических больниц имеет, согласно теории моделирования сложных систем (Дж. фон Нейман, А. Н. Колмогоров), два основных компонента: «*объект*» лечебно-диагностического воздействия (пациенты) и «*система*» для воздействия на этот объект (ППР). В диссертации изучены закономерности структуры, функций, динамики, внутренних и внешних взаимоотношений обоих компонентов.

А. «*Объект*». Детальная характеристика контингента больных психореаниматологического профиля представлена в разделе 4.2.

Б. «*Система*». Результаты изучения закономерностей функционирования ППР представлены в разделах 4.1, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6 и 4.7.

В. Общие характеристики «объекта» и «системы», а также общий взгляд на клинико-организационную модель ППР представлены в разделе 4.8.

4.1. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДВУХ ВАРИАНТОВ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ППР – БЛОКА (БИТ) И ОТДЕЛЕНИЯ (ОРИТ) ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Как указывалось выше, БИТ в момент своего открытия (1984 г.) не имел официально регламентированных правил устройства, и являлся, по сути, экспериментальным подразделением психиатрической больницы. За 7 лет его существования выяснились ограничения возможностей, связанные с особенностями данного организационного типа ППР. Последующее расширение БИТ до рамок отделения (ОРИТ) отразило объективные потребности психиатрической больницы в большем объеме и качестве психореаниматологической помощи больным.

Переход от организационной структуры «БИТ» к структуре «ОРИТ» изменил основные параметры работы подразделения, что подтверждается анализом основных годовых результатов деятельности того и другого ППР. Из множества сведений, характеризующих работу ППР, для анализа были отобраны данные, отражающие пропускную способность и нагрузку ППР, а также летальность. Для более адекватного изучения уровня летальности в анализ были включены только те экстренные и плановые больные, состояние которых или применяемые методики лечения характеризовались значимым летальным риском.

Фактические данные представлены в Таблице 4.

Таблица 4

**СВОДНАЯ ТАБЛИЦА
ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ БИТ/ОРИТ В 1984-1998 гг.**

Показатель	Б И Т							О Р И Т						
	г о д ы													
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Число поступивших экстренных больных, чел.	59	64	23	30	30	42	77	138	211	309	234	271	236	256
Проведено экстренными больными за год к/дней	181	146	98	87	99	208	472	560	750	1484	1087	1747	1959	1885
Пролечено за год плановых больных, чел.	21	27	29	24	21	57	60	109	124	98	116	116	51	47
Средняя длительность лечения экстренного больного, дней	3	2,3	4,5	2,9	3,3	5	3,3	4	3,6	4,8	4,6	6,4	8,3	7,3
Среднее ежедневное число больных, чел.	1,6	1,4	1,9	1	1,3	2,5	3,1	4,4	4,5	6,0	5,8	7,8	6,8	6,3
Пролечено плановых и экстренных больных, соответствующих критериям изучения летальности, чел.	80	91	42	42	39	76	91	164	264	344	256	292	243	263
Летальность, %	1,3	4,4	2,4	7,1	7,7	7,9	12,1	1,8	3,4	6,1	6,3	4,5	3,7	1,9

Ниже приведен перечень и условные обозначения фактических данных из Таблицы 4, которые использовались как исходный материал для статистической обработки.

БИТ:

1. a – число поступивших в БИТ экстренных больных за год, чел.
2. b – число койко-дней, проведенных в БИТ экстренными больными за год, к/дней
3. c – число пролеченных в БИТ плановых больных за год, чел.
4. d – средняя в году длительность лечения в БИТ одного экстренного больного, дней
5. e – ежедневная в году загрузка БИТ экстренными + плановыми больными, чел.
6. a_f – сумма пролеченных в БИТ за год плановых и экстренных больных, у которых состояние или применявшиеся методики лечения соответствовали критерию значимого летального риска, чел.
7. f – годовая летальность в БИТ, вычисленная как отношение числа умерших в году к сумме пролеченных за год плановых и экстренных больных, у которых состояние или применявшиеся методики лечения соответствовали критерию значимого летального риска, %

ОРИТ:

1. A – число поступивших в ОРИТ экстренных больных за год, чел.
2. B – число койко-дней, проведенных в ОРИТ экстренными больными за год, к/дней
3. C – число пролеченных в ОРИТ плановых больных за год, чел.
4. D – средняя в году длительность лечения в ОРИТ одного экстренного больного, дней
5. E – ежедневная в году загрузка ОРИТ экстренными + плановыми больными, чел.

6. A_F – сумма пролеченных в ОРИТ за год плановых и экстренных больных, у которых состояние или применявшиеся методики лечения соответствовали критерию значимого летального риска, чел.
7. F – годовая летальность в ОРИТ, вычисленная как отношение числа умерших в году к сумме пролеченных за год плановых и экстренных больных, у которых состояние или применявшиеся методики лечения соответствовали критерию значимого летального риска, %

Кроме того, обозначены:

1. N – число лет в рассматриваемом периоде (в данном случае 7)
2. M – число дней в году (принято за 365 для БИТ и ОРИТ. 10-месячная в году работа БИТ являлась неотъемлемой характеристикой данного типа ППР, ограничивающей его пропускную способность в течение года. Поэтому дни, когда БИТ не работал, приняты за дни с нулевым поступлением и присутствием больных)

На основании этих данных путем математической обработки были определены производные величины. Их условные обозначения и способы вычисления приведены ниже.

1. $\bar{g}$ – средняя в рассматриваемом периоде ежедневная загрузка БИТ экстренными больными, чел.:

$$\bar{g} = \sum_{i=1}^N b_i / (N \times M)$$

2. $\overline{G}$ – средняя в рассматриваемом периоде ежедневная нагрузка ОРИТ экстренными больными, чел.:

$$\overline{G} = \sum_{i=1}^N B_i / (N \times M)$$

3. $\overline{h}$ – среднее в рассматриваемом периоде число поступивших в БИТ экстренных больных за день, чел.:

$$\overline{h} = \sum_{i=1}^N a_i / (N \times M)$$

4. $\overline{H}$ – среднее в рассматриваемом периоде число поступивших в ОРИТ экстренных больных за день, чел.:

$$\overline{H} = \sum_{i=1}^N A_i / (N \times M)$$

5. $\overline{k}$ – средняя в рассматриваемом периоде ежедневная нагрузка БИТ экстренными + плановыми больными, чел.:

$$\overline{k} = \sum_{i=1}^N e_i / N$$

6. $\overline{K}$ – средняя в рассматриваемом периоде ежедневная нагрузка ОРИТ экстренными + плановыми больными, чел.:

$$\overline{K} = \sum_{i=1}^N E_i / N$$

7. $\overline{l}$ – средняя в рассматриваемом периоде ежедневная нагрузка БИТ плановыми больными, чел.:

$$\overline{l} = \overline{k} - \overline{g}$$

8. $\overline{L}$ – средняя в рассматриваемом периоде ежедневная нагрузка ОРИТ плановыми больными, чел.:

$$\overline{L} = \overline{K} - \overline{G}$$

9. $\bar{a}$ – среднее в рассматриваемом периоде число поступивших в БИТ экстренных больных за год, чел.:

$$\bar{a} = \sum_{i=1}^N a_i / N$$

10. $\bar{A}$ – среднее в рассматриваемом периоде число поступивших в ОРИТ экстренных больных за год, чел.:

$$\bar{A} = \sum_{i=1}^N A_i / N$$

11. $\bar{c}$ – среднее в рассматриваемом периоде число пролеченных в БИТ плановых больных за год, чел.:

$$\bar{c} = \sum_{i=1}^N c_i / N$$

12. $\bar{C}$ – среднее в рассматриваемом периоде число пролеченных в ОРИТ плановых больных за год, чел.:

$$\bar{C} = \sum_{i=1}^N C_i / N$$

13. $\bar{d}$ – средневзвешенная в рассматриваемом периоде длительность лечения одного экстренного больного в БИТ, дней:

$$\bar{d} = \sum_{i=1}^N b_i / \sum_{i=1}^N a_i$$

14. $\bar{D}$ – средневзвешенная в рассматриваемом периоде длительность лечения одного экстренного больного в ОРИТ, дней:

$$\bar{D} = \sum_{i=1}^N B_i / \sum_{i=1}^N A_i$$

15. $\bar{p}$ – средняя в рассматриваемом периоде длительность лечения в БИТ одного планового больного, дней:

$$\bar{p} = (\bar{l} / \bar{c}) \times M$$

16. $\bar{P}$ – средняя в рассматриваемом периоде длительность лечения в ОРИТ одного планового больного, дней:

$$\bar{P} = (\bar{L} / \bar{C}) \times M$$

17. $\bar{f}$ – средневзвешенная в рассматриваемом периоде годовая летальность в БИТ, %:

$$\bar{f} = \frac{\sum_{i=1}^N (a_{f_i} \times f_i)}{\sum_{i=1}^N a_{f_i}}$$

18. $\bar{F}$ – средневзвешенная в рассматриваемом периоде годовая летальность в ОРИТ, %:

$$\bar{F} = \frac{\sum_{i=1}^N (A_{F_i} \times F_i)}{\sum_{i=1}^N A_{F_i}}$$

Результаты вычислений приведены в Таблице 5 (см. следующую страницу).

Таблица 5

**СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ
БИТ (1984-1990) и ОРИТ (1992-1998)**

Показатель	БИТ	ОРИТ	Отношение ОРИТ/БИТ
Ежедневная загрузка экстренными больными, чел.	0,5	3,7	7,4
Ежедневная загрузка плановыми больными, чел.	1,3	2,2	1,7
Ежедневная загрузка экстренными + плановыми больными, чел.	1,8	5,9	3,3
Отношение дневной загрузки экстренные/плановые	0,4	1,7	4,3
Число поступивших экстренных больных в день, чел.	0,127	0,65	5,1
Число поступивших экстренных больных в год, чел.	46,43	236,4	5,1
Число пролеченных плановых больных в год, чел.	34,1	94,4	2,8
Длительность лечения экстренного больного, дней	3,97	5,72	1,44
Длительность лечения планового больного, дней	13,9	8,5	0,6
Летальность, %	6,3	4,17	0,66

Приведенные в Таблице 5 различия показателей работы БИТ и ОРИТ статистически достоверны с уровнем доверительной вероятности $P > 95\%$ (критерий T Уайта – Лакин Г. Ф., 1973).

Анализируя данные Таблицы 5, можно отметить следующее.

Как и следовало ожидать, лечебный уровень оказался существенно выше в ОРИТ по сравнению с БИТ. Однако увеличение возможностей не одинаково отразилось на разных разделах работы.

Максимальный прирост пропускной способности ППР (по разным показателям – от 5,1 до 7,4 раз) был достигнут в отношении экстренных больных. Можно считать, что с преобразованием БИТ в ОРИТ полностью была удовлетворена потребность данного лечебного учреждения в оказании специализированной помощи ургентным больным.

В несколько меньшей степени – приблизительно в 3 раза – возросло количество пролеченных плановых больных. Однако это увеличение было лимитировано не возможностями ОРИТ, а потребностями стационара. Полученные данные о соотношении плановой и экстренной составляющих потока больных БИТ и ОРИТ позволяют прийти к выводу, что БИТ в значительной степени сориентирован на работу с плановыми больными, тогда как ОРИТ является универсальной структурой для лечения плановых и экстренных больных.

Суммарная загрузка экстренными и плановыми больными в ОРИТ стала практически 100%-ной (ежедневная занятость 5,9 из 6 коек). Это свидетельствовало об избыточности потока больных в сравнении с пропускной способностью, т. к. по правилам организации реаниматологических отделений предполагается наличие приблизительно 25%-ного резерва коечного фонда на случай внезапных пиковых нагрузок.

Длительность лечения экстренных больных в ОРИТ увеличилась в 1,6 раза в сравнении с БИТ, что, по-видимому, объясняется следующими причинами:

- утяжелением ургентных психических заболеваний в период, когда исследовалась работа ОРИТ (Гофман А. Г., Шамо-

та А. З., 1995);

- необходимостью выполнения в ОРИТ «плана койко-дней» (в БИТ такого требования не было);
- появлением в ОРИТ реальной возможности долечивания пациентов, перенесших urgentные состояния, до более продвинутых этапов реконвалесценции – начального периода реабилитации (тогда как основной задачей БИТ являлось устранение непосредственной угрозы жизни пациента, после чего сразу следовал перевод в общепсихиатрическое отделение). Значительная часть пациентов переводилась из БИТ еще в «переходном» состоянии, когда интенсивная терапия была уже не нужна, а физические и психические возможности больного были еще недостаточно восстановлены для пребывания в общем отделении. Это в 7% случаев приводило к возврату пациентов в БИТ. ОРИТ оказалось в большей мере, чем БИТ, приспособлено к проведению начальных этапов постреанимационной реабилитации. Выявленная разница между временем, пока пациент нуждается в интенсивной терапии, и длительностью его пребывания в ППР указывает на необходимость специализированного подразделения постреанимационной реабилитации, промежуточного между реанимационным и общепсихиатрическим этапами лечения.

Таким образом, повышение пропускной способности ППР возможно при отмене «плана койко-дней» и организации подразделения или коек постреанимационной реабилитации.

Длительность лечения планового больного в ОРИТ по сравнению с БИТ уменьшилась в 1,6 раза. Причина этого лежит в расширенных возможностях ОРИТ. В нем впервые появились условия для применения более сложных и эффективных методик (например, гемосорбция, ультрафиолетовое облучение крови), а также для

интенсификации терапии плановых больных (например, для параллельного применения нескольких методов интенсивной терапии, или проведения, при наличии показаний, лечебных сеансов с частотой более 1 раза в сутки).

Существенное (в полтора раза) снижение летальности в ОРИТ в сравнении с БИТ объясняется всем комплексом организационных и медицинских преимуществ ОРИТ. Качественные характеристики летальности свидетельствуют о том, что в ОРИТ по сравнению с БИТ значительно меньше процент «быстрых смертей». Анализ показал, что из 29 умерших в БИТ пациентов у 7 (24,1%) летальный исход наступил в период до суток. В ОРИТ «досуточная смерть» отмечена лишь у 4 из 79 умерших (5%). Это почти пятикратное различие статистически достоверно ($p < 0,01$). Практически каждому летальному случаю в ОРИТ предшествует длительный этап борьбы за жизнь пациента; лечебный уровень БИТ не предусматривает таких возможностей.

Совокупный показатель летальности использовался как индикатор качества работы ППР в целом. Более подробно вопросы летальности изложены ниже, в разделе 4.5.

* * *

Один из специфических для ППР показателей лечебной активности — количество наркозов. В ППР применялись наркозы 4 типов (все неингаляционные): пролонгированный экстренный (лечение синдромов психических расстройств при острых психозах); пролонгированный плановый (при некоторых видах лечения у плановых больных, напр., глубокая КЦГ); кратковременный экстренный (напр., при люмбальной пункции или катетеризации сосудов у возбужденных больных) и кратковременный плановый (при ЭСТ у

плановых больных). Среднегодовое количество наркозов в БИТ оказалось $79,6 \pm 70,5$; в ОРИТ $504,9 \pm 43,5$. Использование критерия *T* Уайта при сравнении этих величин показало, что интенсивность анестезиологической работы в ОРИТ выше, чем в БИТ не менее чем в 3 раза (с учетом доверительных интервалов – доверительная вероятность $P > 95\%$).

* * *

Данное исследование показало, что большинство пациентов, перенесших ургентное психическое заболевание, по миновании острейшего периода переживает ряд переходных синдромов (таких как тяжелая астения, «острая ступидность», корсаковоподобные дисмнестические состояния) длительностью от нескольких дней до недель. В этом периоде больные, хотя и не нуждаются уже в мероприятиях интенсивной терапии (длительные инфузии, ИВЛ и пр.), но остаются беспомощными физически и психически, требуют ухода и присмотра со стороны персонала, помощи в восстановлении навыков самообслуживания, дозированном расширении двигательного режима. Все эти задачи выходят за рамки ППР, но, в то же время, не предусмотрены и условиями общепсихиатрических отделений. За неимением специализированных реабилитационных коек приходилось долечивать пациентов с рассматриваемыми состояниями в ППР.

Для выяснения вопроса, какая часть времени из проведенного больным в ППР уходила на постреанимационную реабилитацию, сопоставлялась длительность интенсивной терапии больных и длительность их пребывания в ППР. Разница этих двух величин расценивалась как время, затраченное на реабилитационные задачи. Результаты этого исследования представлены в Таблице 6.

Таблица 6

**СРОКИ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
В УСЛОВИЯХ БИТ И ОРИТ**

Показатель	БИТ 1984-1990, <i>n</i> = 309	ОРИТ 1992-1998, <i>n</i> = 1535
Средняя длительность интенсивной терапии, сут.	2,3	3,2
Средняя длительность пребывания в ППР, сут.	4,2	6,2
Средняя длительность постреанимационного периода в ППР, сут.	1,9	3,0

Данные Таблицы 6 показывают, что постреанимационный период в обоих типах ППР занимает почти половину времени пребывания пациента. Вместе с тем, ОРИТ имеет больше возможностей для постреанимационного долечивания: после окончания интенсивной терапии больные содержались в ОРИТ дольше, чем в БИТ, на 1 сутки (что для рассматриваемых состояний – немаловажный срок). Но лучше, на наш взгляд, все же не возлагать на ППР несвойственные ему задачи. При планировании службы ПР в больнице целесообразно сразу намечать койки для постреанимационной реабилитации в таком же количестве, как и для ППР. Это поможет увеличить пропускную способность ППР. Заменяя часть дорогостоящих реанимационных коек более дешевыми реабилитационными, можно рассчитывать и на экономический выигрыш.

4.2. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ ПСИХОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Исходя из задач, поставленных перед ППР при их организации в структуре психиатрической больницы, совокупность поступающих пациентов была представлена экстренными и плановыми больными. Специфика этих составляющих настолько велика, что их целесообразно рассматривать отдельно.

4.2.1. Анализ контингента экстренных больных

Основными клиническими причинами помещения экстренных больных в ППР были:

- 1) ургентные психические заболевания с высоким летальным риском за счет тяжелого поражения ЦНС и грубых нарушений гомеостаза (тяжелые алкогольные психозы, фебрильная шизофрения, ЗНС, острые соматогенные и органические психозы);
- 2) ургентные психические заболевания с высоким летальным риском за счет тяжелых и опасных психотических поведенческих расстройств, обусловленных основным синдромом;
- 3) ургентные соматические и неврологические заболевания у больных психиатрического стационара – состояния с высоким летальным риском и признаками нетранспортабельности.

Если причины формирования первой и третьей из перечисленных групп показаний очевидны, то вторая группа заслуживает некоторых комментариев. На примере больных шизофренией проведено исследование угрожающего жизни поведения. Выявлено 3 основных психопатологических синдрома, обуславливающих такое поведение – депрессивный, кататонический и онейроидный, а также 3 основных типа опасного для жизни больного поведения –

стремление к самоповреждению, стремление к самоубийству и отказ от пищи. Депрессивному синдрому оказался присущ тропизм ко всем 3 видам опасного поведения. Отказ от пищи оказался наиболее опасен для жизни при кататоническом синдроме.

Основаниями к помещению в ППР больных с такими особенностями поведения была крайне острая выраженность психопатологической симптоматики, не оставлявшая времени на ожидание эффекта от психофармакотерапии; или – появление соматических последствий от такого поведения (например, обезвоживание вследствие отказа от пищи и воды).

Ниже приводится клинический пример такого ургентного состояния, связанного с brutальным стремлением больного к нанесению себе серьезных самоповреждений. Из текста истории болезни станет ясной причина отнесения больных такого рода к категории психореаниматологических.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №402/111. Больной Б. Ю. И., 52 лет, житель Наро-Фоминского р-на Московской области, инвалид 2-й группы по психическому заболеванию. Находился в МОПБ №23 с 7.12.1987 г. по 26.04.1989 г.

ДИАГНОЗ

Основное заболевание: Шизофрения (на фоне церебрального атеросклероза), приступообразно-прогредиентное течение с биполярными аффективно-бредовыми приступами и медленно нарастающим эмоционально-волевым дефектом; состояние после суицидальной попытки.

Сопутствующие: Остеомиелит большого вертела правой подвздошной кости. Хронический гепатит в исходе болезни Боткина. Правосторонний адгезивный отит. Состояние после ламинэктомии 4-5-го поясничных позвонков по поводу грыжи дисков. Хронический гастрит.

ИЗ АНАМНЕЗА

Страдает психическим заболеванием с 16 лет. Неоднократно лечился в психиатрических больницах по поводу обострений шизофрении, проявлявшихся аффективно-бредовыми синдромами (нередко – с алло- и аутоаг-

рессивными действиями). Темп нарастания дефицитарной симптоматики невысок; лишь на 23-м году болезни сформировались признаки инвалидности. В последние годы отмечается тенденция к укорочению ремиссий; поведенческие расстройства в периоды обострений принимают более brutальный характер (что, возможно, связано с нарастающей цереброваскулярной недостаточностью и присоединением серьезных соматических заболеваний). После последней выписки пробыл дома лишь 2 месяца, после чего психическое состояние вновь ухудшилось: снизилось настроение, появились суицидальные мысли, агитация, разрозненные нелепые бредовые идеи. На высоте депрессивного аффекта нанес себе с целью самоубийства несколько ножевых ранений в обл. живота и грудной клетки. Был стационарирован в хирургическое отделение соматической больницы; ранения оказались непроникающими, заживление их произошло первичным натяжением. После нормализации соматического статуса был переведен в психиатрический стационар МОПБ №23.

НАБЛЮДЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

Соматическое состояние. На коже конечностей – множественные старые рубцы после самопорезов, старые рубцы на ягодицах, свежие заживающие рубцы в нижних отделах грудной клетки и в эпигастрии. На 4-м месяце пребывания в стационаре (март 1988 г.) на месте старого рубца правой ягодицы открылся свищ, в дальнейшем диагностирован абсцесс правой ягодицы. После его вскрытия, несмотря на активную терапию, в течение нескольких месяцев не удавалось добиться заживления его полости. В августе 1988 г. выявлены признаки остеомиелита большого вертела правой подвздошной кости. В периоде с ноября 1988 г. по март 1989 г. у больного периодически отмечались состояния тяжелой астенизации (артериальная гипотония, ортостатические коллапсы, неспособность к самостоятельному передвижению и контролированию физиологических отправления), очевидно, связанные с наличием хронического очага гнойной инфекции. С апреля 1989 г. в результате упорной терапии эти явления удалось устранить. Кроме перечисленных заболеваний, при обследовании у больного выявлены признаки хронического гастрита, правостороннего адгезивного отита.

Неврологическое состояние. В период выраженной соматической астенизации (см. выше) у больного отмечались грубые расстройства походки, снижение болевой чувствительности и СЖР с нижних конечностей, предполагался диагноз "Фуникулярный миелоз". В дальнейшем неврологические расстройства редуцировались, заключительное мнение невропатолога –

"преходящее нарушение спинального кровообращения". Со стороны черепно-мозговых нервов – имеется скудная органическая микросимптоматика, за время наблюдения динамики не претерпевшая.

Психическое состояние. При поступлении больной был замкнут, на вопросы отвечал формально, односложно. Настроение было сниженным, выражение лица – печальным. Говорил о нежелании жить, считал, что "все плохо". Отмечалось моторное беспокойство, проявлявшееся внезапными резкими движениями гиперкинетического характера. В течение первого месяца больной постоянно слышал "голоса" осуждающего характера, призывавшие его покончить с собой; в соответствии с содержанием слышимого отказывался от пищи, высказывал идеи самоуничтожения. Симптоматика психоза была постепенно в течение 2 месяцев купирована в ходе проводившейся ПФТ (амитриптилин до 120 мг/сут. парентерально, триседил до 30 мг/сут., корректоры). После обострения сформировалась клиника ремиссии с критичным отношением к перенесенному состоянию и признаками умеренно выраженного эмоционально-волевого дефекта.

Через полгода, в июне 1988 г., перенес повторное редуцированное (с преобладанием вербального галлюциноза) обострение психоза длительностью около месяца.

Через 3 месяца – в октябре 1988 г. – перенес третье обострение с симптоматикой маниакального синдрома: был расторможенным, злобным, многоречивым, вмешивался в дела персонала, был навязчив с нелепыми требованиями и просьбами, то и дело давал бурные реакции злобы по ничтожным поводам. Длительность этого состояния также составила около месяца; купирующая терапия в этот период – лития оксибутират до 1600 мг/сут. парентерально, феназепам до 6 мг/сут., тизерцин до 75 мг/сут., триседил до 9 мг/сут.

Через месяц (ноябрь 1988 г.) на фоне соматогенного субфебрилитета перенес в течение суток делириозное состояние (зрительные галлюцинации, дезориентировка, "поиски мелких предметов", выраженный тремор, гипергидроз) с выходом в астению.

Через 2 месяца (январь 1989 г.) вновь развивается клиника обострения эндогенного заболевания: атипичная депрессия с эмоциональной неадекватностью, ассоциативными расстройствами, суетливостью, порывистыми неестественными движениями, галлюцинаторными включениями, недоступностью контакту. Была произведена коррекция ПФТ, но в достаточной мере интенсифицировать лечение было невозможно из-за плохой переносимости больным препаратов. Симптоматика продолжала прогрессировать, и в фев-

рале 1989 г. у больного возникло упорное brutальное стремление к самоубийству и самоповреждению: проглотил ртутный термометр, непрерывно пытался вырвать себе пальцами глаза (в результате чего в обеих орбитальных областях развились множественные кровоизлияния и гнойный воспалительный процесс).

Данное состояние было расценено как представляющее непосредственную угрозу для жизни больного, и, с учетом всех обстоятельств, было принято решение провести по неотложным показаниям курс ЭСТ, несмотря на наличие сопутствующих соматических заболеваний.

ЭСТ проводилась аппаратом "Эликон-01", с билатеральным наложением электродов, под калипсоловым (2 мг/кг) внутривенным наркозом, с миорелаксацией дитилином 60 - 100 мг и масочной ИВЛ аппаратом РО-6. Индивидуальная особенность при проведении сеансов: высокий судорожный порог, потребовавший максимально интенсивных режимов воздействия тока. Отмечено осложнение: после 2-го сеанса – психоз длительностью до часа со спутанностью, выраженным психомоторным возбуждением, вербигерацией (купирован внутривенным введением реланиума). После каждого сеанса внутривенно вводился 1 г пирасетама. Всего было проведено 4 сеанса ЭСТ с интервалами 1, 2 и 2 дня.

Динамика состояния больного в ходе курса ЭСТ была такова. После первого сеанса в тот же день исчезли тенденции больного к самоповреждению. После второго сеанса, проведенного на следующий день, отмечена инверсия фазы: депрессия сменилась гипоманией с субэйфорией, многоречивостью, гиперактивностью, слащавой угодливостью. После 4-го сеанса – полный обрыв приступа с формированием ремиссионного состояния (нормотимия, критичное отношение к болезни, упорядоченное поведение, легко выраженные слабодушие и астения). В последующие 2 месяца – состояние ремиссии. Больной был переведен в хирургическое отделение МОПБ №2 им. Яковенко для оперативного лечения остеомиелита.

Данный пример иллюстрирует случай шубообразной шизофрении, весьма трудный для лечения (учащение приступов, появление в их структуре опасных для жизни симптомов, плохая переносимость ПФТ, наличие серьезных сопутствующих соматических заболеваний, возраст после 50 лет). Пациенты со столь упорной аутоагрессией даже в условиях строгого наблюдения в стационаре,

как правило, находят способ исполнить свои намерения. В этой ситуации ЭСТ, примененная по неотложным показаниям с учетом всех особенностей случая, оказалась наиболее эффективным методом: жизнеопасная симптоматика устранилась немедленно (в день начала лечения), полный обрыв приступа – на 6-й день от начала курса. Встретившиеся осложнения не носили опасного характера и были легко преодолены. Вместе с тем уместно подчеркнуть, что проведение ЭСТ в данном случае было возможным лишь при наличии надежного анестезиологического обеспечения, достижимого только в условиях ППР.

* * *

Исследование, занявшее 15-летний период, совпало с большими переменами в стране (смена общественного строя, ухудшение положения медицинской службы, изменение жизненного уровня большинства населения). Отмечен рост алкоголизации, качество алкогольных продуктов вышло из-под контроля государства (Огурцов П. П., 1996). В связи с этим можно было ожидать изменений в структуре контингента психореанимационных больных, и в первую очередь – изменения удельного веса острых алкогольных психозов. Для проверки данной гипотезы была изучена структура изучаемого контингента больных в динамике. Результаты представлены в Таблице 7 (см. следующую страницу).

Таблица 7

**ОБЩАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОТОКА
ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ (n = 1980), ПОСТУПАВШИХ
В БИТ (1984-1990 гг.) И ОРИТ (1992-1998 гг.)**

Среднестатистические показатели за 2 семилетних периода

Группа заболеваний	БИТ	ОРИТ	Отношение ОРИТ/БИТ
Острые психические заболевания алкогольной этиологии, %	66,0	64,7	0,98
Острые неалкогольные психические заболевания, %	12,9	19,6	1,52
Ургентные соматоневрологические заболевания, %	21,1	15,7	0,75

Как видно из этой таблицы, доля ургентной алкогольной патологии в общем числе психореаниматологических больных осталась неизменной на протяжении всех лет исследования. Острые алкогольные психозы составляли среди всех больных психореанимационного профиля около 2/3 – как при социализме, так и после него. Другие составные части контингента больных ППР в меньшей степени подвержены социальным влияниям, чем группа ургентных алкогольных заболеваний. Поэтому представляется возможным считать, что структура контингента больных психореанимационного профиля достаточно стабильна, и детерминирована в большей степени биологическими факторами, нежели социальными. Следовательно, данные Таблицы 7 отражают именно специфику потоков двух рассматриваемых типов ППР, а не действие каких-либо иных факторов.

Из данных Таблицы 7 видны различия в структуре поступлений в БИТ и ОРИТ а) ургентных неалкогольных психических забо-

леваний и б) ургентной соматоневрологической патологии. Эти различия, на наш взгляд, вызваны разницей в функциональном предназначении обоих типов ППР:

- БИТ в значительно большей степени ориентирован на оказание мероприятий первой и неотложной помощи общереанимационного профиля;
- ОРИТ в большей степени отвечает назначению именно психиатрической реанимации, будучи способен заниматься значительно большим числом видов острых психозов.

Если рассматривать общий поток экстренных больных психореаниматологического профиля как некую природную совокупность, то можно было бы ожидать определенной сезонной флюктуации этого потока, отражающей его биологические закономерности (Хронобиология и хрономедицина, 1989). Если бы такие сезонные колебания потока были выявлены, то это было бы важно не только с теоретической, но и с практической точки зрения (сезонное планирование нагрузок). Для анализа *сезонной динамики* потока массив данных за 1991 - 1997 гг. был отсортирован по признаку временной динамики. Предыдущие годы (1984 - 1990) не брались в рассмотрение, т. к. в БИТ в 2 летних месяца больные не поступали (как отмечалось выше, из-за одномоментного отпуска сотрудников). Результаты этого исследования представлены в Таблице 8 (см. следующую страницу).

Математическая обработка данных этой таблицы (сравнение долей по *U*-критерию, Урбах В. Ю., 1964) выявила различия между поступлениями больных по сезонам. При этом статистическая значимость межсезонных различий оказалась следующей:

зима – весна, зима – лето: $p < 0,01$;

зима – осень, весна – лето, лето – осень: $p < 0,05$;

весна – осень: различие присутствует в виде тенденции.

Таблица 8

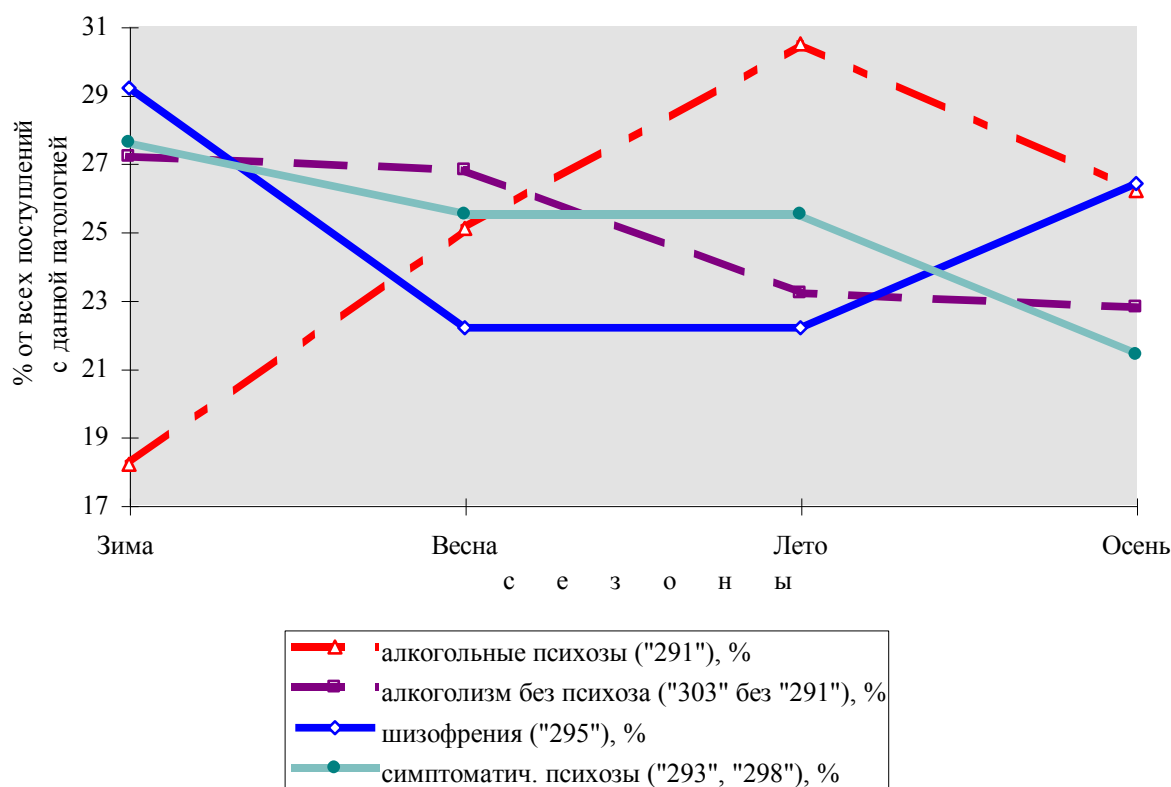
**ПОСТУПЛЕНИЯ В ППР ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ
ПО МЕСЯЦАМ ГОДА И СЕЗОНАМ (n = 1364)**

Год	Месяц											
	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
1991	6	13	5	11	4	12	5	10	7	3	5	4
1992	12	7	8	9	14	10	9	17	18	15	13	4
1993	17	12	6	14	15	14	12	8	18	16	18	20
1994	13	20	14	11	17	34	27	32	25	24	25	26
1995	19	16	11	18	14	16	14	26	20	14	23	14
1996	19	14	16	18	17	36	31	30	27	15	17	27
1997	21	18	18	24	26	14	20	20	19	16	19	18
Итог по месяцам	107	100	78	105	107	136	118	143	134	103	120	113
Итог по сезонам	Зима			Весна			Лето			Осень		
	285			348			395			336		

Отчетливая тенденция к снижению нагрузок в зимние месяцы (особенно в феврале) и повышению их в летние (особенно в июле) может служить ориентиром для прогнозирования нагрузок ППР в течение года.

Поскольку поток экстренных больных оказался неоднороден по *нозологическому составу*, то дополнительно была исследована сезонная динамика поступлений больных с отдельными заболеваниями. Качественные результаты этого исследования представлены на следующей странице на Диаграмме 1 (обозначения в легенде приведены с указанием шифров по МКБ-9).

Диаграмма 1
СЕЗОННОСТЬ ЭКСТРЕННЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ
ПРИ ОСНОВНЫХ ВИДАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



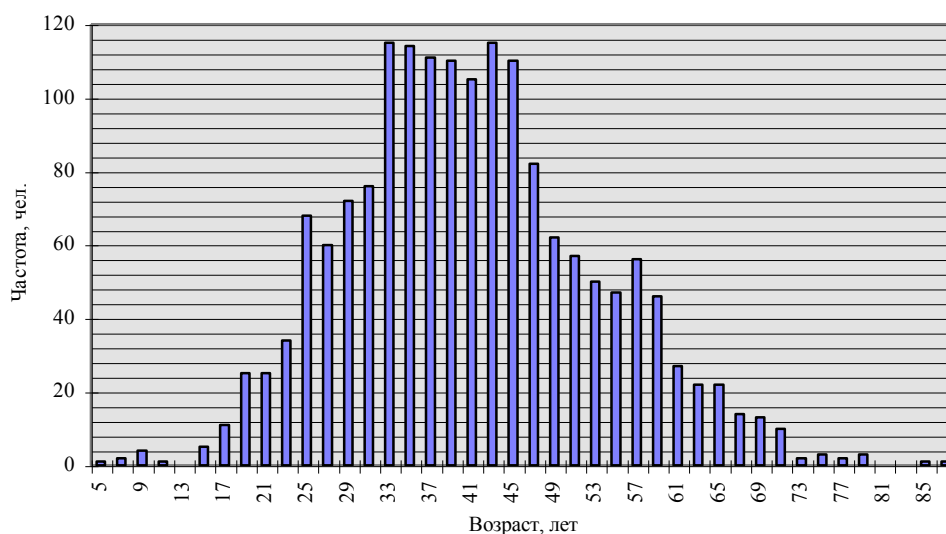
Учитывая значительное различие абсолютных значений количеств больных в рассматриваемых группах заболеваний, для наглядного представления на одной диаграмме анализируемые величины приведены в процентах от общего количества поступлений с данной патологией, а не в абсолютных числах.

Как видно из диаграммы, сезонное распределение поступающих в ППР больных с шизофренией и алкогольными психозами наиболее поляризовано и противоположно (шизофрения – максимум зимой и минимум летом, алкогольные психозы – наоборот). Исследователи, изучавшие вопрос сезонности при ургентных психических заболеваниях, также отмечают зимнее снижение поступлений больных с алкогольными психозами (Szefel A., 1983). Посту-

пления же с непсихотическими формами алкоголизма и симптоматическими психозами, по данным настоящего исследования, имеют меньшие сезонные колебания и однонаправлены (постепенное снижение от зимнего максимума к осеннему минимуму).

Следующим аспектом исследования был вопрос о *возрастном составе* поступающих в ППР экстренных больных. Результаты исследования массива из 1687 чел. (1984 - 1987 гг.) представлены на Диаграмме 2.

Диаграмма 2
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗРАСТОВ
ПОСТУПАВШИХ ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ



Как видно из диаграммы, наибольшее число больных психореанимационного профиля – это люди самого трудоспособного возраста, от 33 до 45 лет. 95% – пациенты 16 - 65 лет (средний возраст 40,5 лет, $2\delta = 24,4$ года). Единичные случаи в начале шкалы возрастов – «непрофильные» больные: дети, которым оказывалась неотложная помощь в ППР как в ближайшем медицинском учреждении. Больные поздних возрастов тоже представлены единичными случаями; они переводились в ППР из общепсихиатрических отде-

лений в связи с остро развившимися тяжелыми соматическими заболеваниями.

* * *

Немаловажной характеристикой потока являются *пути поступления* больных в ППР. Под этим углом зрения проанализирован весь массив данных за 1984 - 1998 гг. ($n = 2065$). Результаты представлены на Диаграмме 3.

Диаграмма 3
ОТКУДА ПОСТУПАЛИ ЭКСТРЕННЫЕ БОЛЬНЫЕ

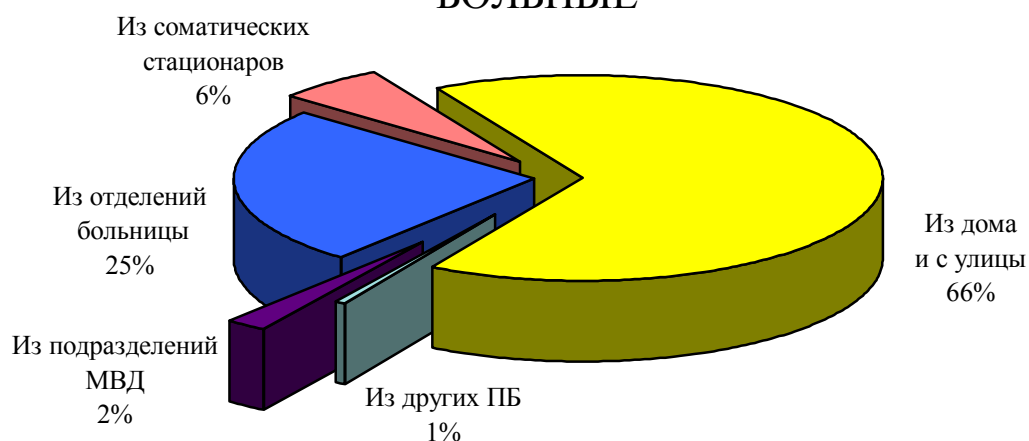
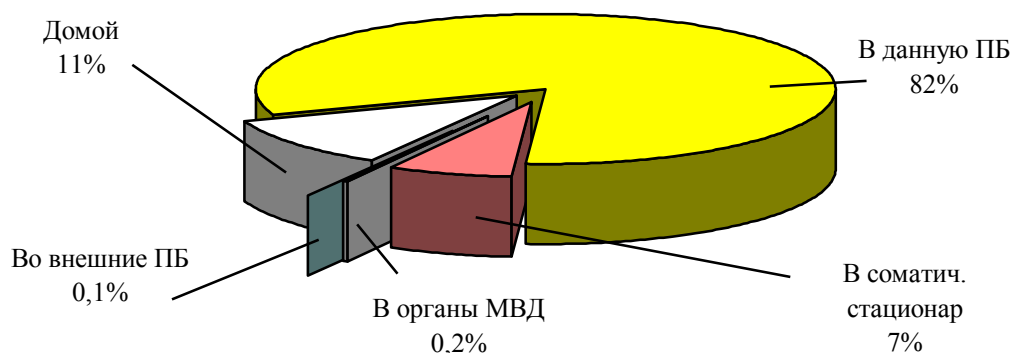


Диаграмма наглядно отражает преимущественно (75%) «внебольничный» характер потока экстренных больных ППР. 2/3 пациентов доставлялись психиатрической бригадой скорой помощи. Переводы из соматических стационаров чаще всего были связаны с развитием у больных алкогольных делириев (реже – других острых психозов). Хотя таких переводов было и относительно немного (6%), но этот контингент больных требовал максимальной настороженности из-за наличия серьезных сопутствующих заболеваний. Доставка психореанимационных больных из подразделений МВД

происходила в двух ситуациях: задержание пациента в общественном месте в связи с его неправильным (психотическим) поведением, либо развитие острого психоза у лиц, находящихся в ИВС или СИЗО. Наконец, поступления (1%) из других психиатрических стационаров (где нет службы ПР) были, как правило, связаны с такими заболеваниями, как фебрильная шизофрения и злокачественный нейролептический синдром. 1/4 поступлений – «внутрибольничная», в порядке переводов в связи с возникающими urgentными соматическими (чаще) или психическими (реже) заболеваниями.

Динамическая характеристика потока экстренных больных, проходящих через ППР, была бы неполной без сведений об их дальнейших перемещениях после лечения. Вопрос о *пути выбытия* экстренных больных из ППР был изучен на невыборочном массиве данных за 1984 - 1998 гг. (все нелетальные исходы, $n = 1957$). Результаты представлены на Диаграмме 4.

Диаграмма 4
ПУТИ ВЫБИТИЯ ИЗ ППР
ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ ($n=1957$)



На диаграмме видно, что основной (82% случаев) маршрут следования экстренных больных после выписки их из ППР – перевод в общепсихиатрические отделения больницы. У 11% больных

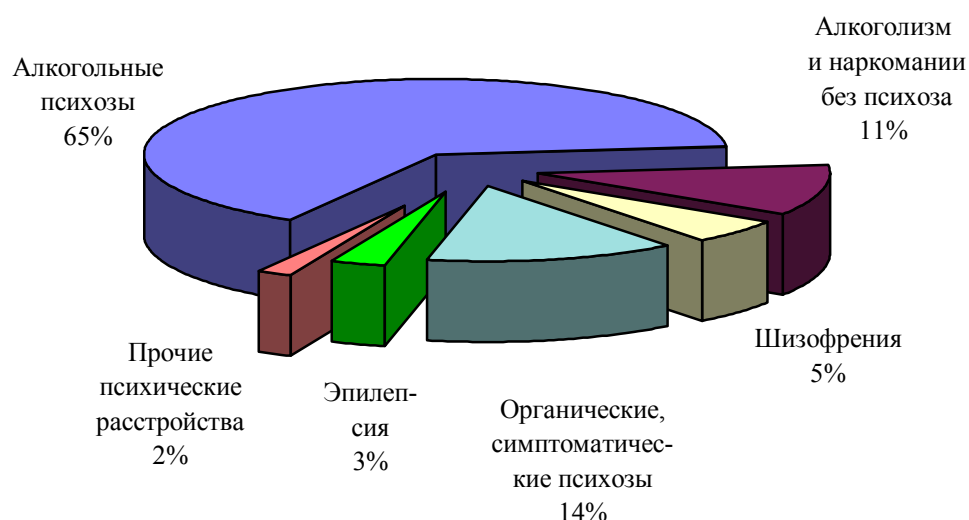
улучшение состояния оказалось настолько существенным, что их было возможно выписать домой или на амбулаторное долечивание. 7% после устранения urgentных психических расстройств или уточнения диагноза нуждались в переводе в соматический стационар, соответствующий профилю основной соматической патологии. В ряде случаев это был возврат пациентов в соматический стационар, откуда они временно поступали в ППР. В другие психиатрические больницы выбывали те немногие пациенты (0,1%), которые переводились оттуда для лечения urgentных психических заболеваний. Наконец, 0,2% выбывающих в подразделения МВД – это пациенты, которые попадали в ППР из СИЗО или ИВС в связи с развитием острого психоза, а по устранении его проявлений нуждались в продолжении содержания под стражей.

* * *

Одним из самых важных вопросов при рассмотрении контингента экстренных больных – с какими видами заболеваний приходится иметь дело в ППР. *Нозо- и синдромологическая характеристика* поступавших экстренных больных является предметом дальнейшего изложения.

Прежде всего, было изучено распределение совокупности поступающих экстренных больных по видам психических заболеваний, приведших к urgentной госпитализации. Результаты представлены на Диаграмме 5, отражающей обработку материала по 1602 больным (1984 - 1997 гг.).

Диаграмма 5
ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ
УРГЕНТНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
- ПРИЧИНЫ ПОСТУПЛЕНИЙ В ППР



Как уже упоминалось выше, основная часть (2/3) контингента экстренных больных ППР – острые алкогольные психозы.

На втором месте (14%) – острые экзогенные психозы неалкогольной этиологии (хотя часть из них представлена «микстными» с алкоголизмом случаями). Это психозы при черепно-мозговых травмах и инсультах, воспалительных заболеваниях ЦНС; инфекционные (например, туберкулез, пневмония) психозы; соматогенные (например, панкреатические) и интоксикационные психозы; изредка – эпилептические и рецидивирующие органические психозы. Чаще всего такие больные доставлялись скорой помощью с универсальным диагнозом «алкогольный делирий», и это требовало экстренной дифференциальной диагностики в ППР.

На третьем месте по частоте (11%) стоят непсихотические urgentные состояния при алкоголизме и наркоманиях (последние явно от года к году учащаются) – это тяжелые абстиненции и интоксикации.

Шизофрения, хотя и занимала пятое место (5%) среди причин поступления, но ее терапия требовала самых длительных сроков госпитализации: это фебрильные приступы, депрессивные и кататонические синдромы с тяжелыми и опасными для жизни поведенческими расстройствами, острые приступы с тяжелыми центральными нарушениями гомеостаза.

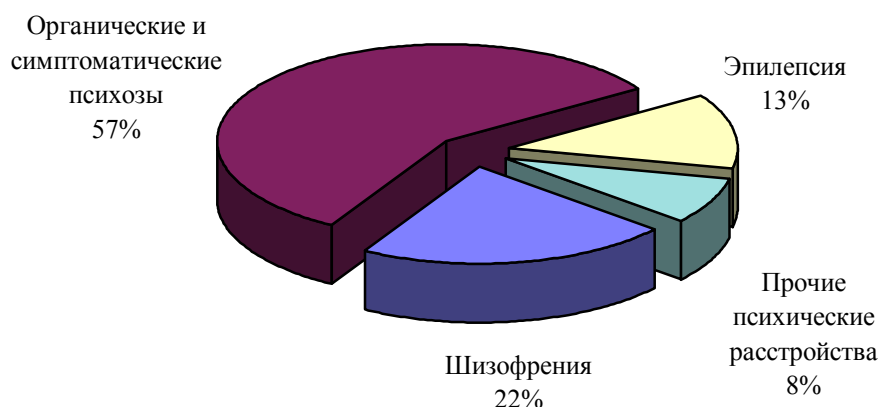
Пациенты, страдающие эпилепсией (3%), попадали в ППР в случае развития у них серийных припадков или эпилептического статуса. Как правило, применяя современные принципы лечения этих состояний – инфузии бензодиазепинов, посиндромную коррекцию гомеостаза, своевременный по показаниям переход к пролонгированному барбитуровому наркозу с миорелаксацией и ИВЛ (Карлов В. А., 1974, 1983, 1996; Lowenstein D. H. et al., 1988), удавалось достичь быстрого купирования эпизиндрома. Однако встречались и более резистентные и затяжные случаи эпилептического статуса, продолжавшегося несколько суток. В отдельных случаях больные эпилепсией помещались в ППР для лечения тяжелых эпилептических психозов с расстройством сознания.

К прочим (2%) отнесены случаи злокачественного нейрорептического синдрома, тяжелых депрессий разного генеза с нарушением витальных функций или с упорной суицидальной активностью, тяжелых дипсоманий в рамках МДП или циклотимии, и др.

Поскольку существуют наркологические организационные варианты ППР, которые принимают на себя поток алкогольных психозов, то в регионах, где они существуют, для ППР психиатрической больницы важным является прогнозирование структуры

именно *не наркологической ургентной составляющей* контингента экстренных больных ППР. Поэтому для большей наглядности структура этой подгруппы представлена отдельно на Диаграмме 6 (исследование массива данных за 1984 - 1997 гг.; n = 1602).

Диаграмма 6
ОСНОВНЫЕ НЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ
УРГЕНТНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- ПРИЧИНЫ ПОСТУПЛЕНИЯ В ППР

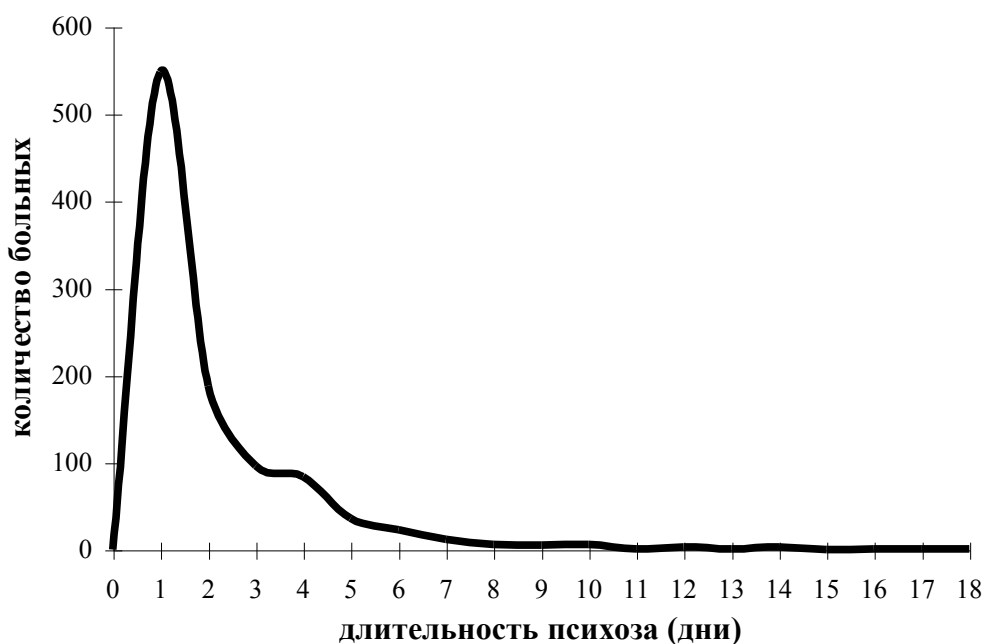


Так выглядит нозологическое распределение экстренных пациентов ППР в отсутствие алкогольной патологии. Обсуждение отдельных видов заболеваний приведено в комментариях к Диаграмме 5.

Для упомянутых выше ППР с наркологической специализацией, да и для ППР общей направленности, несомненно, важен вопрос о структуре той части экстренных поступлений, которая в общем виде названа «*острые алкогольные психозы*» (шифр «291» по МКБ-9).

С практической точки зрения представлялось весьма важным выяснить, какова была скорость устранения ведущей психопатологической симптоматики при этих заболеваниях. Результаты невыборочного исследования 1015 больных с острыми алкогольными психозами, леченными в ППР, представлены на Диаграмме 7.

Диаграмма 7
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ
ПСИХОЗОВ (n=1015)

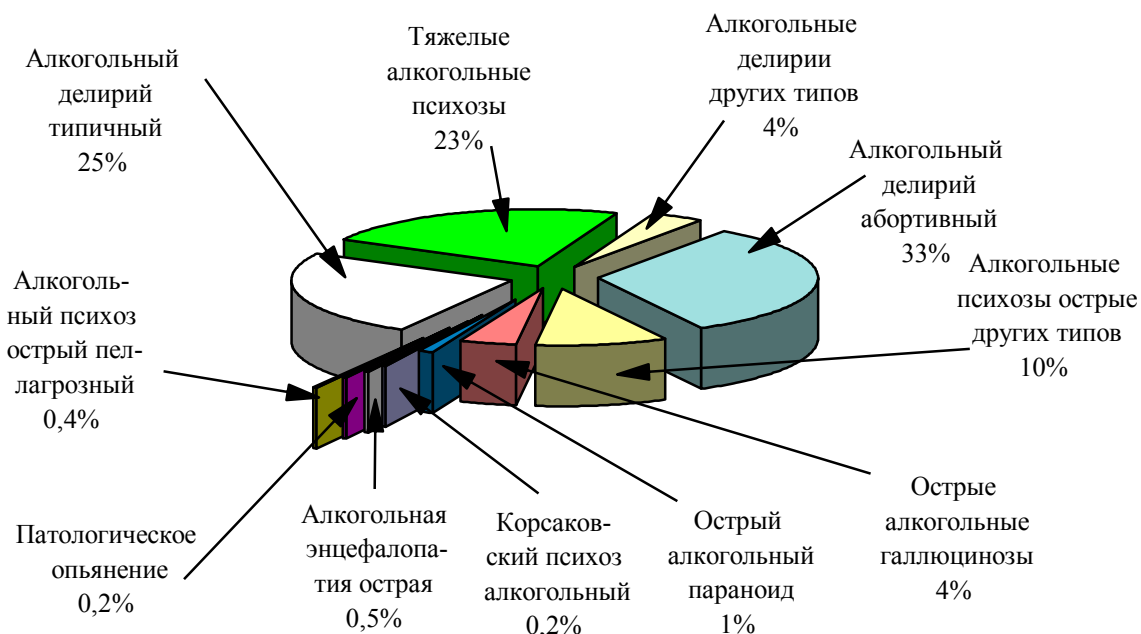


На диаграмме ясно видно пиковое значение числа больных с длительностью психоза в районе 1 суток. Очевидно также и то, что ведущую психопатологическую симптоматику практически у всех больных удавалось устранить к исходу недели лечения. Математический анализ материала показал, что средняя скорость устранения психотической симптоматики составила в рассматриваемой группе 1,76 суток при минимальной длительности 1 час и максимальной – 18 суток. Была проверена исходная гипотеза о том, что усовершенствование организационной структуры ППР (переход от БИТ к

ОРИТ) должно ускорить купирование острых алкогольных психозов. Однако сравнение длительности психозов в обоих типах ППР не выявило статистически значимых различий – как во всем массиве данных, так и в выборках отдельных клинических разновидностей алкогольных психозов. Предварительные данные (тема которых выходит за рамки настоящего исследования) позволили полагать, что и разные модификации терапии этих заболеваний (дополнительное к базовой посиндромной терапии применение гемосорбции, краниocereбральной гипотермии, лазерного облучения крови и их комбинаций; вариации препаратов для обеспечения медикаментозного сна) гораздо больше влияют на снижение летальности и предотвращение тяжелых форм психозов, чем на длительность острого психотического состояния. Устойчивость длительности психоза к влиянию факторов организации лечебного процесса и модификации терапии заставляет думать о наличии в патогенезе алкогольных психозов весьма ригидных биологических механизмов, развивающихся со строго определенной скоростью. Воздействовать на них на сегодняшнем уровне развития медицины, видимо, крайне трудно, и более реалистичной представляется терапевтическая задача следовать за естественными процессами в организме больного, обеспечивая максимальную безопасность преодоления этапов болезни.

Очевидна клиническая разнородность группы «острые алкогольные психозы» с вытекающими различиями в лечебной тактике (Штерева Л. В., Неженцев В. М., 1976; Алкоголизм, руководство для врачей под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна, 1983). Структура этой группы представлена на Диаграмме 8 (см. следующую страницу).

Диаграмма 8
ТИПЫ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ -
ПРИЧИНЫ ПОСТУПЛЕНИЯ В ППР



Всего в данное исследование вошли 1043 больных – невыборочный массив данных по алкогольным психозам за 1984 - 1997 гг. Некоторые из отраженных на диаграмме типов острых алкогольных психозов заслуживают специальных комментариев.

Наиболее часто встречавшийся (1/3) abortивный алкогольный делирий диагностировался, в основном, по формальному признаку «досуточного» течения, и в меньшей мере – по особенностям клиники. Исследование дало основания считать, что многие из этих случаев, будучи лечены не в ППР, а в обычных психиатрических отделениях «по схемам», как это делалось раньше (Агарков А. П. с соавт., 1983; Поляченко А. Б., Воронков Г. Л., 1988), вышли бы за рамки суток и превратились в «типичные делирии». Типичный делирий, по нашим данным, составил 1/4 случаев.

Тяжелые алкогольные психозы также составили 1/4 всех слу-

чаев. В литературе критерии тяжести алкогольного психоза представлены весьма неопределенно и противоречиво. Часть оценок основана на разных признаках психического состояния (Буторина Г. В., 1974; Гофман А. Г. с соавт., 1982; Кенджаев Ш. К., 1983), часть – на лабораторных данных (Картелишев А. В. с соавт., 1983; Даниленко А. М., 1991; Малыхин А. В., 1998). Дополнительное исследование показало, что для диагностики тяжести оказались валидными только два признака: клиника отека мозга (атрибут собственно алкогольного психоза) и наличие сопутствующего заболевания или осложнения, представляющего потенциальную угрозу для жизни больного. Руководствуясь этими критериями, мы и относили острые алкогольные психозы к разряду тяжелых.

Острые алкогольные энцефалопатии – редкое явление в практике ППР (по нашим данным – 0,5%). Среди них встретились разновидности: Гайе-Вернике и энцефалопатия с ретробульбарным невритом.

Из алкогольных психозов группы «другие типы» (4%) встречались атипичные, протрагированные, структурно сложные с последовательной сменой синдромов.

Отнесение патологического опьянения к разряду алкогольных психозов – дань МКБ-10.

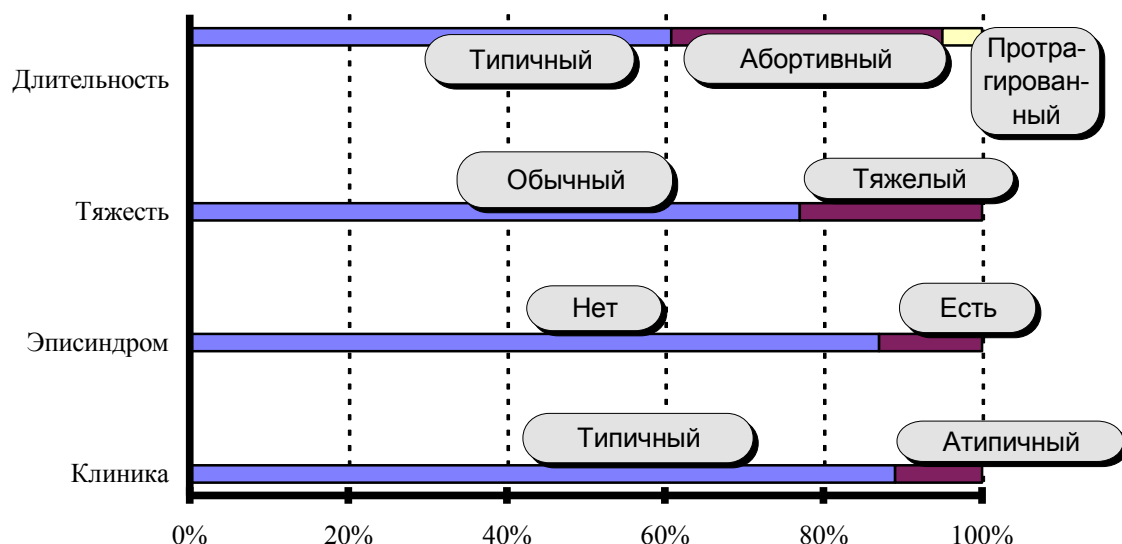
Такие психозы, как острый галлюциноз и параноид помещались в ППР в связи с неясностью прогноза (риск утяжеления состояния и движения патологического процесса в направлении развития делириозного синдрома), а также из-за тяжести абстинентных расстройств и сопутствующих соматических заболеваний.

Острые пеллагрозные психозы (0,4%) у больных алкоголизмом хотя и близки к острым алкогольным энцефалопатиям, но представляется более правильным выделять их в самостоятельную

группу, учитывая определенную специфику патогенеза и клиники этих состояний.

Некоторые из упоминавшихся *специфических характеристик острых алкогольных психозов* (тяжесть, атипизм, протрагированное течение, а также наличие эписиндрома в структуре психоза) имеют существенное значение для клинической характеристики этих заболеваний. Поэтому имеющийся массив данных был изучен с этой точки зрения. Результаты статистического анализа представлены на Диаграмме 9, из которой видно, что обсуждаемые признаки относительно редко встречались у больных алкогольными психозами, поступавшими в ППР.

Диаграмма 9
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ
(n = 1043)

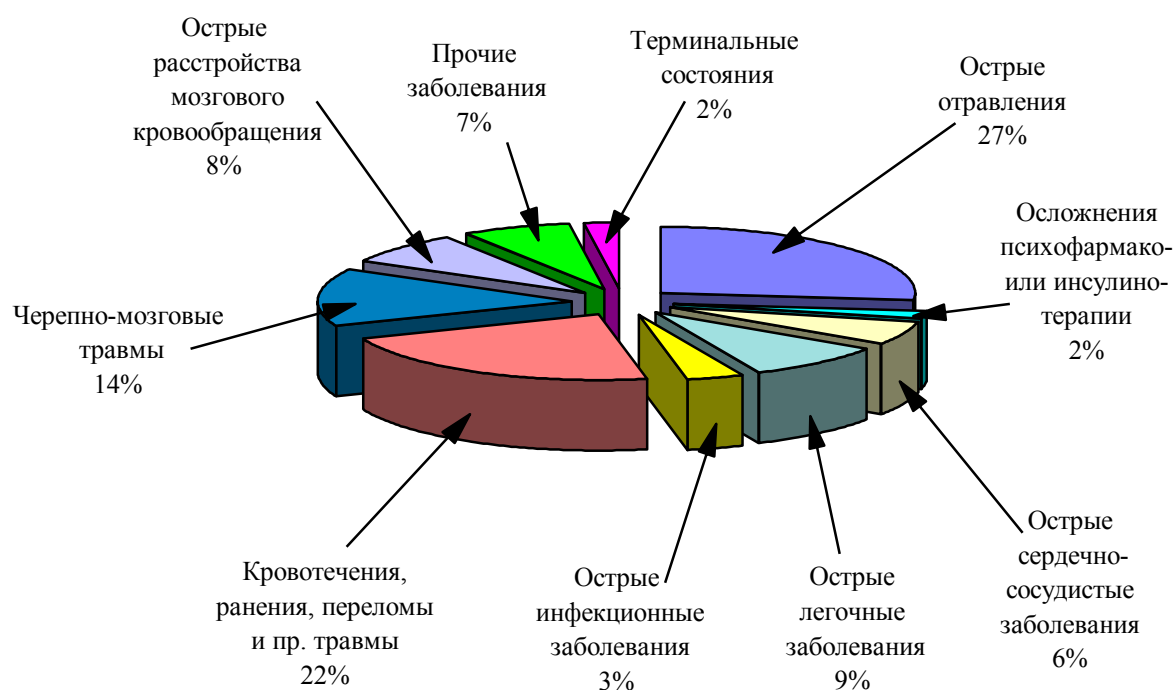


Эта диаграмма завершает часть исследования, посвященную анализу психиатрических заболеваний и синдромов у экстренных больных ППР.

Как было указано выше (Таблица 7), существенным компонентом (1/5 – 1/6 больных) среди причин поступления в ППР являются *ургентные соматические заболевания у психически больных*.

На Диаграмме 10 представлен результат анализа выборки психически больных с соматической причиной поступления в ППР (1984 - 1997 гг., 431 чел.).

Диаграмма 10
ППР: ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ СОМАТИЧЕСКИХ
ПРИЧИН ЭКСТРЕННЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ



По-видимому, создать ППР, в котором лечились бы только больные с ургентными психическими заболеваниями, нереально. У больных психиатрического стационара с неизбежностью возникают тяжелые соматические болезни, которые часто требуют немедленного лечения и не оставляют времени на перевод (хотя и вполне

обоснованный) в профильную соматическую больницу. Особенно это очевидно в стационарах, подобных тому, в котором проводилось настоящее исследование, расположенных вдалеке от соматических ЛПУ. Таких больниц в нашей стране большинство (не менее 60%) – по сложившейся традиции психиатрические заведения строились в загородной зоне. Но и в крупных городских психиатрических стационарах проблема ургентной соматической помощи далеко не всегда просто решается. В некоторых ППР процент ургентных соматических больных в общем экстренном потоке достигает до 60 (Косенко В. Г. с соавт., 1997). Каждому практикующему врачу понятно, что в острых случаях, особенно, когда исход болезни решают минуты, использование внутрибольничных возможностей для проведения квалифицированных реанимационных мероприятий порой оказывается единственным выходом, сохраняющим жизнь больного.

В контексте сказанного представляется целесообразным прокомментировать данные Диаграммы 10.

Обращает на себя внимание преобладание (27%) острых отравлений среди соматических причин поступления в ППР, что коррелирует с наблюдениями американских исследователей (33% госпитализаций в специализированный психиатрический центр связаны с интоксикациями лекарствами – по данным А. Е. Slaby, 1981). Эту группу составили, прежде всего, пациенты с интоксикационными психозами вследствие суицидальных попыток или наркотизации. Доставлялись они скорой помощью. Из химических агентов чаще встречались психотропные препараты и суррогаты алкоголя или наркотиков. Нередко острый психоз был лишь начальным проявлением острого токсического поражения ЦНС, и далее развивались коматозные состояния. Эти больные требовали полного объема токсикологического лечения – от промывания желудка до гемо-

сорбции и длительной посиндромной интенсивной терапии. Реже встречались случаи отравлений в стационаре (причины те же – суициды, наркотизация); протекали они в целом легче, т. к. исключался догоспитальный этап оказания помощи, и квалифицированное лечение начиналось без потерь времени.

На втором месте по частоте (22%) оказались острые травматические повреждения (раны, кровотечения, переломы и пр.). Основным источником этих состояний – внутрибольничная травматизация, которая, видимо, является неизбежной спутницей психиатрического стационара. Типовые ситуации получения травмы – эпилептические припадки, конфликты между больными, суицидальные попытки, падения больных соматически ослабленных и с неврологическими нарушениями походки. Значительно реже травмированные больные поступали извне – в случаях, когда психиатрический стационар оказывался ближайшим к месту происшествия лечебным учреждением. Хотя было бы неправильно присваивать ППР еще и функции хирургического стационара, но значительный поток травматологических пациентов заставил создать в ППР условия для оказания экстренной хирургической помощи. На последующих этапах такие пациенты либо долечивались в психиатрической больнице, либо переводились в хирургическое (травматологическое) отделение городской больницы – в зависимости от тяжести травмы.

Третьей по частоте (14%) соматической причиной поступления в ППР явились черепно-мозговые травмы. Эти больные поступали исключительно по скорой помощи. Причиной их госпитализации в ППР был острый психоз, который на догоспитальном этапе расценивался чаще всего как алкогольный, и лишь при дальнейшем обследовании выявлялась травматическая патология ЦНС. Особенно тяжелыми оказывались случаи переводов недообследован-

ных пациентов из соматических стационаров, где развитие у больного острого психоза заслоняло от лечащего врача очевидные признаки черепно-мозговой травмы, хотя правила дифференциальной диагностики в этих случаях хорошо известны (Махровский В. Г., 1983; Бронин С. Я., 1986). Подавляющее большинство (90%) случаев этой группы оказывалось с внутричерепным травматическим кровоизлиянием разной локализации и объема. 65% из них (относительно легкие случаи, не требовавшие трепанации черепа) долечивались в ППР, остальные 35% переводились в травматологическое отделение городской больницы.

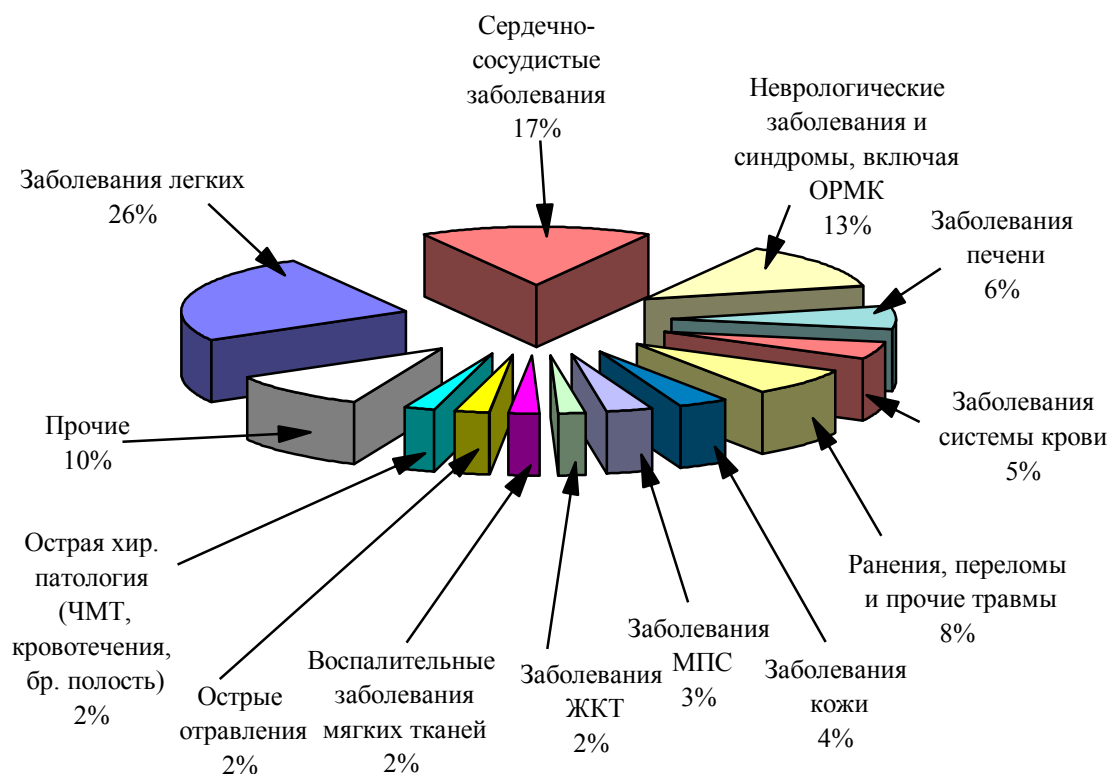
Пациенты с острыми расстройствами мозгового кровообращения (8%) попадали в ППР в равной степени извне (при ошибочной на догоспитальном этапе диагностике алкогольного психоза) и в порядке внутрибольничного перевода (в тяжелых нетранспортабельных случаях с нарушением витальных функций).

Далее следуют urgentные легочные (9%), сердечно-сосудистые (6%) и инфекционные (3%) заболевания, а также терминальные состояния разного генеза (2%). Эти поступления – чисто «внутренние», из психиатрического стационара. Наиболее характерной причиной терминальных состояний (клиническая смерть и агония) была аспирационная асфиксия, видимо, являющаяся особо типичной для психиатрического стационара патологией. Самая частая ситуация для развития такой асфиксии – бесконтрольный прием пищи больными ослабленными, геронтологическими, с бульбарными расстройствами и с нейролептическими дискинезиями; таких больных всегда много в любом неспециализированном психиатрическом отделении. Если в ППР удавалось устранить критическое состояние и предотвратить гибель больного, то далее пациенты долечивались в подразделениях психиатрической больницы или в терапевтическом стационаре.

Отдельного упоминания заслуживает хотя и малочисленная (2% от всех соматических причин поступления), но важная в психореаниматологическом отношении группа больных – с тяжелыми осложнениями психиатрических методов лечения. Хотя, строго говоря, эти состояния могут случаться не только у душевнобольных и не обязательно должны сопровождаться острыми психическими расстройствами, но ни у кого не вызывает сомнения, что они подлежат лечению именно в ППР. Чаще других в этой группе встречались злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) и близкие к нему состояния; реже – острейшие экстрапирамидные нейролептические расстройства с нарушениями дыхания и затяжные инсулиновые комы. Эти поступления – в основном, внутрибольничные, однако больные с такими состояниями, как ЗНС, нередко переводились из других психиатрических больниц, не имеющих ППР.

В плане изучения соматических особенностей экстренных больных ППР представляется целесообразным рассмотрение этого вопроса и под несколько иным углом зрения. До сих пор речь шла о соматических заболеваниях как о причинах поступления больных в ППР. Однако не менее важно, на наш взгляд, иметь представление о полном спектре соматических заболеваний – выступающих в качестве и основных, и фоновых, и осложнений, и сопутствующих у пациентов, поступивших в ППР. Знание характера встречающейся у больных ППР соматической патологии нужно для создания адекватных условий лечения (медикаменты, оборудование, компоненты диагностического процесса). Частота соматических заболеваний у экстренных пациентов ППР отражена на Диаграмме 11 (анализ невыборочного массива данных по 1687 экстренным больным за 1984 - 1997 гг.).

Диаграмма 11
ВСЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И
СИНДРОМЫ У ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ ППР



Эта диаграмма более показательно, чем предыдущая, отражает разнообразие соматических заболеваний у пациентов ППР: здесь представлена вся соматическая патология, а не только послужившая причиной поступления. Лидируют болезни дыхательной системы (у каждого четвертого больного), что подчеркивает необходимость пульмонологической подготовки персонала и соответствующей ориентации лечебного процесса в целом. Далее следуют сердечно-сосудистая (у каждого шестого), неврологическая (у каждого восьмого) и травматологическая (у каждого из 12 больных) патология. В большой раздел «прочие» попали такие заболевания,

как осложнения ПФТ и инсулинотерапии, эндокринные, инфекционные, ЛОР, офтальмологические, онкологические, гинекологические, паразитарные, аутоиммунные и аллергические заболевания, нарушения обмена веществ, ЗППП, резидуальные состояния, терминальные состояния и мн. др. «Пестрота» многочисленных заболеваний и синдромов подчеркивает, что в ППР «надо быть готовым ко всему», и иметь возможности, аналогичные реанимационному отделению общего профиля.

Заканчивая рассмотрение соматической характеристики экстренных больных, проходивших лечение в ППР, полагаем целесообразным привести расчет частоты соматических заболеваний на 1 больного. В результате деления общего числа зафиксированных у пролеченных экстренных больных соматических диагнозов (5100) на общее количество этих больных (1687) получена величина 3, т. е., один «средний» экстренный пациент ППР нуждался в лечении, или, по крайней мере, являлся носителем трех соматических заболеваний (основных, фоновых, сопутствующих или осложнений). Аналогичные результаты встречаются и в литературе: например, И. Г. Чеснокова (1983), изучавшая этот вопрос при лечении алкогольных делириев, приводит величину 3,16.

4.2.2. Анализ контингента плановых больных

Как указывалось выше, «плановый» компонент составил около 1/3 совокупности пролеченных в ППР больных. Основные цели использования ППР для плановых больных – применение специальных методов лечения:

- в качестве основных;
- в качестве дополнительных к психофармакотерапии;
- для коррекции побочных эффектов психофармакотерапии;

- для преодоления психофармакорезистентности.

Длительность сеансов, их частота и общее количество зависят от вида лечения и особенностей состояния больных. Средние параметры сеансов и курсов для разных видов применявшейся в ППР интенсивной терапии плановых больных приведены в Таблице 9.

Таблица 9

**ПАРАМЕТРЫ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ, ПРИМЕНЯВШИХСЯ
В ППР ДЛЯ ТЕРАПИИ ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ**

Вид лечения	Средняя длительность сеанса	Частота сеансов	Курсовое число сеансов
ФИКТ	4 часа	ежедневно	10 - 30
ЭСТ	2 часа	от 1 раза в день до 1 раза в месяц	3 - 25
ЛОК	30 минут	ежедневно	10 - 15
ЭУФОК	3 часа	1 - 2 раза в неделю	1 - 5
Гемосорбция	1 сутки	1 раз в неделю	1 - 2
КЦГ	1 сутки	1 раз в неделю	1 - 2

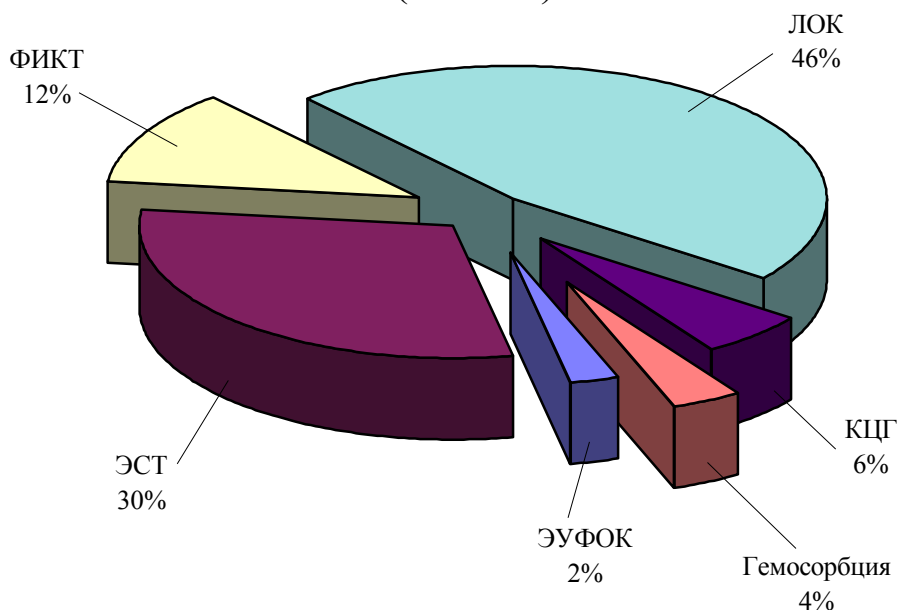
Представление об этих параметрах может помочь при расчете пропускной способности ППР в отношении плановых больных.

Плановые больные основное время проводили в общепсихиатрическом отделении, а в ППР находились лишь во время лечебных процедур. В западных странах накоплен определенный опыт амбулаторного и «поддерживающего» применения отдельных методик из арсенала ППР, в частности, ЭСТ (O'Connell R. A., 1982; Robertson C., Eagles J., 1997). Есть отдельные диспансеры, амбула-

торно использующие ЭСТ и в России (г. Новомосковск – сообщение П. И. Футирян, 1998). По предварительным данным, полученным в настоящем исследовании, амбулаторное использование ППР представляет собой перспективное направление, требующее специального изучения.

При расчете предполагаемых лечебных нагрузок важно знать, каков запрос стационара на применение тех или иных видов плановой терапии.

Диаграмма 12
ПЛАНОВЫЕ БОЛЬНЫЕ ППР:
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ
(n = 763)



Для выявления потребности стационара в лечении плановых больных разными видами интенсивной терапии были проанализирован массив данных по основным видам интенсивной терапии у 763 плановых больных в 1984 - 1998 гг. Результаты представлены на Диаграмме 12. Конечно, использование методов интенсивной

терапии во многом зависит от привычек и установок каждого врача. Но на большом отрезке времени исследования эти субъективные факторы должны нивелироваться.

Как видно из диаграммы, чаще всего (46% от всех плановых больных) использовалось лазерное облучение крови. Видимо, фактор технической простоты этого метода сыграл не последнюю роль. Второе место по частоте использования занимает ЭСТ (30%); высокая эффективность и применимость в разных ситуациях сделали этот метод в данном стационаре успешно конкурирующим с психофармакотерапией. Форсированная инсулинокоматозная терапия (традиционный метод инсулинокоматозной терапии не применялся) тоже при наличии показаний всегда использовалась в ППР, хотя и не так широко, как ЭСТ. Гемосорбция (4%), краниocereбральная гипотермия (6%) и ультрафиолетовое облучение крови (2%) – довольно трудоемкие методы, чтобы быть широко применяемыми; однако при наличии соответствующих показаний и они приносили ощутимую пользу.

В части случаев методы интенсивной терапии у плановых больных применялись сочетанно, что было возможным только в условиях ОРИТ.

Отдельного упоминания заслуживают виды помощи, которые применялись у небольшой части исследованных плановых больных. Они не являются обязательными для ППР, но в части психиатрических стационаров могут быть значимыми для практики. Эти виды помощи следующие:

а) анестезия при сложных методах диагностики (КТ, ЯМР) у беспокойных психически больных, когда требуется сотрудничество или хотя бы неподвижность пациента;

б) применение инвазивных диагностических методик (например, люмбальная пункция) в плановом порядке: исследование по-

казало, что наиболее эффективным и безопасным является сосредоточение применения этих методов в ППР;

в) катетеризация центральных сосудов у плановых больных для проведения инфузионной терапии в общепсихиатрических отделениях (показания – невыраженность периферической венозной сети и необходимость в частых инфузиях). Исследование показало, что эта манипуляция, выполняемая в условиях ППР, при последующем тщательном уходе за венозным катетером со стороны персонала ППР, является достаточно безопасной операцией, не требует постельного режима для больного и существенно расширяет лечебные возможности для такого рода пациентов.

Некоторые из пациентов на разных этапах болезни переходили из подгруппы «экстренных» в подгруппу «плановых», и наоборот.

Один из таких случаев проиллюстрирован следующим клиническим примером.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №1508/371/240/4/16. Пациент Т. Е. В., 18 лет, житель Подольского р-на Московской области, студент 3-го курса финансового колледжа. Находился в МОПБ №23 с 24.11.1998 г. (переведен из МОПБ №2 им. Яковенко), выписан домой 05.03.1999 г.

ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИЙ

Основное заболевание: Острая (недифференцированная) шизофрения (дебют). Острый многоволновой приступ с полиморфной психопатологической симптоматикой и выраженными нарушениями гомеостаза.

Состояние после перенесенного злокачественного нейролептического синдрома.

Сопутствующие заболевания: Хронический тонзиллит.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Наследственность психопатологически не отягощена. Старший из 2 детей. Раннее и детское развитие без патологии. В школе учился хорошо, после школы – в финансовом колледже. От службы в армии получил от-

срочку в связи с учебой. Живет с родителями. По характеру общителен, но скрытен. Серьезными заболеваниями не страдал – кроме частых ангин и перенесенной за 2 месяца до настоящего заболевания черепно-мозговой травмы, по поводу которой лечился амбулаторно у невропатологов. С 10-го класса употреблял эпизодически гашиш, за месяц до настоящего заболевания познакомился с действием героина (несколько интраназальных введений) – без формирования признаков зависимости от обоих препаратов. Накануне данного заболевания имела место алкоголизация на проводах друга в армию и прием повышенного количества транквилизаторов.

АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ранее у психиатров не наблюдался. Психически заболел остро: стал возбужден, ночью не спал, жаловался на головную боль, «заговаривался», неадекватно «хихикал», что-то невнятно говорил; временами становился напряжен, не отвечал на вопросы, жестикулировал. По скорой помощи был доставлен в МОПБ №2, где находился с 12.11.98 г. с предположительным диагнозом «шизофрения» и развившейся после применения нейролептиков токсико-аллергической реакцией типа ЗНС: отмечался субфебрилитет с нарастающей тяжестью соматического состояния, дезориентировка, невнятная речь, двигательное возбуждение, чередование невнятного бормотания и громкого смеха, эпизоды психомоторного возбуждения с громкими криками, суетливостью и тревогой. Как потом вспоминал больной, «голова лопалась от мыслей... мыслей было слишком много и они путались»; «мог мысленно обмениваться информацией с окружающими»; «замечал, что в больнице находились подставные лица»; «незнакомые люди воспринимались как знакомые, но измененные». Начатое в МОПБ №2 лечение позволило уменьшить тяжесть состояния. Но, учитывая наличие в клинике болезни симптомов, указывавших на потенциально высокий летальный риск, больной для дальнейшего лечения был переведен в ОРИТ ОПКДЦ на базе МОПБ №23.

При поступлении в данный стационар – во времени ориентирован недостаточно, подозрителен, напряжен, на вопросы отвечает избирательно, порой тревожно озирается по сторонам. Иногда становился доступен контакту – тогда удавалось выяснить, что больной по большей части амнезировал период пребывания в МОПБ №2. Жаловался, что «наплывы» мыслей чередуются с «обрывами»; что испытывает на себе постороннее воздействие. Отмечалась непоследовательность суждений, амбивалентность, атактические ассоциативные соскальзывания. При поступлении в связи с остаточными явлениями ЗНС и необходимостью активного немедикаментозного лечения больной был помещен в отделение психореанимации (ОРИТ). По-

сле 1,5-месячного лечения в ОРИТ было достигнуто существенное улучшение состояния – устранена психотическая симптоматика, стабилизировалось соматическое состояние. Поэтому была предпринята попытка с целью дальнейшей реабилитации перевести больного в общепсихиатрическое отделение. Однако через неделю в связи с рецидивом психоза больной был возвращен в ОРИТ и долечивался там до выписки.

НАБЛЮДЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

Психическое состояние. При первичном поступлении в ОРИТ – проявления синдрома Кандинского-Клерамбо; аффекты тревоги, страха, растерянности, высказывание бредовых идей воздействия. Больной говорит о «вложенных в голову мыслях», «телепатически общается с богом, с людьми», совершает стереотипные символические движения, часто принимает вычурные позы и т. д. Крайне неусидчив, временами дурашлив, бестолков, под действием испытываемых псевдогаллюцинаций неадекватно ситуации улыбается, «застывает». После начатой по экстренным показаниям ФИКТ состояние значительно улучшилось, поведение упорядочилось, большая часть описанных расстройств была устранена.

Однако на 13-е сутки на фоне ФИКТ отмечено появление кататонно-гебефренной симптоматики: дурашливость, расторможенность, склонность совершать бессмысленные нелепые действия с бытовыми и медицинскими предметами; снимал и надевал одежду, нелепо манипулировал с ней и с постельным бельем (надевал носки на руки, закатывал доверху штанины и т. п.). Был моторно избыточно активен (пытался сесть на прикроватный столик, разобрать штатив для капельницы, без разрешения «изучать» таблетки и ампулы на столе медсестры). Широко жестикулировал, нелепо улыбался. На вопросы вместо ответов неуместно подмигивал или отвечал либо кивком, либо словами невпопад («сосед хочет героина»), либо рифмуя ответы с вопросом («когда?» – «в давние года»), что значительно затрудняло и делало непродуктивным контакт с больным. Иногда манерно закрывал глаза или уши руками. После подключения ЭСТ к ФИКТ состояние постепенно улучшилось: позитивная симптоматика значительно редуцировалась, поведение стало адекватным, упорядоченным, появилась возможность полноценного контакта с больным. На первый план выступили пассивность, некоторое эмоциональное уплощение, астения.

В последующем еще дважды с интервалом в месяц отмечались обострения болезни с клиникой аффективно-гебефренного синдрома (аффект с дисфорическим оттенком, дурашливость, манерность, парамимичность, неадекватная жестикуляция, нелепые поступки, избыточная подвижность). Ка-

ждое следующее обострение имело меньшую амплитуду выраженности симптомов и было короче предыдущего. В итоге многоволновой приступ полностью завершился, наступила ремиссия без существенной дефицитарной симптоматики; сохранялась лишь легкая манерность мимики и пантомимики. Восстановился адекватный интерес к учебе, домашним делам, общению с друзьями. Стал критично относиться к большинству проявлений перенесенного приступа болезни. Стабильность ремиссионного состояния была подтверждена двумя недельными пробными отпусками домой.

Соматическое состояние. Среднего роста, астенического телосложения, достаточного питания. При поступлении в больницу – кожные покровы чистые, бледные, на лице румянец. Язык чистый, влажный. Зев гиперемирован, миндалины умеренно гипертрофированы. Дыхание везикулярное. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. Тахикардия до 140 в 1 мин., пульс ритмичный, хорошего напряжения и наполнения. Отмечал периодически боли в области сердца и суставов. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Температура 37,2°C.

Первичное обследование было направлено на исключение ревматизма со специфическим миокардитом; клиническое и параклиническое исследования не дали достаточных оснований для диагностики этих заболеваний.

При повторных обострениях болезни, как правило, отмечался субфебрилитет, начальные признаки обезвоживания; эти явления удавалось быстро устранить. В дальнейшем – без существенной патологии внутренних органов. На момент выписки соматическое состояние удовлетворительное.

Неврологическое состояние. При поступлении и в дальнейшем – без очаговой и менингеальной симптоматики, признаков нейролептического синдрома нет.

Результаты инструментальных исследований

Рентгенография грудной клетки 25.11.1998 г.: Легочная гипертензия (нельзя исключить стеноз митрального клапана).

ЭКГ 24.11.1998 г.: Синусовая тахикардия. Вертикальное направление электрической оси сердца. Изменения миокарда левого желудочка, нагрузка на правое предсердие.

ЭКГ 26.11.1998 г.: По сравнению с 24.11.98 г. – без существенной динамики.

*Данные лабораторных исследований**Анализ крови*

<i>Показатель</i>	<i>Значение</i>	<i>Период болезни</i>
Сахарная кривая (ммоль/л)	3 - 4,2 - 4,3 - 4,5	27.11.98
Сиаловая проба (ед.)	290 $\Rightarrow$ 200	25.11.98 - 20.01.99
АЛТ (нмоль/л)	220 $\Rightarrow$ 50	-,-
АСТ (нмоль/л)	140 $\Rightarrow$ 50	-,-
Общий белок (г/л)	68 $\Rightarrow$ 66	-,-
Остаточный азот (мг%)	23,5	25.11.98
Мочевина (мг/л)	27	-,-
Тимоловая проба (ед.)	1,6	-,-
СОЭ (мм/час.)	4	За весь период
Лейкоциты (млрд./л)	9,6-9,4	-,-

*Анализ мочи: норма**Консультации специалистов*

Терапевт, 24.11.1998 г.: Инфекционно-аллергический миокардит, подострое течение с явлениями полиартрита (?).

ЛЕЧЕНИЕ – медикаментозное

Антианемические препараты.

Антигистаминные препараты.

Актовегин.

Витамины.

Дезинтоксикация медикаментозная.

Коррекция гемодинамики: антиаритмические препараты.

Ноотропы (пирацетам, церебролизин).

Церебральные вазопротекторы.

Противовоспалительные средства.

Психотропные средства (в остром периоде психоза): транквилизаторы; ГОМК.

Психотропные средства на этапе реабилитации: азалептин с медленным наращиванием доз от 25 до 150 мг/сут. – без осложнений; карбонат лития 900 мг/сут.

ЛЕЧЕНИЕ – немедикаментозное

ФИКТ – 20 сеансов: 16 ком, высокая инсулинорезистентность, средняя коматозная доза около 200 ед. инсулина, без осложнений. В период с 6-й по 16-ю кому ФИКТ сочеталась с ЭСТ (утром – сеанс ФИКТ, вечером – ЭСТ).

ЭСТ – 44 сеанса от 2 раз в сутки до 1 раза в неделю с 8.12.98 по 5.02.99. Наложение электродов – билатеральное; импульсы редкие групповые; ток 550 мА; наркоз – тиопентал; миоплегия – дитилин; искусственная вентиляция легких через маску аппарата РО-6. Осложнений не было, мнестических нарушений не отмечено.

КАТАМНЕЗ

Больной был выписан на поддерживающем лечении азалептином с рекомендацией осторожного постепенного снижения дозировок (со 150 мг/сут. – снижение по 25 мг в неделю) и карбонатом лития со снижением дозы от 900 до 600 мг/сут. После больницы эти назначения аккуратно выполнялись.

В последующие полгода (длительность катамнеза) обострений болезни не было, смог наверстать пропущенный в колледже материал, продолжает успешно учиться, признаков дефицитарной симптоматики не отмечается.

Данный пример иллюстрирует возможности ППР для лечения сложных экстренных и плановых больных. Особенности данного случая – тяжелая непереносимость ПФТ с явлениями ЗНС в дебюте болезни; сопутствующая соматическая патология; актуальный органический фон после недавней черепно-мозговой травмы; гиперергичность процесса с тенденцией к формированию фебрильных приступов. Высокая активность и прогрессивность процесса (череда обострений в структуре одного приступа с тенденцией к формированию дефекта) и наличие «ядерной» гебефренной симптоматики давали основания для пессимистичной оценки прогноза. Часто при стандартном лечении после первого же такого приступа наступают инвалидизирующие последствия – переход в непрерывное течение болезни или возникновение выраженного дефекта. Поэтому шансы на благоприятный исход оставляла только максимально активная и энергичная терапия, причем исключая психофар-

макологические препараты. Предпринятое сочетанное лечение (ЭСТ и ФИКТ) было возможно осуществить только в условиях ППР, особенно если учесть потребовавшиеся специальные мероприятия против инсулинорезистентности и повышенное курсовое число сеансов ЭСТ. Только такое лечение позволило устранить неблагоприятные тенденции заболевания и без осложнений достичь высококачественной ремиссии. Последующая психофармакотерапия у больного, недавно перенесшего ЗНС, также была бы весьма рискованной вне специальных условий ППР (лепонекс, хотя и является наиболее безопасным в этом отношении нейролептиком, но и он с большой вероятностью мог вызвать токсико-аллергические осложнения у предрасположенного к ним больного).

Приведенный пример демонстрирует также условность границ и взаимные переходы между подгруппами «экстренных» и «плановых» психореаниматологических больных.

4.3. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ ПСИХОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Поскольку вопросы применения методов интенсивной терапии у *плановых* больных обсуждались нами выше, представляется целесообразным в данном разделе подробнее рассмотреть особенности лечения *экстренных* больных ППР.

Терапия экстренных больных проводилась в соответствии с принципами, принятыми в общей анестезиологии-реаниматологии. По известным алгоритмам (Попова Л. М., 1983; Зильбер А. П., 1984; Рябов Г. А., 1994) оценивались основные патологические синдромы (нарушения водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, дыхательная недостаточность, гемодинами-

ческие расстройства, ДВС-синдром, нарушения реологии и микроциркуляции, недостаточность функции печени и почек, неврологические расстройства, отек мозга и др.). Особое внимание уделялось психиатрическим симптомам и синдромам как «профильным» для ППР. На основе посиндромной оценки состояния больного проводилась целенаправленная комплексная коррекция выявленных расстройств.

В анализ были включены 1943 экстренных больных, леченных в ППР в 1984 - 1998 гг. За 1 случай применения метода лечения принято хотя бы 1-кратное его использование у больного; многократные использования метода у одного и того же больного принимались за 1 случай.

Все виды лечебного воздействия в целях их дифференцированной оценки были разделены на 3 группы:

- медикаментозные
- немедикаментозные
- хирургические

Медикаментозные методы. Всего экстренных больных, у которых применялись медикаментозные методы, оказалось 1837 из 1943, т. е., в них нуждалось 94,5% от всех больных. Число случаев применения различных медикаментозных методов суммарно составило 15070. Таким образом, число видов медикаментозного лечения у «среднего» получавшего медикаментозную терапию больного составило 8,2, а в пересчете на каждого пролеченного экстренного больного (включая не нуждавшихся в медикаментах) – 7,8.

Частота применения у экстренных больных наиболее важных медикаментозных методов терапии, отдельных препаратов и их групп представлена в Таблице 10.

Таблица 10

**ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ В ППР
ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**
(см. продолжение на следующей странице)

№	Виды медикаментозной терапии, отдельные препараты или их группы	Всего случаев применения метода	Пролечено данным методом, % от всех больных, получавших медикаментозное лечение	Пролечено данным методом, % от всех больных (q)
1	Витамины	1725	93,90	88,78
2	Дезинтоксикация медикаментозная	1619	88,13	83,32
3	Психотропные средства	1543	84,00	79,22
4	Ноотропы	1323	72,02	68,09
5	Антибиотики	898	48,88	46,22
6	Коррекция гемодинамики	825	44,91	42,46
7	Церебральные вазопротекторы	803	43,71	41,33
8	Реотерапия	626	34,08	32,22
9	Непрямая электрохимическая детоксикация (гипохлорит натрия)	607	33,04	31,24
10	Антипиретики	440	23,95	22,65
11	Антигистаминные препараты	379	20,63	19,51
12	Диакарб	376	20,47	19,35
13	Гепатотропные препараты	353	19,22	18,17
14	Коррекция ВЭБ	338	18,40	17,40
15	Кортикостероиды	337	18,35	17,34
16	Актовегин	321	17,47	16,52
17	Осмодегидратация	290	15,79	14,93
18	Пирроксан	277	15,08	14,26
19	Коррекция свертываемости	226	12,30	11,63
20	Средства, улучшающие регионарное кровообращение	215	11,70	11,07
21	Коррекция КЩС	210	11,43	10,81
22	Десенсибилизирующие	209	11,38	10,76
23	Салуретическая дегидратация	171	9,31	8,80
24	Антианемические препараты	131	7,13	6,74
25	Бронхолитики	129	7,02	6,64
26	Гемостатики	110	5,99	5,66
27	Противовоспалительные	94	5,12	4,84
28	Альбунид	78	4,25	4,01
29	Сульфаниламиды	69	3,76	3,55
30	Антиконвульсанты	65	3,54	3,35
31	Ненаркотические анальгетики	39	2,12	2,01
32	Спазмолитики	35	1,91	1,80
33	Анаболические гормоны	33	1,80	1,70
34	Антидиарейные препараты	33	1,80	1,70
35	Форсированный диурез	29	1,58	1,49

№	Виды медикаментозной терапии, отдельные препараты или их группы	Всего случаев применения метода	Пролечено данным методом, % от всех больных, получавших медикаментозное лечение	Пролечено данным методом, % от всех больных (q)
36	Миорелаксанты	25	1,36	1,29
37	Противорвотные	23	1,25	1,18
38	Наркотические анальгетики	20	1,09	1,03
39	Профилактика дисбактериоза	17	0,93	0,87
40	Солкосерил	16	0,87	0,82
41	Ферменты ЖКТ	16	0,87	0,82
42	Антиферментные препараты	14	0,76	0,72
43	Медикаментозная стимуляция функций ЖКТ	14	0,76	0,72
44	Иммуностимуляторы	13	0,71	0,67
45	Антидотная терапия	12	0,65	0,62
46	Противогрибковые	8	0,44	0,41

Отдельного внимания заслуживает, на наш взгляд, спектр используемых в ППР психотропных средств, что проанализировано в Таблице 11.

Таблица 11

ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ППР

№	Название препарата	Число случаев применения	% от общего числа (1543) случаев применения психотропных средств
1	Транквилизаторы	1487	96,37
2	Барбитураты	1232	79,84
3	ГОМК	947	61,37
4	Дроперидол	548	35,52
5	Галоперидол	142	9,20
6	Антидепрессанты	122	7,91
7	Кетамин	59	3,82
8	Неулептил	16	1,04
9	Аминазин	7	0,45
10	Трифтазин	6	0,39

Как видно из Таблицы 11, наибольшее применение при лечении экстренных больных имели в ППР психотропные средства с минимальной токсичностью, достаточные для обеспечения пролонгированного наркоза.

Немедикаментозные методы. Всего больных, у которых применялись немедикаментозные методы, оказалось 1446 из 1943, т. е., в них нуждалось 74,4% от всех больных. Число случаев применения разных немедикаментозных методов суммарно составило 3106. Таким образом, число видов немедикаментозного лечения у «среднего» получавшего немедикаментозную терапию больного составило 2,1, а в пересчете на каждого пролеченного экстренного больного (включая не нуждавшихся в немедикаментозных методах) – 1,6.

Частота применения у экстренных больных наиболее важных немедикаментозных методов терапии представлена в Таблице 12.

Таблица 12

**ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ В ППР ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**
(см. продолжение на следующей странице)

№	Вид немедикаментозной терапии	Всего случаев применения метода	Пролечено данным методом, % от всех больных, получавших немедикаментозное лечение	Пролечено данным методом, % от всех больных (q)
1	Катетеризация мочевого пузыря катетером Фоли	996	68,88	51,26
2	Оксигенотерапия	292	20,19	15,03
3	Мероприятия по обеспечению проходимости дыхательных путей	177	12,24	9,11
4	Аэрозольные ингаляции	154	10,65	7,93
5	Энтеросорбция	139	9,61	7,15
6	Искусственное парентеральное питание	112	7,75	5,76
7	Переливание препаратов крови	111	7,68	5,71
8	ИВЛ	108	7,47	5,56
9	Интубация трахеи	86	5,95	4,43

№	Вид немедикаментозной терапии	Всего случаев применения метода	Пролечено данным методом, % от всех больных, получавших немедикаментозное лечение	Пролечено данным методом, % от всех больных (q)
10	Перкуссионный массаж грудной клетки	79	5,47	4,07
11	Реанимационные мероприятия	72	4,98	3,71
12	Очистительные клизмы	63	4,36	3,24
13	Банки	62	4,29	3,19
14	Респираторная терапия	62	4,29	3,19
15	Перевязки	59	4,08	3,04
16	Местное лечение конъюнктивита	56	3,87	2,88
17	Санация ТБД	55	3,80	2,83
18	Интубация желудка тонким пластиковым зондом	54	3,73	2,78
19	ЭСТ	48	3,32	2,47
20	Лечение посткатетеризационного флебита	45	3,11	2,32
21	Краниocereбральная гипотермия	39	2,70	2,01
22	Местное лечение трофических поражений кожи	39	2,70	2,01
23	Искусственное комбинированное (пар- и энтеральное) питание	37	2,56	1,90
24	Обработка против педикулеза	28	1,94	1,44
25	Местное лечение дерматита	25	1,73	1,29
26	Лазерное облучение повреждений кожи	22	1,52	1,13
27	Промывание желудка	22	1,52	1,13
28	Искусственное энтеральное питание	18	1,24	0,93
29	Методы физического охлаждения тела	16	1,11	0,82
30	Местное лечение инфильтрата	14	0,97	0,72
31	Обработка против чесотки	13	0,90	0,67
32	Местное лечение раны полости рта	10	0,69	0,51
33	Методы физического согревания тела	9	0,62	0,46
34	Электронаркоз	9	0,62	0,46
35	Местное лечение абсцесса	3	0,21	0,15
36	Наркоз ингаляционный	3	0,21	0,15

Хирургические методы. Всего больных, у которых применялись хирургические методы, оказалось 619 из 1943, т. е., в них нуждалось 31,9% от всех экстренных больных. Число случаев применения хирургических методов суммарно составило 993. Таким об-

разом, число видов хирургического лечения у «среднего» получавшего такое лечение экстренного больного составило 1,6, а в пересчете на каждого пролеченного экстренного больного (включая больных, не нуждавшихся в хирургическом лечении) – 0,5.

Частота применения у экстренных больных наиболее важных хирургических методов лечения представлена в Таблице 13.

Таблица 13

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ В ППР ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

№	Вид хирургического лечения	Всего случаев применения метода	Пролечено данным методом, % от всех больных, получавших хирургическое лечение	Пролечено данным методом, % от всех больных (q)
1	Катетеризация подключичной вены	363	58,64	18,68
2	Лазерное облучение крови	196	31,66	10,09
3	Катетеризация кубитальной вены	104	16,80	5,35
4	Люмбальная пункция	82	13,25	4,22
5	Гемосорбция	56	9,05	2,88
6	Оперативные вмешательства прочие	40	6,46	2,06
7	Ушивание раны	34	5,49	1,75
8	Местная анестезия	31	5,01	1,60
9	Катетеризация бедренной вены	29	4,68	1,49
10	ЭУФОК	17	2,75	0,87
11	Трахеостомия	12	1,94	0,62
12	ПХО и ревизия раны	11	1,78	0,57
13	Некрэктомия	9	1,45	0,46
14	Иммобилизация конечности	6	0,97	0,31
15	Шинирование нижней челюсти	3	0,48	0,15

Данные таблиц 10, 11, 12, 13 могут быть основанием для расчета годовых потребностей ППР в обеспечении медикаментами, расходными материалами и оборудованием. Для этого предлагается использовать формулу:

$$Q = A \times q, \text{ где}$$

Q – годовая потребность в конкретном лекарстве или материале,

A – ожидаемое годовое поступление экстренных больных (метод расчета приведен ниже, в разделе 4.6),

q – ожидаемая частота применения рассчитываемого препарата или метода (данные крайних правых столбцов таблиц 10, 12, 13).

4.4. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ В ППР

В предыдущих разделах были проанализированы различные параметры контингента больных, поступавших в ППР. После различных мер терапевтического воздействия в состоянии больных происходили изменения: одни выздоравливали (полностью или частично), другие умирали, третьи – существенно не изменяли своего состояния здоровья, у четвертых состояние здоровья ухудшалось. Для оценки качества работы ППР были изучены количественные характеристики этих вариантов исходов лечения. Итоги терапии у плановых и экстренных больных оценивались по-разному.

Плановые больные получали терапию не только в ППР, но и в общепсихиатрических отделениях. Поэтому общий итог терапевтического воздействия мог служить характеристикой их лечения в ППР только отчасти. В связи с этим мы не проводили исследования терапевтической эффективности применявшихся в ППР методов интенсивной терапии у плановых больных. Единственными показателями, зависевшими только от работы ППР, являлись осложнения и летальность от применявшихся методов. Эти данные были проанализированы за весь период исследования. Осложнения рассматривались дифференцированно:

- тип «А» – серьезные осложнения, представляющие угрозу для жизни, требовавшие специального лечения и прекраще-

ния проводившейся курсовой терапии (например, затяжная инсулиновая кома, сепсис);

- тип «Б» – легкие осложнения, не представляющие угрозу для жизни, которые требовали коррекции основной терапии и не препятствовали продолжению курсового лечения (например, перивазальные инфильтраты от инфузий, значимые повышения артериального давления во время сеансов).

Суммарные данные по обсуждаемому вопросу, основанные на изучении невыборочного массива по 763 плановым больным, леченным в 1984 - 1998гг. основными применявшимися в ППР методами интенсивной терапии, приведены в Таблице 14.

Таблица 14

**ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ
У ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ ППР (n = 763)**

Вид негативного влияния терапии	Частота, %
Осложнения типа «А»	0,6
Осложнения типа «Б»	3,2
Летальность	0,0

Эти данные, на наш взгляд, говорят о том, что при адекватной организации работы и правильном применении методов интенсивной терапии лечение плановых больных в ППР может расцениваться как вполне безопасное.

Лечение *экстренных больных* полностью зависело только от работы ППР. Поэтому клинические итоги лечения экстренных больных рассматривались нами как критерии эффективности этой работы.

Результат лечения оценивался в момент перевода (выписки) больного из ППР, при этом группы исходов заболеваний были интерпретированы следующим образом:

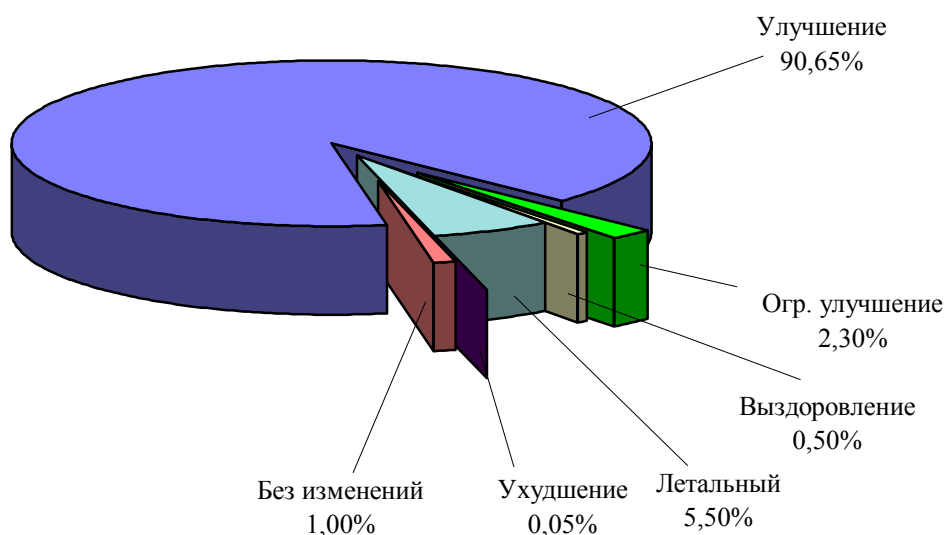
- «выздоровление» – полное устранение болезненной симптоматики, с которой пациент поступал в ППР, с возможностью выписки его из стационара;
- «улучшение» – достижение такого положительного изменения состояния здоровья по сравнению с моментом поступления, при котором пациент больше не нуждается в мероприятиях интенсивной терапии и может быть переведен в отделение общего профиля с целью реабилитации;
- «ограниченное улучшение» – частичное устранение отмечавшейся при поступлении патологической симптоматики, но с сохраняющейся у пациента потребностью в дальнейшем активном лечении (например, доведение пациента с кардиогенным шоком вследствие инфаркта миокарда до состояния транспортабельности с последующим переводом в кардиологическое отделение; устранение угрожающих жизни симптомов фебрильного приступа шизофрении, но с сохраняющимися на момент перевода проявлениями галлюцинаторно-параноидного синдрома);
- «без изменений» – симптоматика периода поступления не претерпела изменений, больной продолжает нуждаться в мероприятиях интенсивной терапии (чаще всего – когда уточненный диагноз требовал срочного перевода больного в профильный соматический стационар, например: у поступившего больного с острым психозом выявлено просмотренное скорой помощью проникающее ранение грудной клетки с пневмотораксом; соматическое состояние еще не

ухудшилось, психоз продолжается, но больной переводится в хирургическое отделение);

- «ухудшение» – состояние с момента поступления ухудшилось, и больной должен быть переведен в профильное отделение из-за отсутствия условий для его лечения в ППР (например, у поступившего больного с алкогольным делирием в первые часы терапии возникает желудочное кровотечение, при этом делирий продолжается, но перевод в хирургическое отделение вынужден по жизненным показаниям);
- «летальный» – в особых комментариях не нуждается.

Анализ результатов лечения экстренных больных в ППР (массив данных по 2065 больным за 1984 - 1998 гг.) представлен на Диаграмме 13.

Диаграмма 13
ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭКСТРЕННЫХ
ПАЦИЕНТОВ ППР



По принятым в реаниматологии критериям, адекватным завершением лечебного процесса в отделении реанимации считается

перевод пациента для долечивания в общемедицинское отделение, тогда как выписка его из больницы с полным выздоровлением свидетельствует о неправильной организации работы. Представленное на диаграмме соотношение исходов «улучшение» и «выздоровление» (90,6% и 0,5%) может считаться нормальным. Суммарное количество больных с исходами «ухудшение», «ограниченное улучшение» и «без изменений» равно 3,35%, что также соответствует средним статистическим данным по реанимационным отделениям.

Показатели летальности заслуживают более подробного рассмотрения.

4.5. ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ППР

Летальность является одним из показателей, наиболее красноречиво характеризующих качество лечебного процесса в ППР. Учитывая весьма разнообразный характер патологии, с которой приходится сталкиваться медикам в ППР, к вопросам летальности имеет смысл подходить сугубо дифференцированно – в зависимости от контингентов больных, для которых этот показатель рассматривается.

Среди *плановых больных* при правильной организации работы летальность должна быть нулевой (это подтверждается, в частности, данным исследованием: среди плановых больных случаев смерти не было, см. выше Таблицу 14), хотя в литературе для отдельных видов интенсивной терапии и имеются некоторые расчетные теоретические низкие уровни летальности, статистически вычисленные на больших массивах данных (Авруцкий Г. Я. с соавт., 1975). Смертельный исход терапии планового больного, жизни которого изначально ничего не угрожало, является очень тяжелым чрезвычайным происшествием и, помимо моральной травмы, гро-

зит медработникам и ППР в целом тяжелыми последствиями. Понимание этого требует от сотрудников ППР особой ответственности и профессионализма при работе с плановыми больными; во главу угла должен быть поставлен принцип «*noli nocere*» и категорический отказ от всех манипуляций, связанных с неоправданным риском. Врач не имеет права поддаваться целительскому азарту; в каждом случае он должен хладнокровно оценить возможности свои и своих помощников, а также рассмотреть все выявленные у планового пациента факторы риска, и иметь мужество отказаться от выполнения процедуры, в благополучном исходе которой он не уверен. Нулевая летальность – результат применения этих правил.

По-другому обстоит дело с *летальностью среди экстренных пациентов* ППР. Экстренный пациент изначально поступает в состоянии, потенциально грозящем летальным исходом. Поэтому вопрос о действии или бездействии врача в принципе стоять не может – должно быть сделано все возможное для спасения жизни больного. И если это не всегда удастся, то каждый конкретный случай имеет конкретные объективные и/или субъективные причины, анализ которых служит совершенствованию лечебного процесса в ППР.

Объективные причины летальности среди экстренных больных, как показывает анализ наших данных, делятся на три основных группы:

- слабость диагностической базы ППР;
- невозможность «объять необъятное» – если ППР вынуждено принимать на себя всю ургентную патологию, то для всех ее видов (неврологическая, кардиологическая, токсикологическая, пульмонологическая, нефрологическая и т. п.) не удастся создать равно высокого уровня терапевтических возможностей;

- принципиальная ограниченность возможностей медицины – определенный процент экстренных больных поступает с несовместимой с жизнью патологией.

Какие заболевания приводили к смертельным исходам, представлено в Таблице 15 (см. следующую страницу).

В этой части исследования представлен весь массив данных (108 умерших) за 1984 - 1998 гг. 90% случаев верифицировано патологоанатомически. Некоторые комментарии к табличным данным приведены ниже.

Как видно из представленной, информации, наибольшая летальность (каждый третий из умерших) отмечена вследствие пульмонологической патологии, что согласуется с данными литературы (Тощева Т. Е. с соавт., 1980) и подтверждает сделанный выше вывод о необходимости прицельного внимания в ППР к этому виду заболеваний.

На втором месте (каждый шестой из умерших) – смертность от острых расстройств мозгового кровообращения. Столь высокий показатель объясняется как тяжестью патологии, так и крайней сложностью перевода инсультных больных в профильные отделения нейрореанимации или экстренной неврологии, где часть умерших, возможно, смогла бы выжить. В регионах, где возможность такого перевода не является проблемой, ППР, видимо, не будут сталкиваться с тяжелыми проблемами лечения этой категории больных.

6,5% от всех умерших, которые приходятся на долю тяжелых острых алкогольных психозов, – это смертность именно от отека алкогольно измененного мозга (Запольский Э. М. с соавт., 1976), когда никакие сопутствующие заболевания не могли объяснить летального исхода. Другие тяжелые соматические проявления алкогольной болезни были причиной смерти только у 0,9% умерших.

Таблица 15

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ ППР

Причина смерти	Количество	
	чел.	%
Пневмония и др. тяжелые легочные заболевания	36	33,33
Острое нарушение мозгового кровообращения	18	16,66
Алкогольный делирий и другие острые алкогольные психозы с отеком мозга	7	6,48
Черепно-мозговая травма, включая в/ч гематомы	7	6,48
Тромбоэмболия легочной артерии	6	5,55
Клиническая смерть	5	4,63
Сепсис	5	4,63
Цирроз печени, гепатонекроз	3	2,77
Желудочное кровотечение	2	1,85
Энцефалит	2	1,85
Эпилептический статус	2	1,85
Рак	2	1,85
ИБС, острая коронарная недостаточность	2	1,85
Опухоль мозга	1	0,93
Панкреатит	1	0,93
Асфиксия	1	0,93
Политравма	1	0,93
Менингит	1	0,93
Туберкулез	1	0,93
Миокардит	1	0,93
Острое отравление	1	0,93
Тромбоз аорты	1	0,93
Перикардит	1	0,93
Алкогольная болезнь без отека мозга	1	0,93
ВСЕГО	108	100,0

Остальные представленные в Таблице 15 случаи иллюстрируют разнообразие патологии, встречающейся в ППР.

Отдельный интерес представляет вопрос, отличается ли уровень больничной летальности, связанной с urgentными психическими заболеваниями, до и после организации в больнице службы психореаниматологии. По данным литературы, высокий уровень летальности от этого вида патологии характерен не только для рядовых, но и для ведущих психиатрических больниц в период до открытия в них ППР (Шорина Р. Б. с соавт., 1982). Нами было проанализировано влияние ППР на больничную летальность в МОПБ №23 по двум заболеваниям: алкогольный делирий и эпилептический статус. Рассматривался 4-летний период до организации ППР (1980 - 1983 гг.) и 15-летний – при существовании ППР (1984 - 1998 гг.).

Полученные данные отражены в Таблице 16.

Таблица 16

**ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ 2 УРГЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:
ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАЛИЧИЯ В БОЛЬНИЦЕ ППР**

Заболевание	Число умерших по периодам, чел.	
	4 года без ППР	15 лет с ППР
Алкогольный делирий	10	7
Эпилептический статус	3	2

Летальность вычислялась как относительный показатель, нормированный с учетом длительности исследуемого периода и общего объема поступлений в больницу.

Статистический анализ показал, что в больнице без ППР годовая летальность пациентов с исследуемыми заболеваниями больше, чем в больнице с ППР (различия статистически значимы по критерию *T*-Стьюдента с доверительной вероятностью $P>99\%$). С учетом доверительных границ для сравниваемых показателей

можно с таким же уровнем вероятности ($P > 99\%$) утверждать, что больничная летальность от этих заболеваний уменьшилась после организации ППР не менее чем в 4 раза. Это дополнительно подтверждает оправданность организации ППР в психиатрическом стационаре.

* * *

Отдельного обсуждения заслуживает вопрос о принципах оценки летальности при ургентных психических заболеваниях. Методологическая проблема состоит в том, что нет единого мнения, как оценивать эту летальность. Пациент, поступающий в ППР с ургентным психическим заболеванием (напр., с алкогольным делирием), в случае неблагоприятного исхода погибает, как правило, от многочисленных осложнений и сопутствующих заболеваний, которые к финалу могут полностью утратить свою патогенетическую связь с исходным страданием.

Например, пациент Н., 37 лет, поступил в ППР с алкогольным делирием, осложненным хроническим бронхитом. Далее последовала цепь патогенетических событий: обострение бронхиальной патологии в форме обструктивного гнойного бронхита → развитие 2-сторонней бронхопневмонии → развитие респираторного дистресс-синдрома (РДСВ) с тяжелой гипоксией → гипоксическая кома в течение недели → разрешение пневмонии и РДСВ в результате интенсивной респираторной терапии → выход из комы в апаллический синдром → смерть от трофических и септических расстройств третичного порядка на 2-м месяце от момента поступления.

Другой пример – пациент Д., 48 лет, поступивший в ППР с алкогольным делирием; сопутствующим заболеванием было безобидное, на первый взгляд, варикозное расширение вен голеней. За

неделю все проблемы, связанные с острой психиатрической патологией, были разрешены, и пациент в удовлетворительном состоянии готовился к переводу в общепсихиатрическое отделение. В момент перевода, буквально на пороге отделения психореанимации, у пациента случилась массивная тромбоэмболия легочной артерии (отрыв тромба, сформировавшегося в одной из варикозно расширенных вен голени), повлекшая за собой смерть.

Формальный подход к оценке причин смерти у этих и многих подобных пациентов мог бы привести к внесению таких случаев в графу, соответствующую первичному заболеванию, т. е., в данных случаях – «смерть от алкогольного делирия». На наш взгляд, такой подход совершенно неправомерен и грешит логической ошибкой (*post hoc – non propter hoc*). Этот момент нередко ускользает от внимания даже тех исследователей, которые непосредственно изучают причины летальности при психических заболеваниях (Бурдаков А. В., 1997). Раньше, когда службы психореаниматологии еще не существовало, пациенты (со случаями, аналогичными первому примеру) просто не доживали до столь отдаленных патологических состояний и осложнений, а случаи, подобные второму примеру, из-за своей казуистичности не привлекали особого внимания. Поэтому проблема квалификации причин летальности не стояла с такой очевидностью. Теперь, когда жизнь отчетливо обозначила эту проблему, стало более явным несовершенство прежних принципов, по которым оценивали причины летальности при острых психических заболеваниях. Основываясь на наших данных (сопоставление клинического и патологоанатомического материала), мы приходим к выводу, что диагноз основного заболевания (причины смерти) у пациента, поступившего с ургентной психиатрической патологией, должен формулироваться дифференцированно – по одному из следующих трех вариантов:

а) причина смерти совпадает с первичным психиатрическим диагнозом – в тех случаях, когда патанатомически выявлены только признаки, облигатно присущие этому психическому заболеванию и вызвавшие смерть (например, отек мозга с вклинением ствола при алкогольном делирии, отек мозга и признаки асфиксии при эпилептическом статусе, кахексия в исходе сенильной деменции, и т. п.), и нет больше никаких находок, имеющих отношение к танатогенезу. Такие случаи среди умерших ургентных больных психиатрического стационара составляют всего 8,5% (Ротин Л. Я., Сураев В. И., 1993);

б) причина смерти формулируется как «комбинированное основное заболевание по типу конкурирующих» (при этом первичное ургентное психиатрическое заболевание является лишь одним из «конкурентов» среди двух или нескольких причин смерти) – в тех случаях, когда наряду с облигатными для психического заболевания летальными патанатомическими изменениями имеются и другие тяжелые сопутствующие болезни, вклад каждой из которых в танатогенез независим и неотделим от других. Пример – токсико-гипоксический отек алкогольно измененного мозга с вклинением ствола в сочетании с тяжелой тотальной пневмонией у пациента, поступившего с первичным диагнозом острого алкогольного психоза;

в) среди причин смерти первичный диагноз ургентного психического заболевания вообще не указывается – в тех случаях, когда смерть наступает в результате отсроченных осложнений 2-го, 3-го и т. д. порядка, утративших свою патогенетическую связь с исходным заболеванием, или вообще от случайных причин (как в вышеприведенных примерах, когда причиной смерти стал сепсис, развившийся в результате длинной цепи осложнений у пациента, поступившего с первичным диагнозом острого алкогольного пси-

хоза, или от тромбоэмболии легочной артерии, когда исходное заболевание – алкогольный делирий – уже вообще не представляло опасности для жизни).

Этот метод оценки причин смерти находится в полном соответствии с современными рекомендациями представителей патологоанатомической науки (Казанцева И. А., Крючкова Г. С., 1993).

Думается, что предлагаемый единый подход к проблеме летальности от ургентных психических заболеваний, будучи принят в ППР разных клиник и регионов страны, мог бы помочь сравнению показателей летальности, послужить основой для взаимопонимания клиницистов и патологоанатомов, стать ориентиром для совершенствования лечебно-диагностической помощи в ППР.

* * *

На наш взгляд, оценка летальности была бы неполной без исследования уровня смертности по «профильным» для ППР видам заболеваний.

Традиционно качество работы ППР оценивается по летальности от таких видов заболеваний, как алкогольный делирий, фебрильная шизофрения, ЗНС. Рассмотрим полученные нами результаты под этим углом зрения.

Из общего числа 1179 чел., лечившихся в ППР с диагнозом «алкогольный делирий» умерло 35 чел., т. е., 2,97%. Однако, патологоанатомами, как было показано в Таблице 15, это заболевание было признано причиной смерти только у 7 из них, т. е., у 0,59%. Это находится в согласии с клиническими наблюдениями и подтверждает правильность изложенных выше принципов оценки летальности от ургентных психических заболеваний. Думается, что значительные расхождения авторов в оценке летальности при де-

лирии (Сырейщиков В. В., Рюмин О. К., 1983 – 0%; Даниленко А. М., 1986 – 5%; Зинченко Л. Н., 1980 – 15-20%) связаны больше с методом оценки, чем с качеством лечения.

С диагнозом «фебрильная шизофрения» было пролечено 27 человек, из них умерло 2 (7,4%). И к этой группе заболеваний в полной мере относится сказанное об алкогольном делирии. Патанатомы ни в одном из этих 2 случаев не связали смерть с фебрильной шизофренией (в Таблице 15 такой строки нет), т. к. к моменту смерти никаких признаков начальной патологии уже не было, и танатогенез развивался по законам многочисленных отдаленных осложнений. Уместным было бы отметить, что, по нашему материалу, доля умерших среди лечившихся от фебрильной шизофрении (7,4%) практически равна доле умерших среди прочих больных шизофренией (6 из 82, т. е. 7,3%), поступавших в ППР в связи с другими причинами. Это свидетельствует о том, что при правильно организованном лечении фебрильная шизофрения перестает быть столь выдающимся по своей смертоносности заболеванием, каким являлась прежде, что согласуется с литературными данными (Цыганков Б. Д., 1997).

Пациентов с ЗНС было пролечено 8, из них никто не умер. Это, как и сказанное выше, на наш взгляд, подтверждает обоснованность создания ППР – именно в условиях таких подразделений удастся создать адекватные условия для лечения подобных тяжелых заболеваний.

Полученные в настоящем исследовании результаты дифференцированного анализа летальности при трех urgentных психических заболеваниях представлены в Таблице 17.

Таблица 17

КЛИНИКО-ПАТАНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ УРГЕНТНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ППР

Клинический диагноз психического заболевания	Патологоанатомическая формулировка основного заболевания – причины смерти (в % от общего числа лечившихся с данным клиническим психиатрическим диагнозом)		
	Психическое заболевание является един- ственной при- чиной смерти	Психическое заболевание является конкурирующей причиной смерти среди нескольких других (комбини- рованное основное заболевание)	Психическое заболевание не является причиной смерти
Алкогольный делирий	0,6	0	2,4
Фебрильная шизофрения	0	0	7,4
ЗНС	0	0	0

4.6. ПРОГНОЗИРУЕМАЯ ГОДОВАЯ НАГРУЗКА И РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В КОЙКАХ ДЛЯ ППР

Начиная данное исследование, мы полагали, что одними из наиболее важных для практики его результатов должны стать способы прогнозирования основных нагрузок и потребности в койках ППР в любой психиатрической больнице. В настоящем разделе описан предложенный нами способ решения этих вопросов.

Исходными данными при разработке излагаемой ниже методики прогнозирования были выясненные в исследовании: а) нозо- и синдромологическая структура контингента психореаниматологических больных; б) длительности лечения в разных подгруппах больных; в) интенсивные показатели встречаемости ургентных психореаниматологических заболеваний в общей популяции и среди больных психиатрического стационара; г) показатели нуждаемости психиатрического стационара в применении методов интен-

сивной терапии у плановых больных. Подобные интенсивные и экстенсивные показатели являются традиционными для медицинской статистики (Журавлева К. И., 1981; Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д., 1996). Комбинированное использование этих показателей для построения методики прогнозирования работы ППР в данном исследовании применено впервые.

Для прогнозирования нагрузки на ППР и потребности в психореанимационных койках были приняты следующие допущения:

- Установленные в настоящем исследовании особенности структуры контингента психореаниматологических больных, будучи экстраполированы на другие психиатрические стационары и регионы, могут служить ориентирами для расчетов, поскольку: а) исследование проводилось в типичной психиатрической больнице средней величины; б) в данном исследовании полностью представлены все компоненты потока больных психореаниматологического профиля; в) 15-летний период исследования оказался достаточным для получения статистически достоверных результатов и для исключения влияния несущественных факторов. Данные настоящего исследования *не могут* быть экстраполированы на: а) специализированные психиатрические стационары для детей и для больных пограничными состояниями; б) на регионы социальных и экологических катастроф (войны, землетрясения и т. п.), где структура исследовавшегося контингента больных может существенно отличаться.

- Среднее число поступающих за год в ППР плановых больных отражает годовую потребность в специальных видах лечения в общем психиатрическом стационаре и зависит от количества коек этого стационара.

- Среднее число поступающих за год в ППР экстренных соматических больных отражает годовую заболеваемость urgentной

соматической патологией в общем психиатрическом стационаре и зависит от количества коек этого стационара.

- Среднее число поступающих за год в ППР больных с urgentными психическими заболеваниями складывается из потока больных стационара и внебольничных поступлений. Оно зависит от: 1) числа коек стационара; 2) количества населения, для которого данная больница является скорпомощным психиатрическим стационаром; 3) того, направляется ли в данную больницу поток urgentной наркологической патологии (т. е., нет ли в обслуживаемом регионе специализированной наркологической больницы, принимающей на себя все алкогольные психозы).

* * *

В качестве числовых величин для расчетов прогнозируемых нагрузок и потребности в койках для ППР использованы данные из раздела 4.1. (Из этого же раздела продублированы буквенные обозначения некоторых величин – А, С, D, М, Р). Все данные относятся к работе ОРИТ, поскольку, как объяснялось выше, именно в этом типе ППР наиболее адекватно отражаются истинные потребности стационара в лечении всех категорий психореаниматологических больных. Использован массив данных о лечившихся в ОРИТ пациентах за 1992 - 1998 гг. – 1665 экстренных и 661 плановый больной.

Для расчетов приняты следующие условные обозначения:

- А – среднее число поступивших в ППР экстренных больных в год (в данном исследовании 236,4 чел.);
- С – среднее число поступивших в ППР плановых больных в год (в данном исследовании 94,4 чел.); $C=t \times S$;
- D – средняя длительность лечения экстренного больного (в данном исследовании равна 5,7 дней);

- Р – средняя длительность лечения планового больного (в данном исследовании равна 8,5 дней);
- М – количество дней в году (принято за 365);
- Р – население региона, для которого данная больница с ППР является скорпомощным психиатрическим стационаром (в данном исследовании 170 400 чел.);
- С – общее количество коек психиатрического стационара, в котором развернуто ППР (в данном исследовании 400);
- У – доля экстренной соматической патологии в общем потоке экстренных больных ППР (в данном исследовании 0,196);
- W – «соматический коэффициент ППР», число в диапазоне от 0,1 до 1, равное доле остро соматически заболевших в стационаре, которых НЕ удастся срочно (за период не более часа) перевести из психиатрического стационара в профильное соматическое учреждение, что приведет к помещению такого больного в ППР. Этот коэффициент зависит от таких факторов, как удаленность психиатрической больницы от соматического стационара, наличие транспорта, дорог, согласованность межбольничных переводов, возможность срочного выделения психиатрического поста. Диапазон начинается с 0,1 потому, что у 10% urgentных соматических больных острота заболевания не оставит этого часа на перевод в соматическое ЛПУ, и неотложные мероприятия придется в любом случае начинать в ППР. В данном исследовании этот коэффициент был равен 1 (т. е., возможность быстрого перевода urgentных соматических больных в профильные стационары отсутствовала);
- Х – доля экстренных больных, направляемых из стационара (в данном исследовании она равна 0,25);

- Y – доля, приходящаяся в потоке экстренных психических заболеваний на острые алкогольные психозы (в данном исследовании она равна 0,65);
- Z – «наркологический коэффициент ППР» – доля острых алкогольных психозов, которые в условиях данного региона должны попадать НЕ в данное ППР (число в диапазоне от 0 до 1). В данном исследовании оно равно 0, т. е., все острые алкогольные психозы, возникшие в регионе, направлялись в ППР;
- K_{Π} – необходимое ежедневное число коек для плановых больных в ППР; $K_{\Pi}=(t \times S \times P)/M$;
- K_3 – необходимое ежедневное число коек для экстренных больных в ППР; $K_3=[z \times (1-Y \times Z) \times R + S \times (y+u \times W)] \times D/M$;
- t – число плановых больных в год, направляемых в ППР, приходящееся на 1 койку психиатрического стационара, $t=C/S$ (подставляя значения, получаем число 0,236 чел./год);
- u – ежегодное число urgentных соматических больных, направляемых в ППР, приходящееся на 1 койку психиатрического стационара, $u=A \times V \times W/S$ (подставляя значения, получаем число 0,116 чел./год);
- y – ежегодное число urgentных психически больных, образующихся на 1 койку психиатрического стационара; $y=A \times (1-V) \times X/S$ (подставляя значения, получаем число 0,119 чел./год)
- z – ежегодное число urgentных психически больных, доставляемых в ППР, приходящееся на 1 человека из общего населения региона, обслуживаемого больницей по скорой помощи;
 $z=A \times (1-X) \times (1-V) \times (1-Y \times Z)/R$ (подставляя значения, получаем число 0,000839 чел./год);
- z_1 – число больных с urgentными психическими заболеваниями, которые за год поступят в ППР по скорой помощи и из стационара, чел./год; $z_1=z \times (1-Y \times Z) \times R + y \times S$;

u_1 – число больных с ургентными соматическими заболеваниями, которые за год поступят в ППР из психиатрической больницы, чел./год; $u_1 = u \times W \times S$.

Таким образом, пользуясь данными настоящего исследования, можно рассчитать планируемые годовые нагрузки для любого ППР, подставляя в формулы значения W , Z , S и R , свойственные конкретной психиатрической больнице и ее региону:

- C , число *плановых* больных за год, которое будет направлено в ППР, равно $0,236 \times S$ чел./год;
- z_1 , число больных с *ургентными психическими* заболеваниями, которые за год поступят в ППР по скорой помощи и из стационара, равно $0,000839 \times (1 - 0,65 \times Z) \times R + 0,119 \times S$ чел./год;
- u_1 , число больных с *ургентными соматическими* заболеваниями, которые за год поступят в ППР из психиатрической больницы, равно $0,116 \times W \times S$ чел./год.

Следуя дальше логике этих вычислений, можно выяснить производные величины – предполагаемую годовую загруженность коек ППР, а затем и ежедневную потребность в них в конкретной больнице. Для этого полученные величины u , t , y , z нужно будет умножить на соответствующую среднюю длительность лечения больных – экстренного (D , в данном исследовании равно 5,7 дней) и планового (P , в данном исследовании равно 8,5 дней), и разделить на число дней в году ($M=365$). Итогом будет число больных, ежедневно нуждающихся в пребывании в ППР, иными словами – количество коек ППР, которые следует развернуть в данной больнице.

В результате преобразования формул и подстановки конкретных значений получаем:

- K_{Π} , необходимое ежедневное число коек для плановых больных в ППР равно $0,0055 \times S$;
- K_3 , необходимое ежедневное число коек для экстренных больных в ППР равно:

$$[0,000839 \times (1 - 0,65 \times Z) \times R + S \times (0,119 + 0,116 \times W)] \times 0,01567$$

В общем виде эти формулы выглядят следующим образом:

$$C = t \times S \quad (1)$$

$$z_1 = z \times (1 - Y \times Z) \times R + y \times S \quad (2)$$

$$u_1 = u \times W \times S \quad (3)$$

$$K_3 = [z \times (1 - Y \times Z) \times R + S \times (y + u \times W)] \times D / M \quad (4)$$

$$K_{\Pi} = (t \times S \times P) / M \quad (5)$$

Для практического применения можно рекомендовать пользоваться числовыми значениями, полученными в настоящем исследовании, подставляя их в формулы (1 – 5). Значения W , Z , S , R подставляются в формулы исходя из характеристик конкретной больницы и региона. При этом нужно иметь в виду, что вычисленные по приведенным формулам значения с доверительной вероятностью $P > 95\%$ находятся в следующих пределах:

$$C \dots \pm 30\%$$

$$z_1 + u_1 \dots \pm 23\%$$

$$K_{\Pi} \dots \pm 13\%$$

$$K_3 \dots \pm 30\%$$

Входящие в формулы (1 – 5) базовые числовые значения, полученные в результате настоящего исследования, подытожены в следующей таблице.

Таблица 18

ЧИСЛОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ДЛЯ РАСЧЕТНЫХ ФОРМУЛ

Сим-вол	Значение	Ед. изм.	Величина
t	Годовое число плановых больных ППР, приходящееся на 1 койку психиатрического стационара	чел./койку	0,236
z	Годовое число urgentных психически больных, доставляемых в ППР скорой помощью, приходящееся на 1 человека из общего населения обслуживаемого больницей региона	чел.	0,000839
Y	Доля, приходящаяся в потоке экстренных психических заболеваний на острые алкогольные психозы	отн. ед.	0,65
У	Ежегодное число urgentных психически больных, образующихся на 1 койку психиатрического стационара	чел./койку	0,119
и	Ежегодное число urgentных соматических больных, образующихся на 1 койку психиатрического стационара	чел./койку	0,116
D	Средняя длительность лечения в ППР экстренного больного	дней	5,7
P	Средняя длительность лечения в ППР планового больного	дней	8,5

Для большей наглядности приведем примеры использования формул для расчета количества коек ППР в разных психиатрических больницах.

Пример 1. Психиатрический стационар минимального размера (например, психиатрическое отделение при ЦРБ). Количество коек 60, обслуживаемый регион 100 тыс. чел.

При $Z = 0$ (все urgentные наркологические заболевания направляются в данный стационар) и $W = 1$ (пациенты с urgentными соматическими заболеваниями не могут в течение часа быть переведены в соматический стационар) число коек для ППР максимально и равно 1,8.

При $Z = 1$ (urgentные наркологические заболевания не направляются в данный стационар) и $W = 0,1$ (пациенты с urgentными соматическими заболеваниями могут в течение часа быть переведены в соматический стационар) число коек для ППР минимально и равно 0,9.

Пример 2. Крупный психиатрический стационар (например, областная или межрайонная психиатрическая больница). Количество коек 1000, обслуживаемый регион 1 млн. чел.

При $Z = 0$ (все urgentные наркологические заболевания направляются в данный стационар) и $W = 1$ (пациенты с urgentными соматическими заболеваниями не могут в течение часа быть переведены в соматический стационар) число коек для ППР максимально и равно 22,3.

При $Z = 1$ (urgentные наркологические заболевания не направляются в данный стационар) и $W = 0,1$ (пациенты с urgentными соматическими заболеваниями могут в течение часа быть переведены в соматический стационар) число коек для ППР минимально и равно 12,1.

4.7. УЧАСТИЕ ППР В ОБСЛУЖИВАНИИ ПОСТУПАЮЩИХ В СТАЦИОНАР ПАЦИЕНТОВ

Исследование позволило установить, какая часть поступающих в психиатрический стационар больных нуждается в медицинской помощи в условиях ППР. Для изучения этого вопроса было

произведено сопоставление количественных показателей общебольничных поступлений с числом больных, прошедших лечение в ППР. Для исследования был выбран период 1992 - 1998 гг. – время работы ОРИТ: как указывалось раньше, именно этот тип ППР наиболее полно удовлетворяет потребности стационара в психореаниматологической помощи. Поэтому поток проходящих через ОРИТ больных может считаться репрезентативным для целей данного анализа. Исходный числовой материал представлен в Таблице 19.

Таблица 19

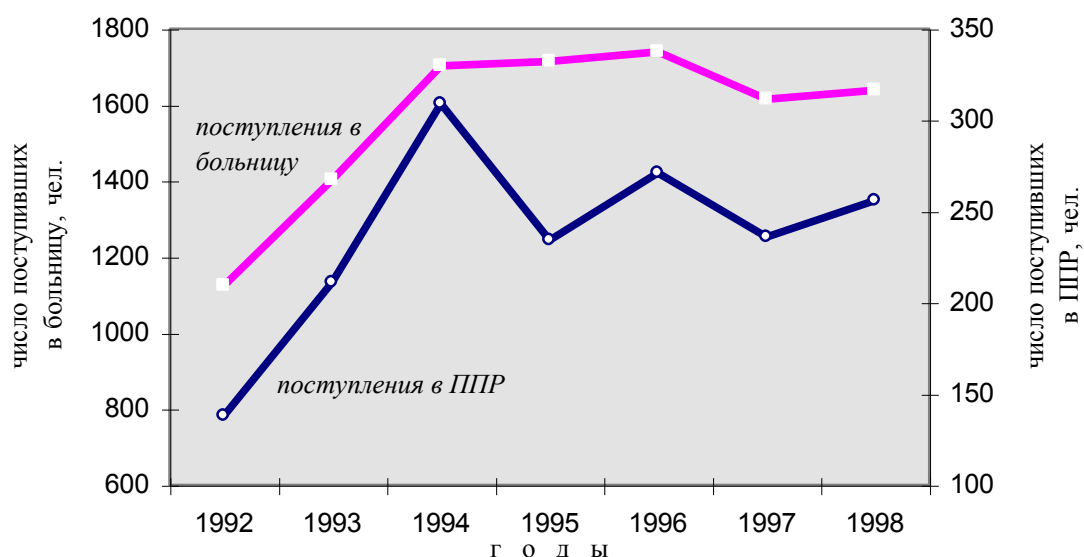
ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В БОЛЬНИЦУ И В ППР

Годы	Число поступивших больных, чел.		
	всего в больницу	в том числе, в ППР	
		экстренных	плановых
1992	1125	138	109
1993	1402	211	124
1994	1702	309	98
1995	1714	234	116
1996	1739	271	116
1997	1614	236	51
1998	1639	256	47
Всего	10935	1655	661

Прежде всего, представлялось важным выяснить, связано ли количество поступлений экстренных больных в ППР с объемом общебольничных поступлений. Ответ на этот вопрос помогает понять, является ли в популяции обслуживаемого больницей региона уровень заболеваемости ургентными состояниями психореаниматологического профиля постоянным, или он колеблется в соответ-

ствии с изменением уровня общей заболеваемости психическими расстройствами. Для большей наглядности результаты анализа представлены на Диаграмме 14.

Диаграмма 14
СВЯЗЬ ПОСТУПЛЕНИЙ ЭКСТРЕННЫХ
БОЛЬНЫХ В ППР С ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫМ
УРОВНЕМ ПОСТУПЛЕНИЙ



Математический анализ данных подтвердил очевидный из диаграммы высокий уровень корреляции ($r = 0,83$, $p = 0,05$) между количеством больных, поступающих в стационар, и числом экстренных больных, поступающих в ППР. Взаимосвязь между этими величинами описывается формулой, полученной методом наименьших квадратов:

$$y = 0,25x - 98, \text{ где}$$

x – число поступающих в стационар больных,

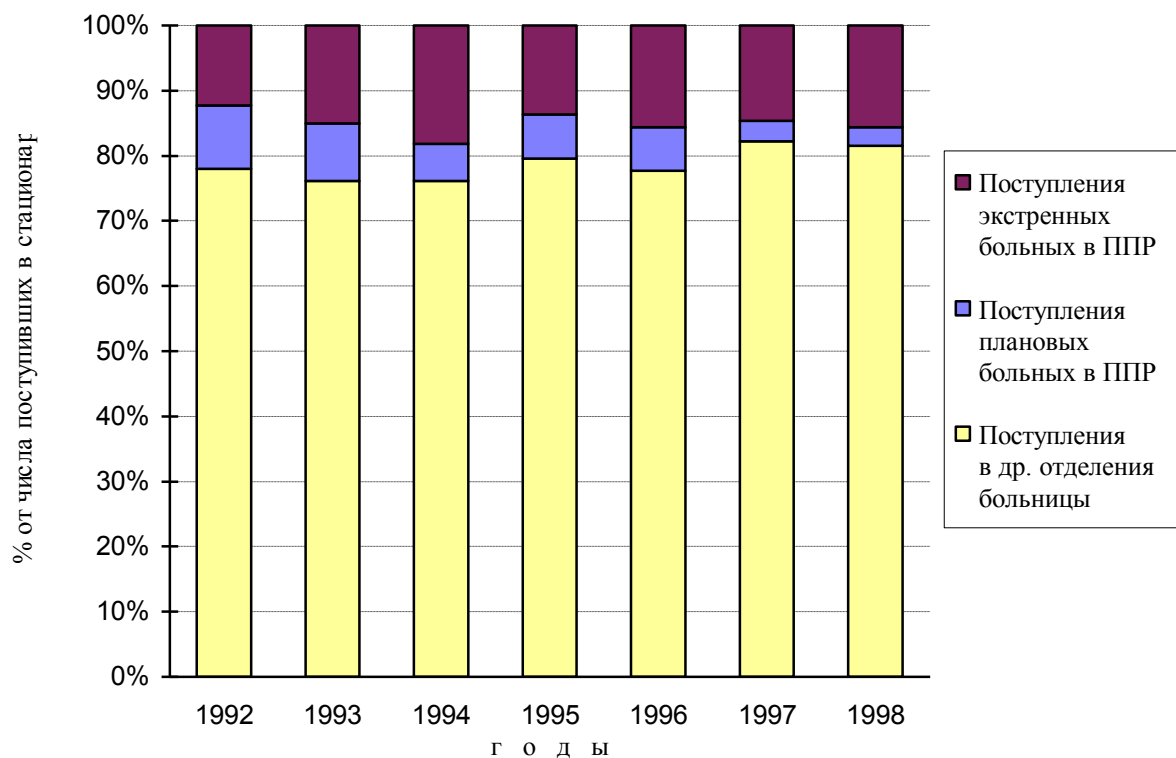
y – число поступающих в ППР экстренных больных.

Данная формула справедлива для значений $x \geq 400$.

Наличие выраженной положительной связи между анализируемыми величинами позволяет положительно высказаться в пользу гипотезы о параллелизме между колебаниями уровней общей заболеваемости психозами и заболеваемости urgentной психиатрической патологией в популяции.

Для уточнения роли ППР в психиатрической больнице представлялось существенным выяснить количественный вклад этого подразделения в лечение поступающих в стационар больных. Графическое представление данных приведено на Диаграмме 15.

Диаграмма 15
ПОСТУПЛЕНИЯ В ППР
НА ФОНЕ ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ



Математический анализ данных показал, что из общего числа поступающих в стационар пациентов $15,0 \pm 1,4\%$ ($p = 0,05$) подлежат лечению в ППР в качестве «экстренных» больных. С учетом «плановых» больных участие ППР в лечении поступающих в стационар больных возрастает до $21,2 \pm 1,8\%$ ($p = 0,05$).

В данном исследовании ППР было представлено 6-кочным отделением в 400-кочной больнице; кочный фонд ППР составлял, таким образом, 1,5% от общебольничного. Иными словами, на 1,5% больничных коч в ППР проходило те или иные этапы лечения 21,2% от поступающих в стационар больных. Таким образом, интенсивность нагрузки по поступающим больным оказалась в ППР в 14,1 раза выше, чем в других, общепсихиатрических, отделениях больницы. Выявленное соотношение, на наш взгляд, должно обязательно учитываться при расчете нагрузок на персонал ППР и составлении нормативов штатного расписания.

4.8. КОМПОНЕНТЫ КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ППР И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Как указывалось выше, разработанная в настоящем исследовании клиничко-организационная модель имеет, согласно теории моделирования сложных систем, два основных компонента: «*объект*» лечебно-диагностического воздействия (пациенты) и «*система*» для воздействия на этот объект (ППР). В предыдущих разделах были изложены конкретные этапы работы, в результате которых было изучено функционирование клиничко-организационной модели ППР и получены детализированные характеристики ее компонентов.

В данном разделе представлены общие характеристики «объекта» и «системы», а также общий взгляд на клиничко-органи-

зационную модель ППР.

4.8.1. Контингент обслуживаемых больных

Как показало исследование, основными показаниями к помещению больных в ППР, или основными критериями, формирующими группу «больные психореаниматологического профиля», являются следующие:

1. Сочетание психической и соматической патологии в любых пропорциях, обуславливающее:

- а) наличие угрозы для жизни больного;
- б) признаки ургентности в состоянии больного.

2. Вызванная спецификой состояния больного необходимость в применении методов интенсивной терапии, анестезиологии и реаниматологии.

Если состояние больного характеризуется первым или обоими критериями, он должен быть отнесен в подгруппу «экстренных» больных; если состояние удовлетворяет только второму критерию – в подгруппу «плановых».

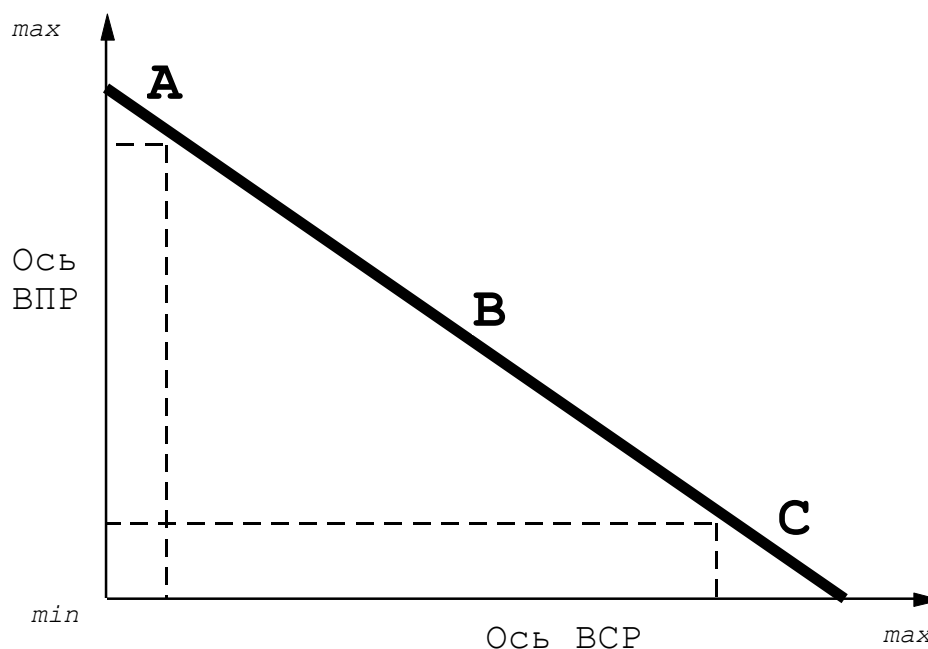
Подробные клинические характеристики контингента психореаниматологических больных приведены выше, в разделе 4.2.

Количественное соотношение подгрупп «экстренных» и «плановых» больных (в данном исследовании оно оказалось равным 2/1) есть величина, зависящая от характеристик конкретного психиатрического стационара. Это соотношение, как и абсолютные значения параметров контингента психореаниматологических больных, могут быть прогнозированы по методам, описанным в разделе 4.6.

Как видно из сформулированного выше 1-го критерия, подгруппа экстренных больных характеризуется сочетанием соматиче-

ской и психической патологии. Вклад этих расстройств при разных патологических состояниях проиллюстрирован Диаграммой 16.

Диаграмма 16
ЭКСТРЕННЫЕ БОЛЬНЫЕ
ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ:
СОЧЕТАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ПРИ РАЗНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ (СХЕМА)



На Диаграмме 16 обозначены: «ВПР» – вклад психических расстройств; «ВСР» – вклад соматических расстройств; min и max – минимальные и максимальные значения осей.

Линия диаграммы схематично отражает континуум экстренных больных психореаниматологического профиля.

Зона «А» соответствует клиническим ситуациям, при которых критерии «ургентность» и «опасность для жизни» обусловлены в основном психическими расстройствами. На этой части графика

расположены тяжелые опасные для жизни психотические поведенческие расстройства при различных психозах.

Зона «В» соответствует клиническим ситуациям, при которых критерии «ургентность» и «опасность для жизни» обусловлены психическими и соматическими расстройствами в широком диапазоне сочетаний. Это основная группа экстренных психореаниматологических больных – алкогольные психозы, фебрильная шизофрения, острые соматогенные и симптоматические психозы, эпилептический статус, тяжелые осложнения психофармакотерапии, и пр.

Зона «С» соответствует клиническим ситуациям, при которых критерии «ургентность» и «опасность для жизни» обусловлены в основном соматическими расстройствами. Эта относительно немногочисленная группа экстренных психореаниматологических больных представлена ургентными соматическими заболеваниями у душевнобольных.

4.8.2. Клиническая специализация ППР

В настоящем исследовании изучались неспециализированные типы ППР, ориентированные на лечение всего спектра патологии у экстренных и плановых больных.

В литературе имеются данные, а в практической медицине – некоторый опыт по организации специализированных типов ППР для лечения конкретных видов заболеваний или работы с определенными типами патологических ситуаций. Представляется целесообразным рассматривать эти разновидности ППР в рамках общей клинико-организационной модели.

Более подробно данные о вариантах клинической специализации ППР представлены в Приложении 7.1.

4.8.3. Организационные типы ППР

Всего в практической психиатрии, нормативных актах и литературных данных насчитывается 4 организационных типа ППР (пост, палата, блок и отделение интенсивной терапии).

Таблица 20

ТИПЫ ППР: ОТЛИЧИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ

Тип ППР	Основные отличительные особенности				Возможности ППР
	Наличие коек	Врач реаниматолог	Экспресс-лаборатория	Режим работы реаниматолога и/или экспресс-лаборатории	
Пост (группа)	-	+	-	круглосуточный или дневной	Оказание помощи в лечении экстренных и плановых больных в общепсихиатрических отделениях
Палата	+	-	-	-	Концентрация тяжелобольных в одном месте с минимальным объемом интенсивной терапии
Блок	+	+	+	дневной	Частичный объем интенсивной терапии и реаниматологического контроля за состоянием экстренных больных; некоторые виды планового лечения
Отделение	+	+	+	круглосуточный	Полный объем интенсивной терапии и реаниматологического контроля за состоянием экстренных больных; все виды планового лечения

Приведенная в Таблице 20 систематика основана на изученной нами работе двух типов ППР (блока и отделения интенсивной терапии), а также на теоретическом и практическом представлении, сложившемся об остальных типах ППР.

Из представленных в этой таблице данных видно, что полностью удовлетворить потребности психиатрического стационара может только отделение психореанимации. Прочие типы ППР отличаются редуцированным объемом возможностей.

* * *

На наш взгляд, заслуживают внимания и будущего изучения медико-экономические аспекты организации ППР. В частности, стоимость оснащения ОРИТ и содержания его персонала выше, чем в остальных ППР, но сокращение сроков лечения и снижение летальности определяют известные экономические выгоды.

* * *

Полученная в исследовании клиническая характеристика контингента психореаниматологических больных позволила определить *место ППР среди других психиатрических подразделений*. Схематично это отражено на Диаграмме 17 (см. следующую страницу).

На диаграмме ось абсцисс символизирует вектор опасности для жизни больного (от минимально до максимально выраженной); по оси ординат представлен вектор ургентности состояния (также от минимальной до максимальной выраженности). Как указывалось выше, эти два критерия являются характеристическими для отнесения психически больных к профилю психореаниматологии.

Диаграмма 17
МЕСТО ППР
СРЕДИ ДРУГИХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ (СХЕМА)



Из диаграммы видно, что:

- а) при слабо выраженной опасности и ургентности состояния пациенты подлежат лечению в амбулаторной сети;
- б) при повышенной опасности для жизни, но незначительно выраженном признаке ургентности состояния пациенты подлежат лечению в психосоматических (менее тяжелые больные) и сома-

топсихиатрических (более тяжелые больные) отделениях. Дифференциация показаний к лечению в этих двух типах отделений, основанная на критерии тяжести соматических заболеваний, регламентирована ныне действующим приказом МЗ СССР №225 от 21.03.1988 г.: «Соматопсихиатрическое отделение предназначено для больных, которые в силу выраженности психопатологической симптоматики не могут находиться в общесоматическом отделении, но нуждаются в активном лечении соматических заболеваний и травм, которое не может быть осуществлено в условиях психиатрического стационара. Психосоматическое отделение предназначено для стационарного лечения больных с сочетанной психической и соматической патологией, выраженность которой не достигает уровня, требующего лечения в условиях соматопсихиатрического отделения». Основной контингент этих отделений – душевнобольные с обострениями и декомпенсациями хронических соматических заболеваний;

в) при наличии выраженных признаков ургентности состояния, но отсутствии или малой выраженности опасности для жизни пациенты подлежат лечению в общепсихиатрических отделениях. Это основная масса больных, госпитализирующихся в психиатрический стационар по неотложным показаниям;

г) при наличии признаков значительной ургентности состояния в сочетании с признаками повышенной опасности для жизни пациенты подлежат лечению в подразделениях психореаниматологии.

4.8.4. Набор помещений ППР

Особенности размещения ППР зависят как от организационного типа ППР (см. раздел 4.8.3), так и от возможностей конкрет-

ного психиатрического стационара. Подробно полный перечень функциональных помещений для отделения психореаниматологии, основанный на данных настоящего исследования, представлен в Приложении 7.3.

4.8.5. Оборудование ППР

Анестезиология-реаниматология является дисциплиной, для которой характерна высокая насыщенность сложным медицинским оборудованием. Это в полной мере относится и к психореаниматологии, поскольку в ней используются практически те же (хотя и с некоторыми отличиями) медицинские технологии. Оснащение ППР оборудованием зависит от типа ППР, преимущественной ориентации по профилю больных (экстренные или плановые), освоенных лечебных и диагностических методик, наконец – от возможностей конкретной больницы.

Оборудование для ППР может быть разделено на следующие 10 групп:

- а) лечебное оборудование;
- б) медицинские инструменты;
- в) медицинское оборудование для ухода за больными;
- г) оборудование для кондиционирования воздушной среды;
- д) оборудование для стерилизации;
- е) контрольно-следящее оборудование;
- ж) специальное диагностическое оборудование;
- з) оборудование для экспресс-лаборатории;
- и) оборудование систем жизнеобеспечения;
- к) прочее оборудование.

Подробно базовый набор медицинского оборудования для функционирования отделений психореаниматологии представлен в Приложении 7.4. Приведенные в нем данные основаны на результатах настоящего исследования.

4.8.6. Штаты ППР

Круг задач, доступных для решения в ППР, во многом определяется набором персонала. Наличие или отсутствие тех или иных должностей является одной из главных характеристик, позволяющих отнести конкретное ППР к тому или иному организационному типу (см. раздел 4.8.3). Настоящее исследование позволило определить оптимальное штатное расписание для отделений психореаниматологии; оно может быть принято за основу при адаптации к условиям конкретного лечебного учреждения (см. Приложение 7.5).

4.8.7. Подготовка персонала и требования к его квалификации

Выявленные в настоящем исследовании специфика и разнообразие патологии, с которой сталкивается ППР, требуют от персонала специальной подготовки. Врачи, работающие в ППР, должны знать психиатрию в объеме, позволяющем оценивать психический статус больного и проводить дифференциальную диагностику urgentных психических заболеваний. Они должны иметь знания и навыки по анестезиологии, реаниматологии, интенсивной терапии, — за исключением «большой» хирургической анестезиологии. Необходимы и знания в ряде разделов соматической медицины (пульмонология, кардиология, токсикология, экстренная неврология).

Особая подготовка требуется и для средних медработников ППР. Она должна включать знания по психиатрии; объем навыков

и умений, свойственных медсестрам-анестезисткам; умение обращаться со сложным медицинским оборудованием, ассистировать врачам при сложных видах лечения. Как показала практика, для формирования таких специалистов среднего звена тоже необходимо специальное обучение – предпочтительно, на специальных курсах.

Специфика работы младшего персонала ППР состоит в сочетании ухода за тяжелобольными с грамотными приемами обращения с разными категориями острых психически больных. Предпочтительны работники с квалификацией «младшая медсестра по уходу за больными», которые могут получить дополнительное обучение на рабочем месте в ППР.

Главной причиной отсутствия в медицинской сети специалистов по психореаниматологии является отсутствие программ и циклов для обучения этому разделу медицины. Одной из задач настоящего исследования было заполнение этого пробела. На основании данной работы удалось определить, чему, в каком объеме и как следует обучать медицинских работников психореаниматологии. В результате были созданы и апробированы на практике программы для обучения разных категорий медицинских работников по психореаниматологии; программа для врачей представлена в Приложении 7.9.

4.8.8. Диагностические методы ППР

Особенности диагностического процесса в ППР определяются своеобразием контингента больных, и в первую очередь – задачами неотложной диагностики острой церебральной патологии. В этом плане ведущими, как следует из литературных данных и как показало настоящее исследование, являются визуализационные методы

(КТ, ЯМР), ликворологическая диагностика, лабораторные методы (для диагностики дисметаболической патологии ЦНС) и психопатологический анализ.

Диагностическая работа является основой не только первичного распознавания болезней, но и повседневного контроля над состоянием больных при их лечении. Применявшийся в настоящем исследовании набор диагностических методик, основанный на требованиях клинической реальности, может являться базовым для ППР, занимающегося лечением экстренных и плановых больных. Подробно данные о диагностических методах ППР представлены в главе 3 («Материалы и методы исследования»).

4.8.9. Лечебные методы ППР

Лечебные возможности должны отражать специфику встречающейся в ППР патологии. Как показало исследование, лечебные методы ППР могут быть разделены на 2 основные группы – обще-реанимационные и специальные. Другой принцип классификации основан на подразделении лечебных методов на 3 группы – медикаментозные, немедикаментозные и хирургические. Отработанный в исследовании набор лечебных методик представляется оптимальным для задач ППР и может служить базовым для подобных подразделений. Подробно комплекс лечебных методов ППР описан в главе 3 («Материалы и методы исследования»). Анализ частоты использования около 100 видов применяемого в ППР лечения приведен в разделе 4.3; эти данные могут использоваться для прогнозирования потребностей ППР в лекарствах и расходных материалах для лечения больных. Единственный из методов, который не применялся в исследовании, но является (по данным литературы) патогенетически обоснованным и высокоэффективным при подавляю-

щем большинстве патологических состояний, встречающихся в практике ППР, – это ГБО, которая также должна быть включена в базовый набор лечебных методик ППР.

4.9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К моменту начала настоящего исследования в психиатрии сложилось общее представление о том, что некоторая часть контингента психически больных нуждается для лечения в специальных интенсивных методах и особых, близких к реаниматологическим, условиях. При этом не были известны качественные и количественные характеристики этой совокупности больных (мы назвали ее «больные психореаниматологического профиля»); не было ясности и в вопросах, касающихся организации их лечения.

Исследование подтвердило, что в психиатрической больнице средних размеров (стационар на 400 коек), находящейся на удалении 20 км от города и соматических больниц, оправдана организация ППР. Смертность от «профильных» для ППР urgentных психических заболеваний снижается при этом не менее чем в 4 раза. Открываются новые перспективные возможности для лечения больных.

Важным результатом исследования стала возможность экстраполяции полученных данных на работу различных психиатрических больниц и регионов.

Исследование двух организационных форм ППР в психиатрической больнице – БИТ и ОРИТ – показало, что при равном количестве развернутых в них коек (6) эти два типа ППР существенно отличаются по своим возможностям.

Пропускная способность ОРИТ выше, чем БИТ, по экстренным больным в 5 - 7 раз, по плановым – в 3 раза.

БИТ в большей степени ориентирован на лечение плановых больных; эффективность лечения в нем urgentных больных ниже, а летальность выше, чем в ОРИТ. Экстренная специализация БИТ – в большей степени urgentные сомато-неврологические состояния, нежели острые психотические состояния. В отличие от этого, ОРИТ является универсальным ППР, способным в равной степени обеспечивать потребности стационара в квалифицированной помощи для обоих типов больных – плановых и экстренных, а среди экстренных – что и соответствует его профилю – преобладает направленность на лечение острых психозов. Уровень летальности среди экстренных больных ОРИТ в 1,5 раза меньше, чем в БИТ. При этом характерно, что в БИТ летальный исход в период до суток наступил у 24,1% от всех умерших, а в ОРИТ – лишь у 5%. Практически каждому летальному случаю в ОРИТ предшествует длительный этап борьбы за жизнь пациента; лечебный уровень БИТ не предусматривает таких возможностей, т. к. БИТ в первую очередь предназначен для оказания кратковременной неотложной помощи.

В ОРИТ появляется возможность ускорить лечение плановых больных, интенсифицируя их терапию и предлагая более широкий выбор возможностей.

ОРИТ оказалось способным полностью удовлетворить потребности психиатрического стационара в обслуживании больных психореаниматологического профиля. Мощность исследованного ППР обеспечивала заполнение его коек практически на 100%, и ОРИТ работал с некоторой перегрузкой в сравнении с принятыми в реаниматологии нормами. Это вызывало трудности в моменты «пиковых» нагрузок.

В то же время, исследование показало, что койки ППР почти наполовину заняты больными, нуждающимися уже не в мероприя-

тиях интенсивной терапии и реанимации, а в постреанимационной реабилитации. Здесь скрыты значительные резервы пропускной способности ППР. Введение в структуру ППР дополнительных реабилитационных коек могло бы быть хорошим организационным и экономически эффективным выходом.

Добавочным организационным фактором, который способствовал бы повышению пропускной способности ППР, может стать совершенствование критериев оценки их работы. Специфика ППР такова, что, в отличие от общепсихиатрических отделений, ориентация на «план койко-дней» препятствует рациональному использованию дефицитных реанимационных коек.

Исследование контингента экстренных поступающих в ППР больных выявило следующие закономерности.

Помимо традиционно известных показаний к помещению в ППР, связанных с соматической тяжестью психического заболевания, выявлена дополнительная категория показаний. Речь идет о группе больных, которых необходимо госпитализировать в ППР в связи со смертельно опасными особенностями их обусловленных болезнью поведенческих отклонений. На примере шизофрении изучен синдромальный тропизм этих особенностей поведения: депрессивный синдром наиболее опасен, т. к. связан со всеми тремя видами опасного поведения (стремление к самоубийству, самоповреждению, отказы от пищи); отказы от пищи оказались наиболее опасны для жизни при кататоническом синдроме.

Наиболее постоянная составляющая потока экстренных больных – острые алкогольные психозы. Они на разных временных отрезках, характеризовавшихся значительными социальными переменами в обществе, стабильно составляли 65% среди прочих психических заболеваний у поступающих экстренных больных.

Сезонная динамика общего потока экстренных больных выявила его неравномерность со статистически значимым повышением поступлений летом и снижением зимой. При этом сезонные колебания поступления больных с диагнозом «шизофрения» инвертированы (преобладание – зимой, минимум – летом) по сравнению с общей массой больных.

Возрастной состав группы экстренных больных близок по своей структуре к нормальному распределению. При этом наибольшее количество пациентов принадлежит к самой работоспособной возрастной группе 33 - 45 лет.

Контингент экстренных больных отчетливо маскулинизирован: соотношение мужчин и женщин в нем равно 5:1.

Пути поступления экстренных больных в ППР – в основном внебольничные: 2/3 пациентов доставлялись психиатрической бригадой скорой помощи из дома, с улицы или из подразделений МВД (эти больные чаще были в среднетяжелом состоянии); 1/14 часть доставлялась из соматических стационаров и других психиатрических больниц (обычно самые тяжелые больные). 1/4 поступлений – внутрибольничная, в порядке переводов из общепсихиатрических отделений в связи с возникающими urgentными соматическими (чаще) или психическими (реже) заболеваниями.

Обратные соотношения внутри- и внебольничных маршрутов наблюдались при дальнейших перемещениях больных после лечения в ППР. Выбывали экстренные больные из ППР в 81,6% случаев в отделения данной больницы, в 18,4% – вне ее: в другие психиатрические стационары (0,1%), соматические стационары (7%), подразделения МВД (0,2%) или домой (11,1%).

Нозологический спектр экстренной патологии был представлен на 65% urgentными наркологическими заболеваниями. Из них чаще всего встречались алкогольные делирии (2/3) и другие тяже-

лые алкогольные психозы (1/4). Дополнительное исследование для выработки более адекватных критериев тяжести алкогольного психоза выявило валидность 2 признаков тяжести (отек мозга и наличие сопутствующего соматического заболевания с летальным риском).

Такие признаки, как атипизм, наличие эписиндрома и протрагированность отягощали клинику алкогольных психозов незначительно (частоты встречаемости этих признаков находились в интервале 5 - 13% от всех алкогольных психозов).

Скорость устранения основной психопатологической симптоматики при острых алкогольных психозах оказалась равной в среднем 1,76 суток при рамках диапазона 1 час - 18 суток. Психотическую симптоматику у большинства больных удавалось устранить к исходу недели лечения. При этом на длительность острого психотического состояния мало влияли как усовершенствование организации лечебного процесса, так и различные модификации терапии. Это заставляет думать о наличии в патогенезе алкогольных психозов весьма ригидных биологических механизмов, развивающихся со строго определенной скоростью. Воздействовать на них на сегодняшнем уровне развития медицины, видимо, крайне трудно, и более реалистичной представляется терапевтическая задача следовать за естественными процессами в организме больного, обеспечивая максимальную безопасность преодоления этапов болезни.

Среди неалкогольной части потока экстренных больных ППР 57% составили острые органические и симптоматические психозы, 22% – шизофрения, 13% – эпилепсия и 8% – прочие urgentные психические заболевания.

Около 1/5 экстренных поступлений было связано с острыми сомато-неврологическими заболеваниями (при этом психические расстройства выступали в роли сопутствующих, фоновых, или воз-

никающих вторично за счет соматической патологии). Среди таких причин поступления лидируют острые отравления (27%), черепно-мозговые травмы (14%) и травмы других отделов тела (22%).

При рассмотрении общего спектра соматической патологии, встретившейся при лечении экстренных больных, на первое место выступили заболевания дыхательной системы (26% от всех соматических заболеваний и синдромов), сердечно-сосудистой системы (17%), а также ранения и травмы (13%). Каждый «средний» экстренный пациент ППР нуждался в лечении, или, по крайней мере, являлся носителем трех соматических заболеваний (основных, фоновых, сопутствующих или осложнений), причем их разнообразие вынуждало врачей проявлять компетентность практически во всех разделах соматической медицины.

Анализ контингента плановых больных показал, что этот компонент составил в условиях данного исследования около 1/3 от всех прошедших через ППР пациентов. Это соотношение зависит от особенностей конкретной больницы. Потребности стационара оказались наибольшими в отношении таких применявшихся методов интенсивной терапии, как лазерное облучение крови (46% плановых больных), электросудорожная терапия (30%) и форсированная инсулинокоматозная терапия (12%). Лечение остальными применявшимися методами – ультрафиолетовым облучением крови, краниocereбральной гипотермией, гемосорбцией – суммарно получили 12% плановых больных.

Доказана безопасность применения для плановых больных в ППР методов интенсивной общебиологической терапии и медицинских технологий анестезиологии-реаниматологии: частота осложнений 3,8%; летальности нет.

Важным результатом исследования было *выяснение потребности экстренных больных ППР в разных видах лечения*. Получен-

ные данные по 46 видам медикаментозного, 36 видам немедикаментозного и 15 видам хирургического лечения, применявшегося в ППР, могут служить ориентиром для планирования потребности в лекарствах и оборудовании для ППР.

Анализ результатов лечения в ППР выявил, что 93,5% экстренных больных улучшили свое состояние; у 1% состояние не изменилось или ухудшилось; умерло 5,5%. Такое соотношение исходов: а) соответствует средним величинам для нехирургических реанимационных отделений; б) указывает на соответствие организационных форм ППР задачам, которые ставит входной поток больных; в) косвенно подтверждает идентичность уровня тяжести болезней в ППР и общереанимационных отделениях соматических больниц.

Анализ летальности экстренных больных выявил ее ведущие причины: заболевания дыхательной системы (36% от всех умерших), острые расстройства мозгового кровообращения (18%) и тяжелые алкогольные делирии (7% от всех умерших).

В то же время, при анализе смертности от основных традиционно «профильных» для ППР заболеваний, вычисленной как доля от всех поступивших с этими заболеваниями, выяснилось следующее.

Смертность при фебрильной шизофрении составила 7,4% от всех поступивших с этой болезнью, что оказалось равным смертности в группе остальных («нефебрильных») ургентных случаев шизофрении: фебрильная шизофрения в условиях ППР утратила признаки заболевания с особо повышенным летальным риском. При летальных исходах причиной смерти (по патологоанатомическим данным) во всех случаях была не сама фебрильная шизофрения, а различные сопутствующие заболевания и отсроченные осложнения. От алкогольного делирия умерло 0,6% из более чем 1000 по-

ступивших с этой болезнью пациентов. Это на фоне известного из литературы уровня летальности при делирии является хорошим показателем. Наконец, от ЗНС больные в ППР не умирали совсем.

Анализ и сопоставление клинических и патанатомических данных выявил необходимость дифференцированной оценки смертности от ургентных психических заболеваний. Для этого летальность следует рассматривать отдельно в 3 группах: 1) причина смерти – психическое заболевание; 2) причина смерти – конкурирующие психическое и соматическое заболевание; 3) причина смерти – соматическое заболевание (психическое является при этом фоновым или сопутствующим и причиной смерти не является). Такое разграничение причин смерти должно сделать более объективной оценку качества работы ППР, а также сделать сопоставимыми результаты исследований разных авторов.

На основании *общего анализа контингента больных психореаниматологического профиля* стало возможным выявить закономерности его формирования, структурные составляющие. Это, в свою очередь, позволило перейти от выводов для конкретной больницы (где проводилось исследование) к научно обоснованному прогнозированию работы ППР в разных психиатрических стационарах, отличающихся по профилю, мощности и региональным условиям деятельности. Разработаны методики, позволяющие в любой психиатрической больнице определить ожидаемую структуру и количественные характеристики потока психореаниматологических больных, рассчитать количество коек ППР, необходимое для их лечения.

Выяснено, что из общего количества поступающих в психиатрический стационар больных около 21% нуждаются в получении специализированной помощи в ППР на тех или иных этапах лечения. Тот факт, что в ППР на 1,5% коечного фонда больницы полу-

чает помощь 21% поступающих пациентов, говорит о том, что интенсивность работы ППР по поступающим больным превышает таковую в общепсихиатрических отделениях в 14 раз. Это необходимо учитывать при планировании штатного расписания и составлении его нормативов.

Разработана клиничко-организационная модель подразделений интенсивной терапии и реанимации в структуре психиатрических больниц, которая имеет, согласно теории моделирования сложных систем, два основных компонента: «объект» лечебно-диагностического воздействия (пациенты) и «система» для воздействия на этот объект (ППР). Изучены закономерности структуры, функций, динамики, внутренних и внешних взаимоотношений обоих компонентов.

Сформулированы общие характеристики компонентов клиничко-организационной модели:

а) «объект» характеризуется 2 основными критериями, на основании которых формируется группа «больные психореаниматологического профиля» и возникают показания к помещению больных в ППР: сочетание психической и соматической патологии в любых пропорциях, обуславливающее наличие угрозы для жизни и признаки ургентности в состоянии больного, а также вызванная спецификой состояния больного необходимость в применении методов интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации. Изучение контингента экстренных психореаниматологических больных как континуума состояний с комбинацией психических и соматических расстройств позволило выяснить соотношение этих расстройств при разных типах ургентных заболеваний, встречающихся в психиатрии;

б) «система». Изучение закономерностей функционирования ППР определило их место среди других (общепсихиатрических,

соматопсихиатрических, психосоматических) подразделений психиатрической службы. Описано 4 организационных варианта ППР (группа, палата, блок и отделение психореанимации), определены их возможности. Приведены типы клинической специализации ППР. Представлены: оптимальный набор диагностических и лечебных методов и оборудования ППР, структура штатного расписания и требования к квалификации персонала.

Исследование позволило сформулировать *основные лечебно-диагностические функции* ППР:

1. Неотложная диагностика и дифференциальная диагностика urgentных психических заболеваний.
2. Прием на лечение экстренных психиатрических больных, состояние которых соответствует критериям поступления в подразделения психореаниматологии.
3. Посиндромная оценка состояния поступивших экстренных больных, основанная на круглосуточном мониторинге их психического и соматического статуса.
4. Патогенетически обоснованная интенсивная терапия поступивших экстренных больных, направленная на устранение критического состояния или на достижение транспортабельности.
5. Подготовка и организация перевода поступивших экстренных больных в профильные соматические стационары при установлении диагноза тяжелого соматического заболевания.
6. Отбор плановых психиатрических больных для лечения специальными методами с использованием технологий анестезиологии-реаниматологии и безопасное проведение такого лечения.

Итоговые основные характеристики (структура, динамика) потока психореаниматологических больных, а также обусловленные спецификой этого потока необходимые структурно-функциональные особенности ППР представлены в виде схемы на Рис. 1 (см. следующую страницу).

5. ВЫВОДЫ

1. В условиях типичной психиатрической больницы около 21% поступающих пациентов нуждается в лечебных и организационных мероприятиях интенсивной терапии. Это лечение необходимо для предотвращения летального исхода у тяжелобольных или является клинически обоснованной альтернативой по отношению к традиционной психофармакотерапии.

2. Среди urgentных психических заболеваний, требующих интенсивной терапии («экстренные больные»), наибольшее место занимают тяжелые формы острых алкогольных психозов (65%), органических и симптоматических психозов (14%) и шизофрении (5%). Из методов интенсивной терапии, необходимых в качестве альтернативы или дополнения к психофармакотерапии («плановые больные»), наиболее значимы методы квантовой терапии (46% от числа больных, нуждающихся в нефармакологическом лечении), электросудорожная терапия (30%), форсированная инсулинокоматозная терапия (12%), краниocereбральная гипотермия (6%) и методы эфферентной детоксикации (6%). Обеспечение «экстренных» и «плановых» больных адекватной помощью требует применения анестезиолого-реаниматологических условий и технологий.

3. Внедрение в психиатрической больнице методов интенсивной терапии и реанимации снижает летальность от urgentных психических заболеваний в среднем в 4 раза, сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

4. Разработанная в настоящем исследовании клинико-организационная модель подразделений психореаниматологии (ППР) существенно расширяет арсенал лечебных возможностей психиатрической больницы, позволяет внедрять новые эффективные методы лечения, повышает уровень безопасности терапии.

5. Основная особенность первого из изученных типов клинико-организационной модели ППР – блока интенсивной терапии (БИТ) – отсутствие круглосуточного участия в лечении больных врача анестезиолога-реаниматолога. БИТ способен частично решать стоящие перед ППР задачи, обладает редуцированными лечебно-диагностическими возможностями, ориентирован преимущественно на терапию «плановых» больных ограниченным набором методов и на кратковременное проведение мероприятий неотложной помощи «экстренным» больным.

6. Второй из изученных типов клинико-организационной модели ППР – отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – обладает полным набором специалистов (включая круглосуточное дежурство анестезиолога-реаниматолога) и возможностей, предусмотренных правилами организации отделений реанимации. ОРИТ является универсальным ППР, способным полностью удовлетворить потребности психиатрического стационара в проведении интенсивной терапии любыми методами для всех категорий «экстренных» и «плановых» больных; летальность в нем ниже, чем в БИТ, в 1,5 раза.

7. 15-летнее исследование в условиях типичного российского региона, обслуживаемого типовой психиатрической больницей, раскрыло нозо- и синдромологические закономерности частоты возникновения ургентных состояний в психиатрической практике, выяснило сроки и оптимальные алгоритмы их лечения, а также необходимость психиатрического стационара в применении методов интенсивной терапии. Это позволило разработать методику прогнозирования ожидаемых нагрузок и потребности в койках ППР для психиатрических больниц, с возможностью гибкой адаптации к конкретным условиям разных регионов и стационаров.

6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авруцкий Г. Я., Вовин Р. Я., Личко А. Е., Смулевич А. Б. Биологическая терапия психических заболеваний. – М.: Медицина, 1975. – 312 с.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Интенсивная терапия эндогенных психозов // Методические рекомендации. – М., 1978. – 46 с.
3. Авруцкий Г. Я. Принципы неотложной терапии в психиатрии // Материалы межобластной научно-практической конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 1-4.
4. Авруцкий Г. Я., Недува А. А., Хретинин Д. Ф., Никифоров И. А., Склянник А. Л., Рудик В. А., Гофман Д. Я. Форсированный способ инсулинокоматозной терапии (методика, особенности действия) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – Т. 84. – №9. – С. 1386-1389.
5. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
6. Авруцкий М. Я., Катковский Д. Г., Мусихин Л. В. с соавт. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на основные биологические процессы и гомеостаз больных // Анестезиология и реаниматология. – 1991. – №5. – С. 74-79.
7. Агарков А. П., Жижко Н. П., Осадший И. М. Ургентная терапия тяжелых алкогольных абстиненций и алкогольных психозов // Актуальные вопросы психиатрии. Материалы 1-й научной отчетной сессии СФ ВНЦПЗ АМН СССР, вып. 1. – Томск, 1983. – С. 76-77.
8. Александровский Ю. А., Тарнавский Ю. Б., Незнамов Г. Г., Бенькович Б. И., Валуева В. Н., Нисс А. И. Побочные действия при терапии транквилизаторами (диагностика, профилактика,

- купирование) // Методические рекомендации. – М., 1982. – 20 с.
9. Алкоголизм (руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. – М.: Медицина, 1983. – 528 с.
10. Алсаев Ю. Н. Лечение алкоголизма и алкогольных психозов в условиях районной больницы // Клинические и социальные вопросы алкоголизма. – Чита, 1972. – С. 87-88.
11. Амбрумова А. Г., Гилод В. М., Серпуховитина Т. В., Элькис И. С., Андрончиков М. М. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве за 1996 год // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Вып. 8. – №2. – С. 76-81.
12. Ануфриев А. К., Либерман Ю. И., Остроглазов В. Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний (Методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний). – М., 1990. – 112 с.
13. Асадов Б. М. Особенности нарушения электролитного баланса при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме // Вопросы клиники, диагностики, профилактики алкоголизма и наркоманий. – М., 1983. – С. 39.
14. Бажин Е. Ф. Атропиновые комы. – Л.: Медицина, 1984. – 128 с.
15. Банщиков В. М. Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями. – М.: Медицина, 1967. – 296 с.
16. Банщиков В. М., Кушелев В. П. Патоморфология сосудистых психозов. – М., 1976. – 256 с.
17. Белов В. П., Иванов А. И., Золотухин С. В., Слободчук Т. У. Использование гипербарической оксигенации в комплексном лечении алкогольных энцефалопатий // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии, часть II. – М., 1989. – С. 280-283.
18. Бердичевский М. Я., Власенко Л. Я. К вопросу дифференциации и лечения эпилептического статуса в условиях реанимацион-

- ного отделения краевой больницы // Материалы конференции по проблемам эпилепсии. – Ереван: Айастан, 1976. – С. 12-15.
19. Битенский В. С. Опыт патогенетического лечения алкогольного делирия // Нервно-психические заболевания экзогенно-органической природы. Труды МНИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1975. – Т. 71. – С. 580-584.
 20. Блохина В. П., Лощенова О. К., Шолом А. П., Пличко В. Ф. Эффективна ли гемосорбция при наркоманиях? // МРЖ, раздел XIV (психиатрия). – 1987. – №1. – С. 23.
 21. Боев И. В., Цыганков Б. Д. Интенсивная терапия больных с пограничными нервно-психическими расстройствами в общесоматической практике // Информационное учебно-методическое письмо. – Ставрополь, 1990. – 32 с.
 22. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А., Амчеславский В. Г., Воронина И. А., Зеленский Н. В., Колычева М. В. Клиника коллоидных кист III желудочка // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №12. – С. 4-8.
 23. Бронин С. Я. О сочетании острой травматической субдуральной гематомы с алкогольным делирием // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – Т. 86. – №6. – С. 922-926.
 24. Буйков В. А., Хамидулин Э. И. Биологические методы терапии в лечении больных опийными наркоманиями и барбитуровыми токсикоманиями // VI Всероссийский съезд психиатров. – М., 1990. – Т. 2. – С. 202-203.
 25. Бульман И. А., Браво О. С. Коррекция нарушений основных параметров гомеостаза у больных фебрильной кататонией // Проблемы неотложной психиатрии. – М., 1985. – С. 22-24.
 26. Бурдаков А. В. Клинический анализ летальных исходов при алкогольном делирии // Социальная и клиническая психиатрия. –

1997. – Вып. 7. – №3. – С. 88-92.
27. Бурцев Е. М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – Т. 98. – №1. – С. 45-48.
28. Буторина Г. В. Клинические особенности острых алкогольных психозов у больных различного возраста // Клинические проблемы алкоголизма / Под ред. Г. В. Зеневича. – Л.: Медицина, 1974. – С. 41-74.
29. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: ЛРНЦ Феникс, 1998. – 416 с.
30. Ведищев С. В., Козырев В. Н., Наумцев С. А. К вопросу об использовании эфферентных методов лечения в клинике психических болезней // Российский психиатрический журнал. – 1997. – №2. – С. 5-7.
31. Венчиков А. И., Венчиков В. А. Основные приемы статистической обработки результатов наблюдений в области физиологии. – М.: Медицина, 1974. – 152 с.
32. Вилков Т. А., Коваленко В. М., Дубатова И. В., Страдомский Б. В., Межова Л. И. Механизмы «шоковых» методов лечения шизофрении // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 505-506.
33. Вовин Р. Я., Гуревич З. П., Скорик А. И., Затонская М. С., Кюннапу И. В. Об интенсивной терапии эндогенных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – Т. 80. – №6. – С. 909-914.
34. Войцех В. Ф. К вопросу о структуре и динамике ипохондрических депрессий // Пятый всероссийский съезд невропатологов и психиатров (Иркутск, 1985). Тезисы докладов. – М., 1985. – Т. III. – С. 32-34.
35. Воронков Г. Л., Лисовенко В. И. Актуальные вопросы органи-

- зации лечебных отделений современной психиатрической больницы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – Т. 84. – №9. – С. 1354-1357.
36. Гегенава Н. О., Рыбальский А. М. Вегетативные нарушения при алкогольной абстиненции и их динамика в процессе лечения гемосорбцией // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Республиканский сборник научных трудов. – М., 1984. – С. 156-159.
37. Говорин Н. В., Злова Т. П. Влияние инсулинокоматозной терапии на процессы перекисного окисления липидов у больных параноидной шизофренией // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 646-647.
38. Голодец Р. Г., МаксUTOва Э. Л. Психопатологические аспекты современных форм острых вирусных нейроинфекций // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – Т. 91. – №4. – С. 94-98.
39. Гольдфарб Ю. С. Физико-химические методы гемотерапии при острых экзо- и эндотоксикозах // Анестезиология и реаниматология. – 1995. – №3. – С. 48-55.
40. Горбунова Н. А., Лужников Е. А., Чуркин Е. А., Кольцов Е. В., Дикий И. П. Роль гемосорбционной детоксикации в лечении хронического алкоголизма // IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров (Уфа, 1980). Тезисы докладов. – М., 1980. – Т. 2. – С. 69-71.
41. Городник Г. А., Ахламова Ю. И. Диагностика и лечение отека и набухания головного мозга у больных, находящихся в критических состояниях // IV всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов. Одесса 13-16 декабря 1989 г. Тезисы докладов / Под ред. Т. М. Дарбиняна. – М.: Всесоюзное научное общество анестезиологов и реаниматологов, 1989. – С. 344-345.
42. Гофман А. Г., Александрова Н. В., Нижниченко Т. И. Клиника

- и лечение тяжело протекающей белой горячки // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии. Часть II. – М., 1982. – С. 293-296.
43. Гофман А. Г., Нижниченко Т. И. Лечение больных алкогольными психозами в сельской местности // Соматоневрологические аспекты алкоголизма и алкогольных психозов. – М., 1984. – С. 41-46.
44. Гофман А. Г., Шамота А. З. Изменение структуры алкогольных психозов за последние 5 лет // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 702-703.
45. Гулямов М. Г., Асадов Б. М. Клиника и дифференцированная корригирующая терапия тяжелых форм алкогольного абстинентного синдрома // Методические рекомендации. – М., 1983. – 12 с.
46. Гурович И. Я. Побочные эффекты и осложнения при нейролептической терапии больных шизофренией: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – М., 1971. – 44 с.
47. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Богомолова Е. Д., Мясников А. А., Розенвассер А. С. О работе соматопсихиатрических отделений в структуре многопрофильных больниц // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90. – №11. – С. 82-86.
48. Гусев Е. И., Кузин В. М., Колесникова Т. И. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови при острых нарушениях мозгового кровообращения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85. – №1. – С. 9-16.
49. Давыдов А. Т., Нечипоренко В. В., Костюченко А. Л., Софроню А. Г., Боржак М. П., Рудой И. С., Малахов Ю. К. Экстракорпоральная гемокоррекция в терапии фармакорезистентных психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №8. – С. 29-32.

50. Даниленко А. М., Веселовский В. В., Кузнецов В. И., Воробейчик Г. Н., Туз М. В. Продленный медикаментозный сон в комплексе лечения тяжелых форм алкогольного делирия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1981. – Т. 81. – №7. – С. 1064-1067.
51. Даниленко А. М. Влияние геминеврину на функциональное состояние печени и холинергической системы при лечении тяжелых форм алкогольного делирия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – Т. 86. – №2. – С. 248-251.
52. Даниленко А. М. Объективные критерии тяжести течения алкогольного абстинентного синдрома и делирия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – Т. 91. – №2. – С. 74-79.
53. Дворкина Н. Я. Инфекционные психозы. – М.: Медицина, 1975. – 184 с.
54. Деконенко Е. П., Лебедев А. В. Герпетические энцефалиты с психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №12. – С. 87-90.
55. Динеева Н. Р., Беляева К. Н. Неотложные состояния алкогольного генеза в многопрофильной городской больнице // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 713.
56. Добжанский Т. Вопросы внутренней патологии у психически больных: Пер. с польск. – М.: Медицина, 1973. – 296 с.
57. Добжанская А. К. Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях. – М.: Медицина, 1973. – 192 с.
58. Добровольский А. В., Дробижев М. Ю. Психотропные средства у пациентов с соматическими заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – Т. 98. – №7. –

С. 53-62.

59. Доброхотова Т. А., Зайцев О. С., Леонов В. Г., Ураков С. В. Психические нарушения при травматических абсцессах мозга // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Вып. 8. – №1. – С. 44-50.
60. Долгих С. И., Старицын А. С. К вопросу о лечении алкогольных психозов в условиях хирургического стационара // IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров (Уфа, 1980). Тезисы докладов. – М., 1980. – Т. 2. – С. 93-94.
61. Дубатова И. В., Вилков Г. А., Межова Л. И. с соавт. Циркулирующие иммунные комплексы и их нейроспецифичность при инсулинокоматозной терапии // Материалы международной конференции психиатров. – М.: РЦ «Фармединфо», 1998. – С. 260-261.
62. Евдокимов М. В. О сочетании гемосорбции и электросудорожной терапии в лечении терапевтически резистентных случаев шизофрении // Тезисы международной конференции «Современные методы биологической терапии психических заболеваний» памяти Г. Я. Авруцкого. – М., 1994. – С. 23.
63. Епифанова Н. М. Гипербарическая оксигенация в лечении больных наркоманией, токсикоманией и алкоголизмом в постинтоксикационном и абстинентном периоде // Анестезиология и реаниматология. – 1995. – №3. – С. 34-39.
64. Ерохина Л. Г., Чекнева Н. С., Стаховская Л. В., Давлетханов Э. Д. Гипогликемические состояния в клинике неотложной невропатологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85. – №11. – С. 1609-1614.
65. Жариков Н. М., Иванова А. Е., Анискин Д. Б., Чуркин А. А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №6. – С. 9-15.

66. Журавлева К. И. Статистика в здравоохранении. – М.: Медицина, 1981. – 176 с.
67. Задорожний П. В. Сравнительный клинико-физиологический анализ восстановления нарушенных функций у больных алкоголизмом и алкогольными психозами при лечении краниocereбральной гипотермией и традиционными методами // Немедикаментозные методы лечения в клинической медицине. Тезисы докладов областной конференции. – Харьков, 1982. – С. 52-54.
68. Запольский Э. М., Буслович Л. Ю., Ямницкий М. Я. Клинико-морфологическая характеристика случаев алкогольного делирия, закончившихся летальным исходом // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. – Т. 76. – №7. – С. 1070-1073.
69. Зильбер А. П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. – М.: Медицина, 1984. – 480 с.
70. Зинченко Л. Н. К вопросу о патогенетическом лечении алкогольного делирия // IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров (Уфа, 1980). Тезисы докладов. – М., 1980. – Т. 2. – С. 110-113.
71. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №9. – С. 4-10.
72. Индикт С. Г. К вопросу о выборе лечебной тактики при алкогольном делирии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1979. – Т. 79. – №3. – С. 341-343.
73. Инструкция по применению электросудорожной терапии (ЭСТ) №21-59/ПС-79-1/ЭТ. – М., 1979.
74. Исаков Ю. В., Чуркин Е. А., Епифанова Н. М., Рыбальский А. М. Клиническая эффективность гипербарической оксигенации в комплексном лечении больных шизофренией // Журнал невроло-

- гии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1987. – Т. 87. – №12. – С. 1832-1835.
75. Исаханов П. М., Морковкин В. М. Реанимация при ургентных состояниях, возникающих как осложнения при специальной терапии психозов // Проблемы алкоголизма. Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний (сборник научных трудов) / Под ред. Г. В. Морозова. – М., 1973. – С. 113-117.
76. Казаковцев Б. А. Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в России // Российский психиатрический журнал. – 1998. – №1. – С. 7-11.
77. Казанцева И. А., Крючкова Г. С. Принципы построения и сличения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов // Информационное письмо Московского областного научно-исследовательского клинического института. – М., 1993.
78. Калинер С. С. Психические нарушения при травмах черепа и головного мозга. – Л.: Медицина, 1967. – 179 с.
79. Карлов В. А. Эпилептический статус. – М.: Медицина, 1974. – 176 с.
80. Карлов В. А. Интенсивная терапия при эпилептическом статусе // Материалы межобластной конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 69.
81. Карлов В. А., Макаров В. А., Бова И. Я. Лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания при ишемическом инсульте // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – Т. 84. – №9. – С. 1325-1329.
82. Карлов В. А. Терапия нервных болезней. – М.: Шаг, 1996. – 656 с.
83. Картелишев А. В., Кекелидзе З. И., Вернекина Н. С., Каплин Г. П., Мазурский М. Б., Еналиев Н. Р., Рунцов А. Ф., Еремينا Н. В., Жарикова Г. Г., Игельник М. В. Некоторые аспекты ле-

- чения тяжелых алкогольных делириев // Актуальные вопросы психиатрии. Материалы 1-й научной отчетной сессии СФ ВНЦПЗ АМН СССР, вып. 1. – Томск, 1983. – С. 104-106.
84. Картелишев А. В., Лакосина Н. Д., Морковкин В. М., Игельник М. В., Колупаев Г. П., Яковлев В. А. Лазеротерапия в комплексном лечении различных психопатологических состояний (катамнестический аспект) // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 520-521.
85. Кекелидзе З. И., Тваладзе М. Г., Чегелашвили А. Л., Чхеидзе М. А. Роль и место инфузий облученной ультрафиолетом аутокрови в лечении депрессивных состояний // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Вып. 3. – №3. – С. 88-94.
86. Кекелидзе З. И., Чехонин В. П. Критические состояния в психиатрии. – М.: Изд-во ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1997. – 362 с.
87. Кенджаев Ш. К. Нарушения кислотно-щелочного равновесия при тяжелой белой горячке // Актуальные вопросы психиатрии. Сборник трудов. – Душанбе, 1983. – С. 112-114.
88. Кирковский В. В., Лабань Ф. Н., Кременевский И. В., Старостин А. В., Дусь Д. Д., Ровдо И. М. Гемокарбоперфузия в лечении больных с опийным абстинентным синдромом // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №9. – С. 44-45.
89. Кирьянова Е. М., Прейс В. Б. Развитие материальной базы психиатрических учреждений в России и ее состояние на современном этапе // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Вып. 5. – №3. – С. 32-42.
90. Коваленко В. П. Опыт купирования тяжелой алкогольной абстиненции // Казанский медицинский журнал. – 1983. – №4. – С. 288-290.

91. Кондрашенко В. Т. Нарушения соматических функций при алкогольной интоксикации. – Л.: Медицина, 1977. – 176 с.
92. Кондрашенко В. Т., Зорко А. Т., Антонов А. И. Опыт работы отделения гипербарической оксигенации // Новые методы лечения и диагностики психических заболеваний. – Минск, 1989. – С. 21-23.
93. Косенко В. Г., Смоленко Л. Ф., Певзнер О. Г. с соавт. Опыт организации отделения интенсивной терапии в психиатрической больнице // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Вып. 7. – №1. – С. 111-113.
94. Косов Н. Е., Мосолов С. Н. Сравнительная эффективность детоксикационной гемосорбции и электросудорожной терапии у больных эндогенными депрессиями, резистентных к трициклическим антидепрессантам // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – Т. 91. – №4. – С. 74-78.
95. Костицын Н. В., Малин Д. И. Плазмаферез в сочетании с одномоментной отменой психотропных средств как метод обрыва затяжных эндогенных депрессий // Тезисы международной конференции «Современные методы биологической терапии психических заболеваний» памяти Г. Я. Авруцкого. – М., 1994. – С. 32.
96. Кузнецов В. И., Стернюк А. А., Новосад О. Ю. Использование гемо- и энтеросорбции в наркологической практике // Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов, т. I. – М., 1988. – С. 376-378.
97. Кутько И. И., Павленко В. В., Воронков Е. Г. Применение внутрисосудистого лазерного облучения крови при лечении терапевтически резистентных форм шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1992. – Т. 92. – №4. – С. 53-56.
98. Лакин Г. Ф. Биометрия. – М.: Высшая школа, 1973. – 344 с.

99. Лапицкий М. А., Рябова Е. А. Опыт работы отделения наркологической детоксикации // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 754-755.
100. Лечение затяжных инсулиновых ком, возникающих при инсулиновой терапии психозов // Методическое письмо ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева / Под ред. М. М. Кабанова. – Л., 1967.
101. Личко А. Е. Новое в инсулино-шоковом лечении психозов. – М.: Медицина, 1970. – 118 с.
102. Ломакин С. И. Применение кранио-церебральной гипотермии для лечения депрессий // Актуальные проблемы, современные достижения психоневрологии, их медико-технические аспекты в основных разделах и практике медицины. – Харьков, 1985. – С. 285-260.
103. Лопаткин Н. А., Лопухин Ю. М. Эфферентные методы в медицине. – М.: Медицина, 1989. – 352 с.
104. Лужников Е. Н., Чуркин Е. А., Горбунова Н. А., Барсуков Ю. Ф., Новиковская Т. В., Ивлева В. И. Новый способ лечения алкогольного делирия методом детоксикационной гемосорбции // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1979. – Т. 79. – №4. – С. 464-466.
105. Майбурд Е. Д., Федоров Н. С., Подушкин Н. В. Микроциркуляция у больных алкогольным делирием по данным конъюнктивальной биомикроскопии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – №2. – С. 82-86.
106. Максимов В. И., Лукасевич Л. Л. Локализованное внутрисосудистое свертывание крови в микроциркуляторном русле головного мозга при геморрагических инсультах // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – Т. 86. – №9. – С. 1297-1299.
107. Малин Д. И. Эффективность применения плазмафереза в пре-

- одолении резистентности к психофармакотерапии у больных эндогенными психозами // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 530-531.
108. Малин Д. И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. – М.: ТОО Спутник, 1997. – 144 с.
109. Малыгин В. Л. Клинико-патогенетические подходы к терапии шизоаффективных приступов шизофрении с кататоническими нарушениями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992.
110. Малыгин В. Л. Некоторые особенности терапии шизоаффективных приступов шизофрении с кататоническими нарушениями // Тезисы международной конференции «Современные методы биологической терапии психических заболеваний» памяти Г. Я. Авруцкого. – М., 1994. – С. 38.
111. Малыхин А. В. Динамика тяжести состояния больных в остром периоде алкогольного делирия по данным транспорта и усвоения кислорода // Материалы международной конференции психиатров. – М.: РЦ «Фармединфо», 1998. – С. 269.
112. Мартынов Ю. С., Казеев К. Н., Загородняя И. Л., Шувакина Н. А. Неврологические изменения при инсулиноме // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90. – №6. – С. 114-119.
113. Махровский В. Г. К вопросу о сочетании алкогольных делириев с острыми травматическими внутричерепными кровоизлияниями // Материалы межобластной научно-практической конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 27-32.
114. Медведев А. Е., Ротин Л. Я. К танатогенезу больных, направляемых с диагнозами алкогольных психозов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Вып. 3. – №2. – С. 75-81.
115. Мельников В. Ф., Хохлов Л. К., Никитина Н. Б. Центр деток-

- сикации как элемент новой модели наркологической службы // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 767-768.
116. Милейковский Ю. А. Дефицит тиамина при острых алкогольных психозах // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. – Т. 76. – №7. – С. 1074-1079.
117. Михайлова Н. Г., Решиков А. М., Токалов С. В., Хансон К. П., Корнилов Н. В., Ягунов А. С., Чухловин А. Б. Ликворосорбция у больных героиновой наркоманией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – Т. 98. – №6. – С. 32-34.
118. Морковкин В. М., Кекелидзе З. И. Неотложная помощь в психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1987. – Т. 87. – №2. – С. 271-274.
119. Мосолов С. Н., Мощевитин С. Ю. Применение электросудорожной терапии для обрыва континуального течения терапевтически резистентных аффективного и шизоаффективного психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90. – №4. – С. 121-125.
120. Мощевитин С. Ю. Применение электросудорожной терапии при резистентных состояниях аффективной и шизоаффективной структуры в рамках эндогенных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – №12. – С. 68-73.
121. Музыченко А. П., Домашнева И. В., Дмитренков С. И. Сравнительное изучение эффективности внутрисосудистого облучения крови лазером и иммуномодуляторов при лечении больных приступообразно текущей шизофренией, резистентной к проводимой терапии // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 535-536.
122. Мурский Л. И. Кранио-церебральная гипотермия. – М.: Меди-

цина, 1975.

123. Надольский И. А., Цыганков Б. Д., Бульман И. А. с соавт. Роль вегетативных расстройств в гемодинамических нарушениях у больных с фебрильными приступами шизофрении // Психопатология, психология эмоций и патология сердца. Тезисы всесоюзного симпозиума в Суздале. – М., 1988. – С. 58-59.
124. Недува А. А. Соотношение лекарственных и нефармакогенных методов лечения на разных этапах формирования терапевтической резистентности у больных шизофренией // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 536-537.
125. Нельсон А. И. Метод непрямой электрохимической детоксикации в психиатрии // Тезисы международной конференции «Современные методы биологической терапии психических заболеваний» памяти Г. Я. Авруцкого. – М., 1994. – С. 44-45.
126. Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Давыдов А. Т., Койстрик К. Н., Софронов А. Г., Боржак М. П., Рудой И. С. Эфферентная терапия фармакорезистентных психических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1998. – №2. – С. 26-30.
127. Николаенко Э. М. Состояние интенсивной терапии больных с острыми поражениями мозга. Реальность и перспективы // Актуальные проблемы и перспективы развития современной реаниматологии. – М., 1994. – С. 48-51.
128. Новикова Р. И., Черний В. И., Городник Г. А., Мареева Т. Е. Комплексная диагностика отека-набухания головного мозга у больных, находящихся в критических состояниях // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – №6. – С. 85-88.
129. Новикова Р. И., Черний В. И., Городник Г. А. Диагностика и

- дифференцированная терапия отека и набухания головного мозга у больных, находящихся в критических состояниях // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90. – №10. – С. 105-108.
130. Обухов Г. А., Волынец С. И., Королева Е. Г., Костейко Л. А. Лечение тяжелых форм алкогольного делирия // Методические рекомендации. – Минск, 1983.
131. Огурцов П. П. Об угрозе гибели не только люмпенов, но и нации в целом // Медицинская газета. – 1996. – №14.
132. Пашкевич Г. А., Морковкин В. М. Применение гемосорбции в лечении соматически осложненных форм алкогольного делирия // Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях. Сборник статей. – М., 1979. – С. 297.
133. Педак А. А. Лечение синдрома зависимости при опийной и эфедроновой наркомании методом центральной аналгезии в условиях стационара // Материалы международной конференции психиатров. – М.: РЦ «Фармединфо», 1998. – С. 336-337.
134. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. – М., 1996. – 136 с.
135. Первомайский Э. Б. Применение кранио-церебральной гипотермии для лечения больных белой горячкой с тяжелым течением и отеком-набуханием мозга // Новые методы диагностики, лечения, профилактики основных нервных и психических заболеваний. – Харьков, 1982. – С. 344-345.
136. Перехов А. Я., Дубатова И. В. Лечение фебрильной шизофрении инсулиновыми комами в условиях реанимационного отделения // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1998. – №2. – С. 31-32.
137. Платонов Г. Г. Совершенствование структуры и деятельности

- территориальной психиатрической службы // Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы (материалы международной конференции). – М., 1997. – С. 119-122.
138. Поляченко А. Б., Воронков Г. Л. Клинические особенности предикции и организации интенсивной терапии при белой горячке // Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т. 1. – С. 297-299.
139. Попова Л. М. Нейрореаниматология. – М.: Медицина, 1983. – 272 с.
140. Применение электросудорожной терапии в психиатрической практике // Методические рекомендации МЗ СССР. – М., 1989.
141. Протасевич Н. И. Патогенетические основы лечения больных белой горячкой // Актуальные проблемы, современные достижения психоневрологии, их медико-технические аспекты в основных разделах и практике медицины. – Харьков, 1985. – С. 300-302.
142. Пырков П. П. Этические аспекты лечения психически больных в общесоматических больницах // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 107-108.
143. Разумовская-Молукало Л. П. Гипогликемические состояния, симулирующие очаговые поражения головного мозга // Советская медицина. – 1978. – №7. – С. 134-138.
144. Романенко А. А. К вопросу о лечении острой алкогольной энцефалопатии // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Республиканский сборник научных трудов. – М., 1985. – С. 164-166.
145. Ротин Л. Я., Сураев В. И. Анализ летальности в первые дни госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Вып. 3. – №2. – С. 82-86.
146. Рябов Г. А. Синдромы критических состояний. – М.: Медицина, 1994. – 368 с.

147. Рябова Ф. В., Колычкова Т. А. Анализ летальных исходов при экстремальных ситуациях (на примере алкогольного делирия) // Материалы межобластной научно-практической конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 33-41.
148. Саарма Ю. М., Саарма М. М. Инсулино- и электросудорожная терапия в комплексном лечении больных шизофренией // Первый съезд психиатров социалистических стран. Материалы / Под ред. Г. В. Морозова. – М., 1987. – С. 124-128.
149. Семенова Т. Ю., Лифшиц В. Б. Некоторые аспекты стационарного лечения больных наркоманиями и токсикоманиями в условиях специализированного отделения // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии, часть I. – М., 1989. – С. 79-80.
150. Семенов В. Н., Врублевский О. П., Каменская В. Н. Современные подходы к объективной оценке тяжести состояния больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии с помощью интегральных оценок и экспертных индексов // IV всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов. Одесса, 13-16 декабря 1989 г.: Тезисы докладов / Под ред. Т. М. Дарбиняна. – М.: Всесоюзное научное общество анестезиологов и реаниматологов, 1989. – С. 483-484.
151. Сиволап Ю. П. К проблеме так называемых стероидных психозов в клинике системной красной волчанки // Тезисы международной конференции «Современные методы биологической терапии психических заболеваний» памяти Г. Я. Авруцкого. – М., 1994. – С. 53.
152. Скорик А. И. Формы и методы интенсивной фармакотерапии эндогенных психозов // Биологическая терапия в системе реабилитации психически больных. Сборник трудов ЛНИ ПНИ им.

- В. М. Бехтерева. – Л., 1980. – Т. 95. – С. 61-70.
153. Соколов И. М., Титов Ю. Л., Хетагуров А. В. Лечение эпилептического статуса по материалам отделения реанимации // Материалы межобластной конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 74-77.
154. Сосин И. К., Мысько Г. Н., Слабунов О. С., Гуревич Я. Л., Сема В. И., Ломакин С. Г. Неотложная наркология. – М.: РИО ЦОЛИУВ, 1986. – 88 с.
155. Сосин И. К., Гуревич Я. Л., Волков А. С., Пшук Н. Г. Использование оксигенотерапии в комплексном лечении алкоголизма. // Методические рекомендации. – Харьков, 1987. – 16 с.
156. Сочнева З. Г., Велмерс О. Л. Организация лечения больных алкогольными психозами в палатах интенсивной терапии // Тезисы докладов третьей всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма. – М., 1980. – С. 120-122.
157. Спивак Л. И., Ливанов Г. А., Александров Б. А. Основные принципы и направления интенсивной терапии тяжелых форм алкогольного делирия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – Т. 77. – №2. – С. 242-247.
158. Спивак Л. И., Райский В. А., Виленский Б. С. Осложнения психофармакологической терапии. – Л.: Медицина, 1988. – 168 с.
159. Стрелец Н. В., Уткин С. И. Острые психозы у больных хроническим алкоголизмом, развивающиеся в ходе стационарного лечения // Материалы международной конференции психиатров. – М.: РЦ «Фармединфо», 1998. – С. 346-347.
160. Стрельчук И. В. Лечение тяжелых форм алкогольного делирия // Вопросы клиники, диагностики, профилактики алкоголизма и наркоманий. – М., 1983. – С. 127.
161. Стрельчук И. В. Некоторые аспекты клиники и дифференци-

- рованного лечения больных алкогольным делирием // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1983а. – Т. 83. – №6. – С. 908-913.
162. Сырейщиков В. В., Рюмин О. К. Интенсивная терапия при алкогольном делирии // Материалы межобластной научно-практической конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 42-44.
163. Таранская А. Д., Реминяк В. И., Кондратьев А. А., Ломакин С. Г. Динамика вегето-сосудистых реакций у больных шизофренией при лечении краниocereбральной гипотермией // Новые методы диагностики, лечения, профилактики основных нервных и психических заболеваний. – Харьков, 1982. – С. 240.
164. Таранская А. Д., Кондратьев А. А. Методика краниocereбральной гипотермии в психиатрической практике // Немедикаментозные методы лечения в клинической медицине. Тезисы докладов областной конференции. – Харьков, 1982а. – С. 65-66.
165. Тарпи А. А., Рахминов Б. Я. Об особенностях лечения тяжелых форм алкогольного делирия // Нозологическое видоизменение психопатологических синдромов. Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний. Материалы IV конференции психиатров Таджикистана. – Душанбе, 1974. – С. 232-235.
166. Тиганов А. С. О фебрильной шизофрении. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1960. – Т. 60. – №4. – С. 461-468.
167. Тихоненко В. А. Профессиональная этика в психиатрии // Российский психиатрический журнал. – 1997. – №1. – С. 11-15.
168. Тищенко А. Т. Гипербарическая оксигенация в клинике психических нарушений при тяжелой черепно-мозговой травме // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. – Т. 76. – №2. – С. 262-268.

169. Тощева Т. Е., Ярославцев С. А., Улезко А. В., Калягин В. Н., Благоданов Ю. И. О причинах летальных исходов при тяжелых формах алкогольного делирия // IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров (Уфа, 1980). Тезисы докладов. – М., 1980. – Т. 2. – С. 285-287.
170. Тросько О. Ю. Применение ликворафереза при резистентных к терапии состояниях у больных шизофренией // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 553-554.
171. Урбах В. Ю. Биометрические методы. – М.: Наука, 1964.
172. Федин А. И., Лакосина Н. Д., Тетерина Е. Б., Жбанкова О. В., Симонов В. А., Шнырев А. П. Лечение гемосорбцией больных с атеросклеротической энцефалопатией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85. – №8. – С. 1176-1183.
173. Федин А. И., Ефимов В. С., Дубровская Н. И., Дмитриев А. А., Жукотский А. В., Гришин Л. В., Тетерина Е. Б., Семенищева Н. И. Реологические свойства крови и система гемостаза у больных дисциркуляторной энцефалопатией при лечении гемосорбцией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. – №6. – С. 72-77.
174. Федоровский Н. М. Непрямая электрохимическая детоксикация // Анестезиология и реаниматология. – 1995. – №6. – С. 46-50.
175. Фель Ф. М., Жарикова Г. Г., Игельник М. В., Смирнова И. К. Детоксикационные методы в комплексном лечении больных с психическими расстройствами критического регистра // Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов, т. I. – М., 1988. – С. 262-264.
176. Фергаген Дж. (Verhaegen J. J.). Проблемы больничной психи-

- атрической помощи в Нидерландах // Социальная и клиническая психиатрия. – 1991. – Вып. 1. – №1. – С. 47-50.
177. Форсированный метод инсулино-коматозной терапии психически больных // Методические рекомендации. – М., 1986. – 16 с.
178. Футирян П. И. Оптимизация психиатрической помощи в городе областного подчинения // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Вып. 8. – №1. – С. 117-118.
179. Хохлов Л. К., Турлаев В. Г., Мельников В. Ф. Опыт организации неотложной психиатрической и наркологической помощи в городе // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Вып. 7. – №1. – С. 98-103.
180. Хронобиология и хрономедицина / Под ред. Ф. И. Комарова. – М.: Медицина, 1989. – 400 с.
181. Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. – М.: Медицина, 1972. – 280 с.
182. Цупрун В. Е. Особенности терапии больных шизофренией с суицидальным поведением // Тезисы международной конференции «Современные методы биологической терапии психических заболеваний» памяти Г. Я. Авруцкого. – М., 1994. – С. 63.
183. Цыганков Б. Д. Некоторые организационные и терапевтические подходы к лечению urgentных состояний при шизофрении // Материалы межобластной научно-практической конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 108-111.
184. Цыганков Б. Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1988.
185. Цыганков Б. Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. – М.: ИА «Норма», 1997. – 232 с.

186. Цыганков Б. Д. Сравнительная эффективность методов лечения больных фебрильной шизофренией // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. / Под ред. А. Б. Смулевича. – М., 1999. – С. 148-161.
187. Чемный А. Б., Смолягин А. И. Некоторые показатели иммунитета у больных алкогольным делирием // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1986. – Т. 86. – №2. – С. 232-236.
188. Чернышев В. А., Тимашков В. И. Лекарственная сенсibilизация в развитии психических изменений при системных аутоиммунных процессах // Тезисы международной конференции «Современные методы биологической терапии психических заболеваний» памяти Г. Я. Авруцкого. – М., 1994. – С. 64.
189. Черняховский Ф. Р. Организация отделения анестезиологии-реаниматологии. – М.: Медицина, 1992. – 192 с.
190. Чеснокова И. Г. Соматические нарушения при тяжелом алкогольном делирии // Материалы межобластной научно-практической конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983. – С. 45-48.
191. Чехонин В. П., Рябухин И. А., Гурина О. И., Анин. А. Н., Антонова О. М., Белопасов В. В. К вопросу о механизмах аутоагрессии антител к нейроспецифическим белкам через гематоэнцефалический барьер // Российский психиатрический журнал. – 1997. – №1. – С. 43-45.
192. Чехонин В. П., Кекелидзе З. И., Рябухин И. А., Гурина О. И., Тимофеева Л. А., Ажкамалов С. И., Артемкина И. В. Комплексный иммуноферментный анализ нейроспецифических белков как критерий оценки проницаемости гематоэнцефалического барьера при нервно-психических заболеваниях // Российский психиатрический журнал. – 1998. – №2. – С. 48-52.

193. Чуркин А. А. Психическое здоровье населения России в 1985-1995 гг. // Российский психиатрический журнал. – 1997. – №1. – С. 53-58.
194. Шанин Ю. Н., Спивак Л. И., Ливанов Г. А., Александров Б. А., Фролов Б. С. Интенсивная терапия тяжелых форм алкогольного делирия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1970. – Т. 70. – №7. – С. 1050-1055.
195. Шорина Р. Б., Крескина Н. В., Папсуев О. П., Цыганков Б. Д., Еникеев И. Д., Нечаев А. К., Николаев А. А., Катков А. Л., Сулухия С. В. Анализ некоторых причин смерти больных шизофренией в Московской клинической психиатрической больнице №1 им. Ганнушкина за период 1972 - 1982 г. // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных (тезисы конференции). – М., 1982. – С. 38-40.
196. Шпилея Л. С. Системное применение методов экстракорпоральной гемокоррекции в терапии психических расстройств в наркологической практике // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 559-560.
197. Штерева Л. В., Неженцев В. М. // Клиника и лечение алкоголизма. – Л.: Медицина, 1976. – 128 с.
198. Энтин Г. М., Крылов Е. Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний, т. 2. – М., 1994. – 172 с.
199. Энтин Г. М., Овчинская А. С. Динамика наркологических заболеваний населения Южного административного округа г. Москвы в 1994-1996 годах. Сообщение 1. Алкогольные психозы, хронический алкоголизм, злоупотребление алкоголем // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Вып. 8. – №1. – С. 30-35.
200. Юдин В. М. Клиника острых психозов вследствие злоупотребления препаратами с холинолитической активностью // XII

- съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 857-858.
201. Юрченко Н. П. Особенности применения кранио-церебральной гипотермии в комплексе лечения больных с различными вариантами белой горячки // Актуальные проблемы, современные достижения психоневрологии, их медико-технические аспекты в основных разделах и практике медицины. – Харьков, 1985. – С. 303-304.
202. Ялдыгина А. С. Эфферентные методы детоксикации головного мозга // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 560-561.
203. Яровицкий В. Б. Основные принципы лечения послеродовых инфекционных психозов // XII съезд психиатров России. – М.: Российское общество психиатров, 1995. – С. 561-562.
204. Ястребов В. С., Солохина Т. А., Шевченко Л. С., Рытик Э. Г. Организационный и экономический аспекты психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. – Т. 98. – №1. – С. 5-9.
205. Abbar M., Carlander B., Castelnau D. Tricyclics and malignant syndrome // Eur Psychiatry. – 1997. – V. 11. – N. 4. – P. 212-213.
206. Addonizio G., Susman V. L., Roth S. D. Symptoms of neuroleptic malignant syndrome in 82 consecutive inpatients // Amer. J. Psychiatry. – 1986. – V. 143. – N. 12. – P. 1587-1590.
207. Allebeck P., Varia A., Wistedt B. Suicide and violent death among patients with schizophrenia // Acta psychiatr. scand. – 1986. – V. 74. – N. 1. – P. 43-49.
208. Anastasov V., Bogatinov V., Sotirova T., Kujundziska M., Filovska V. Aggressivity, violence and impulsiveness in schizophrenia and treatment // Emergency Psychiatry. Why? IV International Congress on Emergency Psychiatry. Abstracts. – Turin (Italy), 1995. – P. 5.

209. Araki Sh., Murata K. Suicide mortality in Japan: Analysis of the unusual secular trends // *Tohoku J. exp. Med.* – 1986. – V. 149. – N. 2. – P. 205-211.
210. Asiola F., Grassi G. Places to treat emergencies in the mental health service // *Intervention models in emergency psychiatry.* – Turin (Italy), 1992. – P. 127-137
211. Bagedahl-Strindlund M. Parapartum mental illness: Timing of illness onset and its relation to symptoms and sociodemographic characteristics // *Acta psychiatr. scand.* – 1986. – V. 74. – N. 5. – P. 490-496.
212. Barbuto J. Preventing sudden death during a catatonic episode // *Hosp. Commun. Psychiatry.* – 1983. – V. 34. – N. 1. – P. 72-73.
213. Bassi M. The context of psychiatric emergencies // *Fifth World Congress of International Association for Emergency Psychiatry: Psychiatric Emergencies in a Changing World (Abstracts).* – Brussels (Belgium): IAEP, 1998. – P. 8.
214. Becarevic V. Psychose délirante aiguë (bouffée délirante aiguë) secondaire à une infection dentaire // *Rev. med. Suisse Romande.* – 1988. – T. 108. – N. 3. – P. 257-262.
215. Berardi D., Troia M., Dell'Atti M., Amore M. Prevenzione e trattamento della sindrome maligna da neurolettici (SMN) // *Emergency Psychiatry. Why? IV International Congress on Emergency Psychiatry. Abstracts.* – Turin (Italy), 1995. – P. 26.
216. Berglund M. Mortality in alcoholics related to clinical state at first admission. A study of 537 deaths // *Acta psychiatr. scand.* – 1984. – V. 70. – N. 5. – P. 407-416.
217. Bertaux P. Les troubles de la vigilance et les états confusionnels du sujet âgé. Le point de vue du gériatre // *Sem. Hôp.* – 1986. – V. 62. – T. 34. – P. 2801-2802.
218. Besser R., Krämer G., Rambow A., Hopf H. Ch. Combined thera-

- py with acyclovir and adenosine arabinoside in herpes simplex encephalitis // *Europ. Neurol.* – 1987. – V. 27. – N. 4. – P. 197-200.
219. Binder R. L. Neurologically silent brain tumors in psychiatric hospital admissions: Three cases and a review // *J. clin. Psychiatry.* – 1983. – V. 44. – N. 3. – P. 94-97.
220. Bleeker E. De, Taeymans I., Moyaert L., Vandenabeele N., Venderheyden H. CPS: A centre for psychiatric emergencies in a psychiatric institute // *Fifth World Congress of International Association for Emergency Psychiatry: Psychiatric Emergencies in a Changing World (Abstracts).* – Brussels (Belgium): IAEP, 1998. – P. 72.
221. Brockington I. E., Cernik K. F., Schofield E. M., Downing A. R., Francis A. F., Keelan G. Puerperal psychosis // *Arch. gener. Psychiatry.* – 1981. – V. 38. – N. 7. – P. 829-833.
222. Brodsky L., Brodsky V. Reconciling silent psychoses accompanying medical or surgical problems // *Psychosomatics.* – 1984. – V. 25. – N. 3. – P. 191-196.
223. Bron B. Drogeninduzierte Intoxikationen und Psychosen // *Fortschr. Med.* – 1987. – Bd. 105. – H. 6. – S. 111-112.
224. Brown R. P., Kocsis J. H. Sudden death and antipsychotic drugs // *Hosp. Commun. Psychiatry.* – 1984. – V. 35. – N. 5. – P. 486-491.
225. Bräunig P., Bleistein J. Kortisoninduzierte Psychosen // *Nervenarzt.* – 1988. – Bd. 59. – H. 10. – S. 596-602.
226. Buda M., Tsuang M. T., Fleming J. A. Causes of death in DSM-III schizophrenics and other psychotics (atypical group). A comparison with the general population // *Arch. gener. Psychiatry.* – 1988. – V. 45. – N. 3. – P. 283-285.
227. Burton J. L. «Pseudo» status epilepticus // *Lancet.* – 1989. – V. 2. – N. 8663. – P. 632.
228. Campbell B. G. Cocaine abuse with hyperthermia, seizures and fatal complications // *Med. J. Austr.* – 1988. – V. 149. – N. 7. –

- P. 387-389.
229. Canpolat B. I., Goka E., Orsel S., Ozel S., Guriz S., Atasoy N. Socialcultural aspects of emergency psychiatry in today's Turkey // Fifth World Congress of International Association for Emergency Psychiatry: Psychiatric Emergencies in a Changing World (Abstracts). – Brussels (Belgium): IAEP, 1998. – P. 45.
 230. Cardoso G. Psychiatric emergencies in intensive care units // Emergency Psychiatry. Why? IV International Congress on Emergency Psychiatry. Abstracts. – Turin (Italy), 1995. – P. 46.
 231. Carney M. W. P., Bacelle L. Psychoses after cannabis abuse // Brit. med. J. – 1984. – V. 288. – N. 6423. – P. 1047.
 232. Casadebaig F., Quemada N. Mortality in psychiatric inpatients // Acta psychiatr. scand. – 1989. – V. 79. – N. 3. – P. 257-264.
 233. Cattell H. R. Elderly suicide in London: An analysis of coroners' inquests // Int. J. geriatr. Psychiatr. – 1988. – V. 3. – N. 4. – P. 251-261.
 234. Chodkiewicz J. P., Jallas P., Daumas-Duport C., Constans J. P. Tumeurs cérébrales des malades mentaux // Encéphale. – 1980. – T. 6. – N. 1. – P. 69-80.
 235. Clercq M. De. The challenges in emergency psychiatry care // Fifth World Congress of International Association for Emergency Psychiatry: Psychiatric Emergencies in a Changing World (Abstracts). – Brussels (Belgium): IAEP, 1998. – P. 79.
 236. Cohen L. M., Bongar B., Howard G., White R. Pseudostatus epilepticus // Psychosomatics. – 1988. – V. 29. – N. 1. – P. 116-118.
 237. Coons Ph. M., Ascher-Svanum H., Bellis K. Self-amputation of the female breast // Psychosomatics. – 1986. – V. 27. – N. 9. – P. 667-668.
 238. Cowen P. J. Depression resistant to tricyclic antidepressants // Brit. med. J. – 1988. – V. 297. – N. 6646. – P. 435-436.

239. Crammer J. L. The special characteristics of suicide in hospital in-patients // *Brit. J. Psychiatry.* – 1984. – V. 145. – N. 11. – P. 460-464.
240. Cummings J. L. Organic psychosis // *Psychosomatics.* – 1988. – V. 29. – N. 1. – P. 16-26.
241. Davidson I. A., Dewey M. E., Copeland J. R. M. The relationship between mortality and mental disorder: Evidence from the Liverpool longitudinal study // *Int. J. geriatr. Psychiatr.* – 1988. – V. 3. – N. 2. – P. 93-98.
242. Delgado-Escueta A. V., Wasterlain C., Treiman D. M., Porter R. J. Management of status epilepticus // *New Engl. J. Med.* – 1982. – V. 306. – N. 22. – P. 1337-1340.
243. Deng M. Z., Chen G. Q., Phillips M. R. Neuroleptic malignant syndrome in 12 of 9,792 Chinese inpatients exposed to neuroleptics: A prospective study // *Amer. J. Psychiatry.* – 1990. – V. 147. – N. 9. – P. 1149-1155.
244. Denicoff K. D., Joffe R. T., Lakshmanan M. C., Robbins J., Rubinow D. R. Neuropsychiatric manifestations of altered thyroid state // *Amer. J. Psychiatry.* – 1990. – V. 147. – N. 1. – P. 94-99.
245. Deshpande S. N., Sundaram K. R., Wig N. N. Psychiatric disorders among medical in-patients in an Indian hospital // *Brit. J. Psychiatry.* – 1989. – V. 154. – April. – P. 504-509.
246. Disclafanui A., Hall R. C. W., Gardner E. R. Drug-induced psychosis: Emergency diagnosis and management // *Psychosomatics.* – 1981. – V. 22. – N. 10. – P. 845-855.
247. Fink M., Sackeim H. A. Convulsive therapy in schizophrenia? // *Schizophrenia Bull.* – 1996. – V. 22. – N. 1. – P. 27-39.
248. Flor-Henry P. Determinants of psychosis in epilepsy: laterality and forced normalization // *Biol. Psychiatry.* – 1983. – V. 18. – N. 9. – P. 1045-1057.
249. Foerster K., Gill A. Suicide während stationärer psychiatrischer

- Behandlung – zum Frage der Häufigkeit und der Vorhersehbarkeit // Nervenarzt. – 1987. – Bd. 58. – H. 8. – S. 505-508.
250. France R. D., McCracken J. Delirium following metrizamide myelography // Psychosomatics. – 1984. – V. 25. – N. 4. – P. 338-339.
251. Friedman S., Margolis R., David O. J., Kesselman M. Predicting psychiatric admission from an emergency room. Psychiatric, psychosocial and methodological factors // J. nerv. ment. Dis. – 1983. – V. 171. – N. 3. – P. 155-158.
252. Fujimori H., Sakaguchi M. Der Suizid schizophrener Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1986. – Bd. 54. – H. 1. – S. 1-14.
253. Grant B. L., Lindsay Ph. B. Psychosis and water intoxication as presenting symptoms of pulmonary carcinoma // Psychosomatics. – 1986. – V. 27. – N. 10. – P. 732-733.
254. Greger J., Seifert G., Schock G. Notfallpsychiatrie und Krisenintervention in einer Bassisklinik // Psychiatr. Neurol. med. Psychol. (Leipz.). – 1990. – Bd. 42. – H. 4. – S. 206-207.
255. Gruner J., Voigt W. Beitrag zur Morbiditätsrate des Delirium tremens // Psychiatr. Neurol. med. Psychol. – 1984. – Bd. 36. – H. 6. – S. 331-339.
256. Haarsch H. H., LeCann A. F., Ciaccio S. Treatment in combined medical psychiatry units // Psychosomatics. – 1989. – V. 30. – N. 3. – P. 312-317.
257. Hall R. C. W. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance // Psychosomatics. – 1984. – V. 24. – N. 1. – P. 7-11.
258. Harper C. The incidence of Wernicke's encephalopathy in Australia – a neuropathological study of 131 cases // J. Neurol. Neurosurg. – 1983. – V. 46. – N. 7. – P. 593-598.
259. Hauger R. L., O'Connor K. A., Yudofsky S., Meltzer H. L. Lithium toxicity: when is hemodialysis necessary? // Acta psychiatr.

- scand. – 1990. – V. 81. – N. 6. – P. 515-517.
260. Hawton K., Fagg J. Suicide and other causes of death, following attempted suicide // Brit. J. Psychiatry. – 1988. – V. 152. – March. – P. 359-366.
261. Hindersin P., Siegmund R., Körting H. J. Thrombophile Diathesen als Hamostatesorungen bei akuten Psychosen // Psychiatr. Neurol. med. Psychol. – 1984. – Bd. 36. – H. 12. – S. 702-709.
262. Honer W. G., Gewirtz G., Turey M. Psychoses and violence in cocaine smokers // Lancet. – 1987. – V. 2. – N. 8556. – P. 451.
263. Horn E., Lach B., Lapierre Y., Hrdina P. Hypothalamic pathology in the neuroleptic malignant syndrome // Amer. J. Psychiatry. – 1988. – V. 145. – N. 5. – P. 617-620.
264. Hyde C., Harrower-Wilson C., Ash P. Five years of psychiatric intensive care: a learning experience // Fifth World Congress of International Association for Emergency Psychiatry: Psychiatric Emergencies in a Changing World (Abstracts). – Brussels (Belgium): IAEP, 1998. – P. 176.
265. Ilechukwu S. T. Acute psychotic reactions and stress response syndromes following intramuscular aqueous procaine penicillin // Brit. J. Psychiatry. – 1990. – V. 156. – N. 4. – P. 554-559.
266. Invernizzi G., Broich G., Bressy C., Boato P., Cattaneo C., Cerveri G., Colombo E., Coppola M. T., Cova F., Guidotti B., Guggeri G., Linciano A. D., Zirulia V. Crisis intervention in psychiatric emergencies: a selection for the admission to psychiatric services // Fifth World Congress of International Association for Emergency Psychiatry: Psychiatric Emergencies in a Changing World (Abstracts). – Brussels (Belgium): IAEP, 1998. – P. 181.
267. Jagsdail S. J., Toone B. K. Post-ictal psychoses. A clinical and phenomenological description // Brit. J. Psychiatry. – 1988. – V. 152. – Febr. – P. 246-252.

268. Johnson D. A. V. Drug-induced psychiatric disorders // Amer. J. Psychiatry. – 1981. – V. 22. – N. 1. – P. 57-69.
269. Johnson J. Stupor: A review of 25 cases // Acta psychiatr. scand. – 1984. – V. 70. – N. 4. – P. 370-377.
270. Jos C. J. Generalized seizures from self-induced water intoxication // Psychosomatics. – 1984. – V. 25. – N. 2. – P. 153-157.
271. Kane John M. Factors which can make patient difficult to treat // Brit. J. Psychiatry. – 1996. – V. 169. – P. 10-14.
272. Karenberg A., Schädlich H.-J., Karbe H., Neveling M., Thun F. Multiple Hirninfarkte bei Zosterinfection // Nervenarzt. – 1987. – Bd. 59. – H. 1. – S. 45-47.
273. Kaumeier S. Der psychiatrische Notfall: Anticholinerge Krise // Munch. med. Wschr. – 1984. – Bd. 46. – H. 4. – S. 55/77-56/78.
274. Kershner P., Wang-Cheng R. Psychiatric side-effects of steroid therapy // Psychosomatics. – 1989. – V. 3. – N. 2. – P. 135-139.
275. Kiejna A., Kiejna S., Niekrasz A., Kulaszewski W. Analiza samobójstw w szpitalu i klinice psychiatrycznej we Wrocławiu w latach 1974-1983 // Psychiatr. Pol. – 1988. – V. 22. – N. 1. – P. 5-13.
276. Kirsten U. Akute psychische Begleitsymptome innerer Erkrankungen // Z. Alterforsch. – 1981. – Bd. 36. – N. 4. – S. 315-317.
277. Klosterkötter J., Penin H. Epilepsiepsychosen und ihre medikamentöse Behandlung. // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1989. – Bd. 57. – H. 2. – S. 61-69.
278. Knežević A., Janća A. Terapija akutnih intoksikacija u psihotičnih bolesnika // Мед. Преглед. – 1986. – V. 39. – N. 3/4. – P. 175-176.
279. Koran L. M., Sox H. C., Marton K. I., Moltzen S., Sox C. H., Kraemer H. C., Imai K., Kelsey Th. G., Rose Th. G., Levin L. C., Chandra S. Medical evaluation of psychiatric patients. I. Results in a State Mental Health System. // Arch. gener. Psychiatry. – 1989. – V. 46. – N. 8. – P. 733-740.

280. Kossur B., Knap J., Dziubek Z. Zaburzenia psychiczne w ostrej i podostrej brucelozie // *Psychiatr. Pol.* – 1983. – V. 17. – N. 4. – P. 281-286.
281. Kosten Th. R., Kleber H. D. Rapid death during cocaine abuse: A variant of the neuroleptic malignant syndrome? // *Amer. J. Drug Alcohol Abuse.* – 1988. – V. 14. – N. 3. – P. 335-346.
282. Kumar R., Isaacs S., Meltzer E. Recurrent post-partum psychosis. A model for prospective clinical investigation // *Brit. J. Psychiatry.* – 1983. – V. 142. – June. – P. 618-620.
283. Kuntzer Th., Bogousslavsky J., Regli F. Encéphalite bénigne du tronc cérébral // *Rev. neurol.* – 1987. – T.143. – N. 11. – P. 737-745.
284. Kursawe H. K. Das simulierte Alkoholdelir // *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.* – 1986. – Bd. 38. – H. 5. – S. 287-293.
285. Lauter H. Akute psychiatrische Nostfalle // *Internist.* – 1980. – Bd. 21. – H. 1. – S. 40-49.
286. Leestma J. E., Kalelkar M. B., Teas S. S., Jay G. W., Hughes J. R. Sudden unexpected death associated with seizures: Analysis of 66 cases // *Epilepsia.* – 1984. – V. 25. – N. 1. – P. 84-88.
287. Levine S. The management of resistant depression // *Acta psychiatr. belg.* – 1986. – V. 86. – N. 2. – P. 141-151.
288. Levy A. B. Delirium and seizures due to abrupt alprazolam withdrawal: Case report // *J. clin. Psychiatry.* – 1984. – V. 45. – N. 1. – P. 38-39.
289. Loretto L., Sanna M. N., Brandano M., Nivoli G. C. Intervento farmacologico in situazione di emergenza: la neurolettizzazione rapida // *Emergency Psychiatry. Why? IV International Congress on Emergency Psychiatry. Abstracts.* – Turin (Italy), 1995. – P. 149.
290. Lowenstein D. H., Aminoff M. J., Simon R. P. Barbiturate anesthesia in the treatment of status epilepticus: Clinical experience with 14 patients // *Neurology.* – 1988. – V. 38. – P. 395-400.

291. Mac S. D., Pardo M. P. Systemic lupus erithematosus and catatonia: A case report // J. clin. Psychiatry. – 1983. – V. 44. – N. 4. – P. 155-156.
292. Magyar I., Mód L., Alföldi A., Arató A. High-dose infusion therapy for severe depression // Pharmacopsychiatry. – 1988. – V. 21. – N. 2. – P. 93-97.
293. Malhotra S., Murthy R. S., Varma V. K., Ghosh A., Wig N. N. A general hospital psychiatric unit inpatient facility // Soc. Psychiatr. – 1982. – V. 17. – N. 3. – P. 155-159.
294. Mann S. C., Caroff S. N., Bleier H. R. et al. Lethal catatonia // Amer. J. Psychiatry. – 1986. – V. 143. – N. 11. – P. 1374-1381.
295. McEvoy J. P. Organic brain syndrome // Ann. intern. Med. – 1981. – V. 95. – N. 2. – P. 212-220.
296. Meador-Woodruff J. H. Psychiatric side-effects of tricyclic antidepressants // Hosp. Commun. Psychiatry. – 1990. – V. 41. – N. 1. – P. 84-86.
297. Mecklenburg H. Psychiatrische Aspekte der Epilepsie // Therapie-woche. – 1989. – Bd. 39. – H. 18. – S. 1281-1284.
298. Medvei V. C., Cattell W. R. Mental symptoms presenting in phaeochromocytoma: a case report and review // J. roy. Soc. Med. – 1988. – V. 81. – N. 9. – P. 550-551.
299. Messing R. O., Closson R. G., Simon R. P. Drug-induced seizures: A 10-years experience // Neurology. – 1984. – V. 34. – N. 12. – P. 1582-1586.
300. Mewe R., König H. J., Seeger N. Organische Psychosen und Psychosyn-drome bei intrakraniellen Raumforderungen // Fortschr. Med. – 1987. – Bd. 105. – H. 6. – S. 107-110.
301. Michel K. Psychiatrische Krisensituationen in Rahmen des Akutspitals // Schweiz. Arch. Neurol. – 1986. – Bd. 137. – H. 6. – S. 41-50.
302. Mohan D., Mohandas E., Rajat R. Chloroquine psychosis: A

- chemical psychosis? // J. Nat. Med. Ass. – 1981. – V. 73. – N. 11. – P. 1073-1076.
303. Moor S., Skrine H. Psychosis in mycoplasma infection // Postgrad. med. J. – 1989. – V. 51. – N. 11. – P. 1387-1390.
304. Moss R., D'Amico S., Maletta G. Mental dysfunction as a sign of organic illness in the elderly // Geriatrics. – 1987. – V. 42. – N. 12. – P. 35-42.
305. Moyens G. F., Loysch M. J. M., Voorde H. van de. The geographical pattern of methods of suicide in Belgium: Implications for prevention // Acta psychiatr. scand. – 1988. – V. 77. – N. 3. – P. 320-327.
306. Murphy E., Smith R., Lindesay J., Slattery J. Increased mortality rates in late-life depression // Brit. J. Psychiatry. – 1988. – V. 152. – March. – P. 347-353.
307. Musland B., Vogel-Scibilia S., Keshavan M. Does HIV-psychosis exist? // Society of biological psychiatry. Forty-Third Meeting «Back to the future». – Montreal, 1988. – P. 102.
308. Nanji A. A., French S. W. Female to male mortality ratios for alcohol-related disorders: Possible indicator of susceptibility in different sexes // Adv. Alcohol Subst. Abuse. – 1987. – V. 6. – N. 3. – P. 89-95.
309. Nickel B., Schmickaly R. Akute Alkoholentzugssyndrome // Z. klin. Med. – 1990. – Bd. 45. – H. 1. – S. 55-59.
310. O'Connell R. A. A review of the use of electroconvulsive therapy // Hosp. commun. Psychiatry. – 1982. – V. 33. – N. 6. – P. 469-473.
311. Oefele K. v., Grohmann R., Rüther E. Adverse drug reactions in combined tricyclics and MAOI therapy // Pharmacopsychiatry. – 1986. – V. 19. – N. 4. – P. 243-244.
312. Osser D. N. A systematic approach to pharmacotherapy in patients with neuroleptic resistant psychoses // Hosp. Commun. Psychiatry. – 1989. – V. 40. – N. 9. – P. 921-927.

313. Owen R. T., Tyrer P. Benzodiazepine dependence. A review of the evidence // *Drugs*. – 1983. – V. 25. – N. 4. – P. 385-398.
314. Pal S. G., Hernandez-Gossio O., Becerra J. D., Suarez S. D., Roche R. F., Lapuente L. R., Roig A. B. Crisis epilepticas y trastornos psiquiatricos asociados // *Rev. Hosp. psiquiat., Habana*. – 1990. – V. 31. – N. 1. – P. 95-102.
315. Pascual M., Chevrolet J.-C. Oedème pulmonaire neurogénique compliquant une crise d'épilepsie généralisée // *Schweiz. med. Wschr.* – 1990. – Bd. 120. – H. 12. – S. 409-413.
316. Pejchl J., Nevrlka K. Intramurální suicidalita a její vstah k jednotkám intenzivní péče v psychiatrii // *Čs. Psychiatr.* – 1984. – V. 80. – N. 6. – P. 359-374.
317. Pejchl J. Simptomatické psychózy // *Čs. Psychiatr.* – 1989. – V. 85. – N. 2. – P. 127-137.
318. Perez R. G., Vazquez M. F. Las psicosis puerperales esyudio evolutivo // *Rev. Hosp. psiquiat., Habana*. – 1990. – V. 31. – N. 1. – P. 67-72.
319. Piesiur-Strehlow B., Strehlow U., Poser W. Mortality of patients dependent on benzodiazepines // *Acta psychiatr. scand.* – 1986. – V. 76. – N. 3. – P. 330-335.
320. Poirier M. F., Benkelflat C. Bonnes et mauvaises associations thérapeutiques dans le traitement des depressions résistantes // *Encéphale*. – 1986. – T. 12. – N. (Spec.). – P. 231-236.
321. Pollak K. H. Alkoholismus und morphologische Befunde am Nervensystem bei Obduktionsfällen // *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.* – 1989. – Bd. 41. – H. 11. – S. 664-677.
322. Pope H. G., Keck P. E., McElroy S. L. Frequency and presentation of neuroleptic malignant syndrome in a large psychiatric hospital // *Amer. J. Psychiatry*. – 1986. – V. 143. – N. 10. – P. 1227-1233.
323. Poyurovsky M., Weizmann A. Safety and effectiveness of

- combined ECT and clozapine in treatment-resistant mania // *Eur Psychiatry*. – 1996. – V. 11. – N. 6. – P. 319-321.
324. Prange H. V. Neurologische Erkrankungen bei Herpesviren-Infektionen // *Fortschr. Med.* – 1989. – Bd. 107. – H. 25. – S. 529-532.
325. Péters U. H. Hysteroepilepsie. Die Kombination von epileptischen und hysterischer Anfällen. Bergiffsgeschichte // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 1978. – Bd. 46. – H. 8. – S. 430-439.
326. Rabending G., Fischer W. Epileptische Psychose und nichtconvulsiver Status epilepticus mit iktualer Bradykardie und Asystolie // *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.* – 1986. – Bd. 38. – H. 1. – S. 184-188.
327. Rabins P. V., Folstein M. F. Delirium and dementia: Diagnostic criteria and fatality rates // *Brit. J. Psychiatry*. – 1982. – V. 140. – Febr. – P. 149-153.
328. Ramani S. V., Quesney L. F., Olson D., Gumnit R. J. Diagnosis of hysterical seizures in epileptic patients // *Amer. J. Psychiatry*. – 1980. – V. 137. – N. 6. – P. 705-709.
329. Read S. Catatonia in thrombotic thrombocytopenic purpura: Case report // *J. clin. Psychiatry*. – 1983. – V. 44. – N. 9. – P. 343-344.
330. Rektor L., Horká E. Neurotoxicita lithia. II // *Čs. Psychiatr.* – 1980. – V. 76. – N. 1. – P. 8-15.
331. Remick R. A., O’Kane J., Sparling T. G. A case report of toxic psychosis with low-dose propranolol therapy // *Amer. J. Psychiatry*. – 1981. – V. 138. – N. 6. – P. 850-851.
332. Robertson C., Eagles J. Review of ECT prescription and outcome in depression // *Psychiatr. Bull.* – 1997. – V. 21. – N. 8. – P. 498-500.
333. Roberty R., Ciaccafava D., Conversano P., De Bonis C., De Simoni S., Intelisano R., Vaci C., Mattioni T., Piccirilli M., Saraca S. Determinants of admission in general hospital psychiatric services: a preliminary study // *Emergency Psychiatry. Why? IV International*

- Congress on Emergency Psychiatry. Abstracts. – Turin (Italy), 1995. – P. 230.
334. Rogers D. R. Autoamputation of the left arm – a bizarre suicide // Amer. J. forens. Med. – 1988. – V. 9. – N. 1. – P. 64-65.
335. Rogers T., Pullen I. Self-inflicted eye-injuries // Brit. J. Psychiatry. – 1987. – V. 161. – November. – P. 691-693.
336. Sartorius N. Future perspectives of emergency psychiatry // Emergency Psychiatry. Why? IV International Congress on Emergency Psychiatry. Abstracts. – Turin (Italy), 1995. – P. 240.
337. Schlienger R. G., Shear N. H. Serotonin-Syndrom // Dtsch. med. Wschr. – 1997. – Bd. 122. – S. 1495-1499.
338. Schwab J. J. Psychiatric illness in medical patients: Why it goes undiagnosed // Psychosomatics. – 1982. – V. 23. – N. 3. – P. 225-229.
339. Schwalb H., Schimana W. Mortality in hospitalized psychiatric patients (First result of a 10-years study) // Pharmacopsychiatry. – 1985. – V. 18. – N. 1. – P. 133.
340. Serdaru M., Hauw J. J., Lambolez T., Constans P. Une cause méconnue de confusion mentale chez le sujet âgé: l'encéphalopathie pellagreuse // Sem. Hôp. – 1986. – T. 62. – N. 34. – P. 2806-2807.
341. Shalev A., Hermesh H., Munitz H. Mortality from neuroleptic malignant syndrome // J. clin. Psychiatry. – 1990. – V. 50. – N. 1. – P. 18-25.
342. Shaw S., Sims A. A survey of unexpected deaths among psychiatric in-patients and ex-patients // Brit. J. Psychiatry. – 1984. – V. 145. – N. 1. – P. 473-476.
343. Silberfarb P. M., Bates G. M. Psychiatric complications of multiple myeloma // Amer. J. Psychiatry. – 1983. – V. 140. – N. 6. – P. 788-789.
344. Slaby A. E. Emergency psychiatry: An update // Hosp. Commun.

- Psychiatry. – 1981. – V. 32. – N. 10. – P. 684-698.
345. Slaby A. E., Goldberg L. J., Wallace S. R. Interdisciplinary team approach to emergency psychiatric care // Psychosom. Bull. – 1983. – V. 24. – N. 7. – P. 627-637.
346. Smith J. The mortality of delirium: An underappreciated problem? // Psychosomatics. – 1982. – V. 23. – N. 12. – P. 1232-1236.
347. Soyka M., Raith L., Steinberg M. Mean age, sex ratio and psychopathology in alcohol psychoses // Psychopathology. – 1988. – V. 21. – N. 1. – P. 19-25.
348. Spieß-Kiefer C., Grohmann R., Rennig E., Rütger E., Scherer J., Schmidt L. G. Acute delirious syndromes due to psychotropic drugs // Pharmacopsychiatry. – 1986. – V. 19. – N. 4. – P. 294-295.
349. Stevens J. R. Psychiatric aspects of epilepsy // J. clin. Psychiatry. – 1988. – V. 49. – N. Suppl. – P. 49-50.
350. Stoler M. Schizophreniform episode following measles infection // Brit. J. Psychiatry. – 1987. – V. 150. – June. – P. 861-862.
351. Stoudemire A. The differential diagnosis of catatonic states // Psychosomatics. – 1982. – V. 23. – N. 3. – P. 245-252.
352. Strober M., Rao U., Deantonion M. et al. Effects of electroconvulsive therapy in adolescents with severe endogenous depression resistant to pharmacotherapy // Biol. Psychiatry. – 1998. – V. 43. – N. 5. – P. 335-338.
353. Swartz C. M., Abrams R. ECT Instruction Manual. – Lake Bluff, IL (US): Somatics, 1996. – 70 p.
354. Systema S., Balestrieri M., Giel R., ten Horn G. H. M. M., Tansella M. Use of mental health services in South Verona and Groningen. A comparative case-register study // Acta psychiatr. scand. – 1989. – V. 79. – N. 2. – P. 153-162.
355. Szefel A. Pora roku a przyjęcia do szpitala psychiatrycznego z powodu ostrych psychoz alkoholowych // Psychiat. Pol. – 1983. – V. 17.

- N. 3. – P. 209-214.
356. Танчев О. Някои клинични и организационни проблеми на спешните психиатрични състояния // Неврол. Психиатр. Неврохир. – 1988. – V.27. – N. 1. – P. 2-8.
357. Tandon R., Walden M., Falcon S. Catatonia as a manifestation of paraneoplastic encephalopathy // J. clin. Psychiatry. – 1988. – V. 49. – N. 3. – P. 121-122.
358. Tansella M., De Salvia D., Williams P. The Italian psychiatric reform: Some quantitative evidence // Soc. Psychiatry. – 1987. – V. 22. – N. 1. – P. 37-48.
359. Teddy P. Intracranial tumors // Med. int. – 1987. – N. 47. – P. 1932-1939.
360. Thompson T. L., Thomas M. R. Depression: Medical interface with psychiatry and treatment advances // J. clin. Psychiatry. – 1986. – V. 47. – Suppl. Octob. – P. 31-38.
361. Tippin J., Dunner F. J. Biparietal infarctions in a patient with catatonia // Amer. J. Psychiatry. – 1981. – V. 138. – N. 10. – P. 1386-1387.
362. Tuviná K. Fatal outcome in drug addiction // Acta psychiatr. scand. – 1988. – V. 77. – N. 5. – P. 551-566.
363. Upadhyaya M. P., Chaturvedi S. K. Psychosis and anti-tuberculosis therapy // Lancet. – 1989. – V. 2. – N. 8665. – P. 735-736.
364. Varney N. R., Alexander B., MacIndoe J. H. Reversible steroid dementia in patients without steroid psychosis // Amer. J. Psychiatry. – 1984. – V. 141. – N. 3. – P. 369-372.
365. Velvart J., Schlatter I., Gossweiler B. Vergiftungen durch Psychopharmaka // Ther. Umschau. – 1986. – Bd. 43. – H. 4. – S. 278-286.
366. Verhoeven M. A. W. The serotonin syndrome; four case reports and a concise review of the literature // Eur. J. Psychiatry. – 1998. –

- V. 12. – N. 1. – P. 12-18.
367. Verrier A., Lernout Ph., Moroy F., Serra E. Aspects psychopathologiques des appels aux urgences. // Rev. SAMU. – 1989. – T. 12. – N. 1. – P. 8-11.
368. Vieregge P., Gerhard L., Reihardt V. Intrakranielle raumfordernde Prozesse in der Psychiatrie – dreißigjährige klinisch-neuropathologische Katamnese // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1988. – Bd. 56. – H. 1. – S. 373-379.
369. Waldron G. Acute organic psychoses // Med. int. – 1983. – V. 1. – N. 33. – P. 1573-1575.
370. Wilson W. H., Weiler S. J. Case report of phenothiazine-induced torsade de points // Amer. J. Psychiatry. – 1984. – V. 141. – N. 10. – P. 1265-1266.
371. Wolkowitz O. Suicidality and corticosteroid psychosis // Psychiatr. – 1990. – V. 27. – N. 4. – P. 459.
372. Woods S. W. Catatonia in a patient with subdural hematomas // Amer. J. Psychiatry. – 1980. – V. 137. – N. 8. – P. 983-984.
373. Zilber N., Schufman N., Lerner Y. Mortality among psychiatric patients – The groups at risk // Acta psychiatr. scand. – 1989. – V. 79. – N. 3. – P. 248-256.
374. Zisook S., Braff D. L. Delirium: recognition and management in the older patient // Geriatrics. – 1986. – V. 41. – N. 6. – P. 67-68.

7. ПРИЛОЖЕНИЕ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВНЕДРЕНИЮ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИИ)

В данной главе представлен комплект предложений и рекомендаций, касающихся организации и функционирования ППР. Эти материалы основаны на результатах проведенного исследования. Они могли бы послужить основой для выработки нормативных актов и правил, регламентирующих работу ППР. Часть представленных приложений уже внедрена в практику, другая часть еще не реализована в практической медицине, но обоснована теоретически.

7.1. КЛИНИЧЕСКАЯ СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ППР

В зависимости от потребностей и возможностей конкретных регионов и психиатрических (наркологических) учреждений ППР могут создаваться как в виде универсальных подразделений, ориентированных на работу со всеми видами экстренной и плановой патологии, так и в виде специализированных подразделений, ориентированных на отдельные клинические задачи. Ниже приведен перечень специализированных ППР, апробированных в практической медицине:

- ППР для детоксикации (чаще всего – наркологической)
- Специализированное ППР для лечения острых алкогольных психозов

- Специализированное ППР при отделении для лечения нарко- и токсикоманий
- ППР общего профиля для лечения любых urgentных психических заболеваний
- Специализированное ППР для лечения отдельных видов urgentных психических заболеваний (например, центр лечения фебрильной шизофрении)
- ППР для применения специальных методов психиатрической интенсивной терапии (напр., «инсулиновая палата», «кабинет ЭСТ», многоцелевое ППР для лечения плановых больных)
- Специализированное ППР хирургического профиля (при наличии в структуре психиатрической больницы хирургического отделения)

7.2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТИПЫ ППР

В нормативных актах по организации ППР предлагается отразить варианты их организационной структуры следующим образом.

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ТИПОВ ППР В СТРУКТУРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЛПУ

Передвижной пост или группа интенсивной терапии (ГИТ)

Имеет помещение без коек. Оснащение – переносные реанимационные комплекты. Персонал – врач, медсестра, санитар. В зависимости от поставленных задач, график работы – круглосуточный или дневной. Может быть самостоятельным подразделением

или (чаще) – составной частью какого-либо отделения. Задачи – консультации и отдельные виды лечения для экстренных и плановых больных в отделениях психиатрического стационара. Объем доступных задач зависит от созданных в отделениях условий (оборудование, специальные кабинеты, палаты).

Палата интенсивной терапии или палата психореанимации (ПИТ)

Имеет помещение с койками. Оснащение – минимально необходимое для неотложной помощи. Персонал – врач (обычно один из врачей психиатрического отделения, в составе которого находится палата) в дневное время, медсестра и санитар – круглосуточно или только в дневное время. График работы – круглосуточный (при лечении экстренных больных) или дневной (при лечении только плановых больных – например, «инсулиновая палата» или «палата для ЭСТ»). Является составной частью какого-либо отделения (напр., соматопсихиатрического). Поскольку круглосуточного поста врача реаниматолога нет, то организовать в этой палате интенсивную терапию экстренных тяжелобольных возможно только в очень редуцированном объеме. Речь будет идти в основном о концентрации тяжелобольных в одном месте, разгрузке от них общепсихиатрических отделений и несколько большем внимании к этим больным со стороны среднего медперсонала.

Блок интенсивной терапии, или блок психореанимации (БИТ, БПР)

Имеет помещение с койками и лабораторию. Оснащение – для лечения больных средней тяжести и для редуцированного набора лабораторных тестов. Персонал – ответственный за блок врач-реаниматолог в дневное время, лаборант (врач и/или фельдшер) – в дневное время, медсестра и санитар – круглосуточно или только в

дневное время. График работы – круглосуточный (при лечении экстренных больных) или дневной (при лечении только плановых больных). Является составной частью какого-либо отделения, но может выполнять и общебольничные задачи. Качество лечения экстренных больных несколько выше, чем в палате интенсивной терапии: появляется возможность частично контролируемой коррекции гомеостаза и частичного следования при лечении экстренных больных принципам анестезиологии-реаниматологии. В отсутствие реаниматолога ответственность за больных БПР ложится на врача другой специальности – дежурного психиатра больницы, некомпетентного в вопросах анестезиологии-реаниматологии. Поэтому рассчитывать на преемственность действий между ними можно лишь условно.

Отделение реанимации и интенсивной терапии, или отделение психореаниматологии (ОРИТ, ОПР)

Имеет помещение с койками, экспресс-лабораторию. Оснащение – для интенсивной терапии и реанимации в полном объеме. Персонал: круглосуточные посты врача реаниматолога, медсестры, санитар, фельдшера-лаборанта; работа в дневное время – заведующий отделением, старшая медсестра, процедурная медсестра, сестра-хозяйка. График работы отделения – круглосуточный. Является самостоятельным подразделением, способным полностью удовлетворить потребности больницы в лечении экстренных и плановых больных. Качество лечения и объем помощи зависит от подготовки персонала, оснащения оборудованием и медикаментозного снабжения. Возможные дополнительные функции ОРИТ – перманентное внедрение новых методов лечения и диагностики, повышение общемедицинской квалификации персонала больницы.

7.3. НАБОР ПОМЕЩЕНИЙ ППР

Таблица 21

СПЕЦИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОМЕЩЕНИЙ ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХОРЕАНИМАЦИИ (ОПР)

№п/п	Наименование помещения	Кол-во	Площадь, м ²
1	палата интенсивной терапии для экстренных больных, 6 коек	1	60
2	палата интенсивной терапии для плановых больных, 4 койки	1	40
3	палата постреанимационной реабилитации мужская (4 койки)	1	28
4	палата постреанимационной реабилитации женская (2 койки)	1	14
5	комната дневных занятий для реабилитационных больных	1	30
6	кабинет ГБО	1	30
7	операционная для эфферентных методов лечения	1	20
8	блок централизованной подачи кислорода	1	4
9	помещение для централизованной вакуумной системы	1	4
10	блок аварийного электроснабжения	1	10
11	экспресс-лаборатория (2 кабинета)	2	20х2=40
12	кабинет стерилизации медицинских инструментов	1	10
13	кабинет стерилизации наркозно-дыхательной аппаратуры	1	20
14	дистилляторная	1	10
15	комната обработки суден, мочеприемников, клеенок	1	10
16	пищеблок с раздаточной	1	20
17	туалет для больных	1	10
18	ванная для больных	1	20
19	комната гигиены для пациенток	1	5
20	комната для посетителей	1	30
21	комната временного хранения трупов	1	9
22	склад медицинского имущества	1	20
23	лекарственный склад	1	20
24	склад дезинфицирующих средств	1	10
25	склад уборочного инвентаря	1	5
26	бельевой склад	1	10
27	комната сбора и предварительной обработки грязного белья	1	10
28	кабинет заведующего отделением	1	18
29	кабинет старшей медсестры	1	15
30	ординаторская	1	20
31	кабинет инженера по медоборудованию	1	20
32	кабинет сестры-хозяйки	1	15
33	комната отдыха персонала	1	15
34	раздевалка для персонала	1	5
35	душевая для персонала	1	15
36	комната гигиены женщины для персонала	1	5
37	туалет для персонала	1	15
ИТОГО:		38	436

Примечания

1. Набор помещений в Таблице 21 предусматривает универсальное отделение, предназначенное для лечения экстренных и плановых больных. При организации ППР с меньшим объемом задач легко модифицировать приведенную «максимальную» схему, удаляя из нее те или иные звенья.

2. Приведенные в таблице площади помещений соответствуют санитарно-гигиеническим нормативам.

3. ОПР наиболее рационально располагать таким образом, чтобы путь к нему от приемного покоя и других подразделений больницы был кратчайшим. Также в непосредственной близости от ОПР должны быть диагностические службы – рентгенодиагностический кабинет, кабинеты ЯМР-томографии и КТ (там, где они есть).

4. Специальные требования – заземление; приточно-вытяжная вентиляция; системы кондиционирования воздуха; устойчивое к дезинфицирующим растворам покрытие полов, стен и потолков; централизованная система снабжения кислородом; централизованный источник вакуума.

5. Количество коек в палате интенсивной терапии для экстренных больных нецелесообразно организовывать менее 6 (на меньшее количество не положен пост врача реаниматолога – в соответствии с Приложением №2 к приказу МЗ СССР №1188 от 29.12.1975 г.), а превышать оно не должно 15 (в соответствии с п. 3 «Положения об отделении анестезиологии и реанимации лечебно-профилактического учреждения» – Приложения №1 к приказу МЗ СССР №841 от 11.06.1986 г.).

6. Количество коек в палате интенсивной терапии для плановых больных зависит от коечного фонда больницы. Эта палата ориентирована преимущественно на работу в дневное время. При же-

лании лечение плановых больных также может быть организовано в круглосуточном режиме – это менее удобно для больных и персонала, но повысит пропускную способность ОНР для «планового контингента». При отсутствии площадей плановые больные могут лечиться и на «экстренных» койках, но это порождает множество проблем (санитарно-эпидемиологических, деонтологических, организационных и т. п.).

7. Необходимость реабилитационных палат для постреанимационных больных объясняется особенностями состояния этих пациентов – ограниченной способностью к ходьбе и к самообслуживанию из-за выраженной астении; наличием серьезных соматических заболеваний, требующих долечивания. У этих пациентов на первых этапах жизни после реанимации бывают случаи рецидивирования ургентных состояний при непредвиденно тяжелом течении постреанимационной патологии, из-за чего им желательно первое время долечиваться в непосредственной близости от ППР. Такие пациенты слишком тяжелы для общепсихиатрических отделений и слишком «легки» для палаты интенсивной терапии. Им показано постепенное дозированное увеличение двигательной активности в сочетании с последовательными мероприятиями по восстановлению сомато-неврологического благополучия. На этом этапе лечения уже становятся психологически важными половые различия пациентов, поэтому палаты должны быть дифференцированы на мужские и женские. После решения задач постреанимационной реабилитации логичным завершением внутрибольничного пути пациента является его перевод в общепсихиатрическое отделение с последующей выпиской домой.

8. Вторым вариантом использования реабилитационных коек может быть размещение на них плановых больных в промежутках между лечебными сеансами. Это пациенты с выявленной склонно-

стью к осложнениям терапии (например, с повторными ночными гипогликемическими комами в ходе ФИКТ), требующими особой бдительности и реаниматологической грамотности персонала. Кроме того, это пациенты, требующие интенсивного наблюдения в течение 1 – 2 суток после лечебного сеанса (например, после глубокой КЦГ или после ГС).

9. Наконец, еще одна категория пациентов может размещаться на реабилитационных койках – это больные с резко повышенной извращенной и гиперергической реакцией на ПФТ, которые отвечают тяжелыми осложнениями (вплоть до ЗНС) даже на ингаляционный контакт с парами психотропных средств. Палаты реабилитации ОНР – видимо, единственное место в психиатрической больнице, где реально можно создать таким пациентам условия для безопасного лечения и изолировать их от паров психофармпрепаратов.

7.4. ОБОРУДОВАНИЕ ППР

Подразделения реаниматологии и интенсивной терапии среди других медицинских служб выделяются своей насыщенностью сложным оборудованием. Эта особенность характерна и для ППР. Требования к оборудованию ППР имеют определенную специфику. Ниже приведен перечень медицинского оборудования ППР при работе с полным объемом задач. Этот перечень отражает минимальную необходимость, подтвержденную практикой.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ППР

Лечебное оборудование

1. Аппараты искусственной вентиляции легких (из отечественных могут быть рекомендованы аппараты типа РО-6, имеющие блок триггерной вспомогательной ИВЛ).

2. Дефибриллятор (обязательным является блок автономного питания, а весьма желательным – встроенный монитор ЭКГ для контроля эффективности дефибрилляции, как это предусмотрено в отечественном аппарате ДКИ-Н-04).

3. Аппаратура для краниocereбральной гипотермии (например, комплекс приборов «Гипотермогенатор церебральный воздушный ГТЦВ»).

4. Аппарат для лечебного электроанркоза ЛЭНАР.

5. Аппарат для электроконвульсионной терапии. Единственный из производящихся в странах СНГ аппарат современного класса – «Эликон-01» (г. Львов, завод РЭМА).

6. Оборудование для облучения крови низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером (напр., установки ЛТМ-01, АЛОК).

7. Оборудование для сорбционной терапии (напр., аппаратура комплексной сорбционной терапии АКСТ-3-02-220Б).

8. Оборудование для плазмафереза.

9. Аппаратура для экстракорпорального ультрафиолетового облучения крови (напр., установки ЭУФОК, «Изоolda»).

10. Дозатор лекарственных веществ для внутривенных инфузий с точно заданной скоростью (напр., прибор ДЛВ-1).

11. Аэрозольные ингаляторы (желательно – с конструктивной возможностью включения в дыхательный контур аппарата ИВЛ).

12. Оборудование для приготовления растворов гипохлорита натрия для непрямой электрохимической детоксикации: приоритетная отечественная разработка – аппарат ЭДО-4М.

13. Оборудование кабинета ГБО (там, где есть для этого возможность).

Медицинские инструменты

Корнцанги, шпатели, скальпели, ножницы, иглодержатели, шовный материал. Наборы для трахеостомии, люмбальной пункции, катетеризации центральных сосудов, интубации трахеи и желудка.

Медицинское оборудование для ухода за больными

1. Кровать функциональная (оптимальным является набор технологических признаков: двухсекционная панель; гидравлический привод; регулируемая высота подъема панели; достаточно большой диаметр колес с одномоментной тормозной блокировкой всех колес; легкоъемные головная и ножная спинки; наличие возможности для крепежа дополнительных стоек в разных точках кровати для мониторов и инфузионной терапии; наличие боковых ограждений; возможность угловых наклонов панели относительно поперечной оси с установкой в положения Тренделенбурга и «анти-Тренделенбурга» и относительно продольной оси с установкой в положения с приподнятой правой или левой половинами панели для позиционного дренажа).

2. Установка для лечения и профилактики пролежней (отечественный вариант – установка УПП; более эффективны аналогичные приборы импортного производства, в которых предусмотрены такие удобства, как поддержание в секциях противолежневых

матрасов заданного давления, подсушивание и аэрация кожных покровов пациента путем обдува воздухом через микроотверстия в матрасе).

3. Термостат для подогрева пищи и инфузионных растворов.

Оборудование для кондиционирования воздушной среды

1. Кондиционер воздуха.
2. Радиаторы электронагревательные масляные.
3. Лампа ртутно-кварцевая бактерицидная передвижная.
4. Облучатель бактерицидный потолочный ОБП-300.
5. Вентиляторы приточно-вытяжного действия (2 шт.).
6. Очиститель воздуха (напр., установка отечественного производства «Биобриз»).

Оборудование для стерилизации

Если ППР функционирует в больнице, где нет системы централизованной стерилизации, то работать без собственного стерилизационного оборудования нельзя. Даже если имеется центральная стерилизационная, то для оперативных и незапланированных нужд ППР такое оборудование иметь необходимо.

1. Шкаф сухожаровой стерилизационный (напр., типа ШСС-80П).
2. Автомат сухожаровой стерилизационный (напр., отечественный типа ГП или производимые в Германии аппараты типа MLW).

Контрольно-следящее оборудование

Оптимальными для ППР являются мониторные системы, имеющие следующие характеристики: небольшие размеры и вес; возможность крепления к кровати; наличие блока автономного питания; защищенность от попадания жидкостей внутрь корпуса; особо прочное исполнение датчиков с учетом повышенных требований, связанных с возбуждением больных; каналы мониторинга ЭКГ, частоты дыхания импедансным методом, пульсоксиметрии, термометрии в двух точках, автоматического контроля АД неинвазивным методом. Особый интерес для ППР представляют появившиеся в последнее время разработки, позволяющие неинвазивно мониторировать величину внутричерепного давления.

Специальное диагностическое оборудование

1. Эхоэнцефалоскоп (напр., ЭЭС-12).
2. Оборудование для измерения ликворного давления (напр., механические системы типа «Ликвороманометр ЛМ-01» или специальные электронно-механические приборы для этой цели, разрабатываемые в последние годы).
3. Ларингоскопы – с батарейным (аккумуляторным) и сетевым питанием.
4. Рентгеновский аппарат палатный переносной (наиболее мобильными и надежными представляются аппараты типа АРМАН).

Оборудование для экспресс-лаборатории ППР

1. Аппаратура для комплексной экспресс-оценки состояния свертывающей системы крови (напр., методом тромбозластографии – с помощью гемокоагулографа АГКМ-01).

2. Аппаратура для исследования кислотно-щелочного и газового состава крови (напр., оборудование фирмы Radiometer, Дания).

3. Аппаратура для исследования электролитного состава крови и биологических жидкостей – наиболее распространены приборы, работающие по методу пламенной фотометрии, напр., аппараты типа FLAPHO производства Германии. Важным для ППР специфическим требованием к этому оборудованию является его пригодность для определения концентрации не только традиционных натрия и калия, но и лития в плазме крови.

4. Комплект приспособлений для определения группы крови и резус-фактора.

5. Осмометр (из производимых в СНГ – напр., осмометр ОМ-КА-1Ц-01).

6. Анализатор глюкозы (напр., ставший популярным в последние годы прибор ЭКСАН-Г).

7. Автоматические счетчики клеток крови – гемоцитометры.

8. Центрифуга для определения гематокрита.

9. Лабораторная центрифуга (напр., отечественная ЦЛН-2).

10. Вискозиметр.

11. Оборудование для клинических анализов крови.

12. Автоматические дозаторы жидкостей (напр., дозатор автоматический поршневой П1-02).

13. Пипеточные дозаторы.

14. Аппарат для встряхивания пробирок (напр., АВ-30-С).

15. Весы торзионные (напр., ВГ-500).

16. Аппарат для получения дистиллированной воды (напр., дистиллятор А-10).

Оборудование систем жизнеобеспечения ППР

1. Устройства бесперебойного электропитания. Особенно важны они в тех случаях, когда электроснабжение ППР осуществляется без устройства аварийного автоматического переключения на запасную линию электропитания. Если нет возможности организовать общую систему аварийного аккумуляторного электропитания всей электросети ППР, то к локальным устройствам бесперебойного электропитания должны быть подключены как минимум освещение и аппараты ИВЛ. Вообще, приобретая те или иные приборы для ППР, следует при прочих равных условиях выбирать те из них, которые имеют встроенный автономный источник питания.

2. Стабилизаторы напряжения – для приборов, особо чувствительных к нестабильным параметрам отечественных электросетей.

3. Светильники бестеневые передвижные с аварийным освещением.

4. Источники вакуума, централизованные или индивидуальные (отсасыватели): электрические, механические (ножной), пневматические (работающие от сжатого кислорода).

5. Централизованная система снабжения кислородом – газобаллонная станция типа КСС-2, криогенные кислородные газификаторы, концентраторы кислорода.

Прочее оборудование

1. Персональные компьютеры, которые с каждым годом находят все больше полезных применений в отделениях реанимации.

2. Система оперативной радиотелефонной связи между сотрудниками ППР. Карманные устройства радиосвязи избавляют одних сотрудников (чаще всего – врачей) от утомительной и морально угнетающей обязанности постоянно быть привязанными к

точной локализации в пространстве, а других (чаще – средний и младший медперсонал) – от необходимости поисков тех или иных медработников в экстренных ситуациях, которые нередки в ППР.

7.5. ШТАТЫ ППР

Приведенные ниже рекомендации базируются на имеющихся нормативных актах-аналогах, и, в то же время, приведены в соответствие с требованиями клинической практики.

ПРИМЕРНОЕ ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХОРЕАНИМАЦИИ

Врачебный персонал:

- заведующий отделением (врач, имеющий 2 специализации – по психиатрии и анестезиологии-реаниматологии, либо одну – по психореаниматологии);
- врач-ординатор (анестезиолог-реаниматолог) – по 1 круглосуточному посту на каждые 6 коек палаты интенсивной терапии;
- врач-ординатор (психиатр), ведущий больных в палатах постреанимационной реабилитации;
- врач-лаборант экспресс-лаборатории (дневная работа);
- врач кабинета ГБО.

Средний медицинский персонал:

- старшая медсестра;
- медсестра палаты интенсивной терапии для экстренных больных – 1 круглосуточный пост на 3 койки;

- медсестра палаты интенсивной терапии для плановых больных – 1 пост на палату (количество персонала зависит от того, во сколько смен организована работа);
- медсестра палат постреанимационной реабилитации – 1 круглосуточный пост на 6 коек;
- медсестра кабинета ГБО (количество персонала зависит от того, во сколько смен организована работа);
- процедурная/операционная/стерилизационная медсестра, ассистирующая при малых операциях и эфферентных методах лечения, а также ответственная за стерилизацию;
- лекарственная медсестра, ответственная за бесперебойное медикаментозное снабжение отделения;
- фельдшер (медсестра)-лаборант экспресс-лаборатории (1 круглосуточный пост на 6 коек палаты интенсивной терапии).

Младший медицинский персонал:

- сестра-хозяйка;
- младшая медсестра по уходу за больными в палате интенсивной терапии для экстренных больных (1 круглосуточный пост на 6 коек);
- младшая медсестра по уходу за больными в палате интенсивной терапии для плановых больных – 1 пост на палату (количество персонала зависит от того, во сколько смен организована работа);
- санитарка кабинета ГБО;
- санитарка палаты постреанимационной реабилитации – 1 круглосуточный пост на 6 коек;
- санитарка-ванщица;
- санитарка-уборщица.

Инженерно-технический персонал:

- инженер по эксплуатации медицинского оборудования (дневная работа);
- техник по эксплуатации медицинского оборудования (круглосуточный пост);
- рабочий – оператор дистилляторной, газового хозяйства и системы аварийного электроснабжения (круглосуточный пост).

Таким образом, приблизительное ***общее количество должностей*** для обеспечения работы ОПР с 6-коечной палатой интенсивной терапии для экстренных больных, 4-коечной палатой интенсивной терапии для плановых больных и 6 койками палат реабилитации составляет:

- врачебный персонал – 12 единиц;
- средний медицинский персонал – 33 единицы;
- младший медицинский персонал – 19 единиц;
- инженерно-технический персонал – 12 единиц.

Как отмечалось выше, эти штаты рассчитаны для «максимального» ОПР. В случае редуцированного объема задач, стоящих перед ОПР, количество персонала пропорционально уменьшается.

7.6. ОЦЕНКА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ УРГЕНТНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Для адекватной оценки и получения сопоставимых данных о летальности от ургентных психических заболеваний в ППР предлага-

гается пользоваться следующей формой.

Таблица 22

**ОБРАЗЕЦ ФОРМЫ ДЛЯ АНАЛИЗА ЛЕТАЛЬНОСТИ
ОТ УРГЕНТНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ППР**

Клинический диагноз психического заболевания	Патологоанатомическая формулировка основного заболевания – причины смерти (в % от общего числа лечившихся с данным клиническим психиатрическим диагнозом)		
	Психическое заболевание является един- ственной при- чиной смерти	Психическое заболевание является конкурирующей причиной смерти среди нескольких других (комбини- рованное основное заболевание)	Психическое заболевание не является причиной смерти
Алкогольный делирий			
Фебрильная шизофрения			
Эпилептиче- ский статус			
...			

7.7. РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИКАМЕНТАХ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛАХ ДЛЯ ППР

Данные приведенных в диссертации таблиц могут быть основанием для расчета годовых потребностей ППР в обеспечении медикаментами, расходными материалами и оборудованием. Для этого предлагается использовать формулу:

$$Q = A \times q, \text{ где}$$

Q – годовая потребность в конкретном лекарстве или материале,

A – ожидаемое годовое поступление экстренных больных (метод расчета приведен в Приложении 7.8),

q – ожидаемая частота применения рассчитываемого препарата или метода (данные крайних правых столбцов таблиц 10, 12 и 13).

7.8. ПРОГНОЗ ГОДОВОЙ ЛЕЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ И РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В КОЙКАХ ДЛЯ ППР

Для расчета ожидаемых основных показателей лечебной нагрузки в ППР и потребности в психореаниматологических койках в данной психиатрической больнице предлагаются следующие формулы.

- Плановых больных за год будет направлено в ППР

$$0,236 \times S, \text{ где}$$

S – общее количество коек психиатрического стационара, в котором развернуто ППР.

- Число больных с urgentными психическими заболеваниями, которые за год поступят в ППР данного ЛПУ по скорой помощи и из стационара, равно

$$0,000839 \times (1 - 0,65 \times Z) \times R + 0,119 \times S, \text{ где:}$$

R – население региона, для которого данная больница с ППР является скорпомощным психиатрическим стационаром;

Z – «наркологический коэффициент ППР»: доля острых алкогольных психозов, которые в условиях данного региона должны попадать НЕ в данное ППР (число в диапазоне от 0 до 1). Z равно 0, если все острые алкогольные психозы направляются в данное ППР, и равно 1, если этот поток полностью исключается из данного ППР (например, при существовании в данном ре-

гионе отдельной наркологической больницы с койками для лечения острых алкогольных психозов).

- число больных с urgentными соматическими заболеваниями, которые за год поступят в ППР из данной психиатрической больницы, равно

$$0,116 \times W \times S, \text{ где}$$

W – «соматический коэффициент ППР», число в диапазоне от 0,1 до 1, равное прогнозируемой доле остро соматически заболевших в стационаре, которых НЕ удастся срочно (за период не более часа) перевести из психиатрического стационара в профильное соматическое учреждение. Невозможность срочного перевода приведет к помещению такого больного в ППР. Коэффициент W зависит от таких факторов, как удаленность психиатрической больницы от соматического стационара, наличие транспорта, дорог, согласованность межбольничных переводов, возможность срочного выделения психиатрического поста. Диапазон начинается с 0,1 потому, что у 10% urgentных соматических больных острота заболевания не оставит этого часа на перевод в соматическое ЛПУ, и неотложные мероприятия придется в любом случае начинать в ППР. Коэффициент равен 1, если возможность быстрого перевода urgentных соматических больных в профильные стационары отсутствует, и равен 0,1 – если считается, что такой перевод возможен во всех случаях.

- Необходимое ежедневное число коек для плановых больных в ППР данного ЛПУ равно

$$0,0055 \times S$$

• Необходимое ежедневное число коек для экстренных больных в ППР данного ЛПУ равно

$$[0,000839 \times (1 - 0,65 \times Z) \times R + S \times (0,119 + 0,116 \times W)] \times 0,01562.$$

В общем виде эти формулы выглядят следующим образом:

$$C = t \times S \quad (1)$$

$$z_1 = z \times (1 - Y \times Z) \times R + y \times S \quad (2)$$

$$u_1 = u \times W \times S \quad (3)$$

$$K_3 = [z \times (1 - Y \times Z) \times R + S \times (y + u \times W)] \times D / M \quad (4)$$

$$K_{\pi} = (t \times S \times P) / M \quad (5), \text{ где}$$

z_1 – число больных с urgentными психическими заболеваниями, которые за год поступят в ППР по скорой помощи и из психиатрической больницы, чел./год.;

u_1 – число больных с urgentными соматическими заболеваниями, которые за год поступят в ППР из психиатрической больницы, чел./год.;

K_{π} – необходимое ежедневное число коек для плановых больных в ППР;

K_3 – необходимое ежедневное число коек для экстренных больных в ППР;

C – число плановых больных в год, которые будут направлены в ППР, чел./год.;

D – средняя прогнозируемая длительность лечения экстренного больного, дней;

P – средняя прогнозируемая длительность лечения планового больного, дней;

M – количество дней в году (принято за 365);

Y – доля, приходящаяся в потоке экстренных психических заболеваний на острые алкогольные психозы;

t – число плановых больных в год, которые будут направлены в ППР, приходящееся на 1 койку психиатрического стационара, чел./год;

u – ежегодное число urgentных соматически больных, образующихся на 1 койку психиатрического стационара, чел./год;

y – ежегодное число urgentных психически больных, образующихся на 1 койку психиатрического стационара, чел./год;

z – ежегодное число urgentных психически больных, доставляемых в ППР, приходящееся на 1 человека из общего населения региона, обслуживаемого больницей по скорой помощи, чел./год.

Входящие в эти формулы (1 – 5) базовые числовые значения, полученные в результате настоящего исследования, подытожены в следующей таблице.

Таблица 23

ЧИСЛОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ДЛЯ РАСЧЕТНЫХ ФОРМУЛ

Символ	Значение	Ед. изм.	Величина
t	Годовое число плановых больных ППР, приходящееся на 1 койку психиатрического стационара	чел./койку	0,236
z	Годовое число urgentных психически больных, доставляемых в ППР скорой помощью, приходящееся на 1 человека из общего населения обслуживаемого больницей региона	чел.	0,000839
Y	Доля, приходящаяся в потоке экстренных психических заболеваний на острые алкогольные психозы	отн. ед.	0,65
y	Ежегодное число urgentных психически больных, образующихся на 1 койку психиатрического стационара	чел./койку	0,119
u	Ежегодное число urgentных соматических больных, образующихся на 1 койку психиатрического стационара	чел./койку	0,116
D	Средняя длительность лечения в ППР экстренного больного	дней	5,7
P	Средняя длительность лечения в ППР планового больного	дней	8,5

Для практического применения можно рекомендовать пользоваться этими табличными числовыми значениями, подставляя их в формулы (1 – 5). Значения W , Z , S , R подставляются в формулы исходя из характеристик конкретной больницы и региона. При этом нужно иметь в виду, что вычисленные по приведенным формулам значения с доверительной вероятностью $P > 95\%$ находятся в следующих пределах:

$$\begin{aligned} C & \dots\dots\dots \pm 30\% \\ z_1 + u_1 & \dots\dots\dots \pm 23\% \\ K_{\Pi} & \dots\dots\dots \pm 13\% \\ K_3 & \dots\dots\dots \pm 30\% \end{aligned}$$

7.9. ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ

ПРОГРАММА КУРСА ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ПО ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИИ

1. Организационные вопросы психореаниматологии.
 - 1.1. Организация подразделений психореаниматологии (специализация, функциональные возможности, помещение, штаты, персонал, оборудование).
 - 1.2. Показания для помещения больных в подразделение интенсивной терапии и перевода из него.
2. Методики интенсивной терапии, применяемые в психиатрической практике (медикаментозное и аппаратное обеспечение; техника проведения сеансов; особенности курсового лечения; показания и противопоказания в ургентных и «плановых» ситуациях; комбинированное применение методик).

- 2.1. Форсированная инсулинокоматозная терапия.
- 2.2. Атропинокоматозная терапия.
- 2.3. Электросудорожная терапия.
- 2.4. Краниоцеребральная гипотермия.
- 2.5. Внутривенное лазерное облучение крови.
- 2.6. Экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови.
- 2.7. Эфферентные методы детоксикации (гемосорбция, плазмаферез).
- 2.8. Энтеросорбция.
- 2.9. Непрямая электрохимическая детоксикация.
- 2.10. Люмбальная пункция.
- 2.11. Катетеризация центральных сосудов.
- 2.12. Искусственная вентиляция легких.
- 2.13. Анестезиологические методы в психореаниматологии.
3. Общие клинические вопросы ургентной психиатрии.
 - 3.1. Заболевания и составляющие их синдромы.
 - 3.2. Сочетания заболеваний – «миксты».
 - 3.3. Типичное и атипичное течение заболеваний.
 - 3.4. Дифференциальная диагностика.
 - 3.5. Патогенетическая и посиндромная терапия.
 - 3.6. Мониторинг функций.
 - 3.7. Основные параклинические и лабораторные показатели и их интерпретация для коррекции лечебной тактики.
4. Частные клинические вопросы ургентной психиатрии
 - 4.1. Острые алкогольные заболевания.
 - 4.1.1. Алкогольный делирий.
 - 4.1.1.1. Типичный алкогольный делирий.
 - 4.1.1.2. Тяжелый алкогольный делирий.
 - 4.1.1.3. Атипичный алкогольный делирий.
 - 4.1.1.4. Протрагированный алкогольный делирий.

- 4.1.1.5. Абортивный алкогольный делирий.
- 4.1.2. Острый алкогольный галлюциноз.
- 4.1.3. Острый алкогольный параноид.
- 4.1.4. Острый структурно сложный алкогольный психоз.
- 4.1.5. Энцефалопатия Гайе-Вернике и другие острые алкогольные энцефалопатии.
- 4.1.6. Тяжелая алкогольная абстиненция (психотический вариант; сомато-неврологическое отягощение).
- 4.2. Ургентные состояния, связанные с наркоманиями и неалкогольными токсикоманиями.
 - 4.2.1. Тяжелые абстиненции (опийная, барбитуровая, циклодоловая, эфедроновая, транквилизаторная).
 - 4.2.2. Острые интоксикации.
 - 4.2.3. Острые токсические поражения внутренних органов.
- 4.3. Острые интоксикационные психозы.
- 4.4. Острые отравления в психиатрической практике.
- 4.5. Ургентные осложнения психофармакотерапии.
 - 4.5.1. Осложнения лечения нейролептиками.
 - 4.5.1.1. Острый тяжело протекающий нейролептический синдром.
 - 4.5.1.2. ЗНС.
 - 4.5.1.3. Острая психофармакотоксическая энцефалопатия.
 - 4.5.2. Ургентные состояния, связанные с лечением антидепрессантами, антиконвульсантами, транквилизаторами, солями лития, психостимуляторами, алкоголь-сенсibiliзирующими препаратами.
- 4.6. Фебрильная («гипертоксическая») шизофрения.
- 4.7. Острые психозы при инсультах.

- 4.8. Острые психозы при внутричерепных гематомах.
- 4.9. Острые психозы при энцефалитах.
- 4.10. Острые психозы при менингитах.
- 4.11. Острые психозы при опухолях мозга.
- 4.12. Острые психозы при закрытых ЧМТ.
- 4.13. Эпилептический статус.
- 4.14. Острые соматогенные психозы (при панкреатите, пневмонии, инфекционных и др. заболеваниях).
- 5. Вопросы ургентной соматической медицины, наиболее актуальные в психореаниматологии.
 - 5.1. Основы токсикологии.
 - 5.2. Основы пульмонологии.
 - 5.3. Основы экстренной неврологии.