

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
14 февраля 2016 г.
протокол №5

УТВЕРЖДЕНЫ
на XIX Конгрессе
педиатров России
Москва,
14 февраля 2016 г.

**АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
НА ДОВРАЧЕБНОМ ЭТАПЕ**

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ
ФР РОШУМЗ-26-2016

(версия 1.0)

Разработчики: Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Соколова С.Б., Катенко С.В., Лабутьева И.С. (НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России)

Федеральные рекомендации «Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе» содержат алгоритм ранней диагностики и профилактики последствий психических расстройств у лиц детского и подросткового возраста, нуждающихся в неотложной медицинской помощи на доврачебном этапе.

Федеральные рекомендации «Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе» подготовлены с учётом междисциплинарности проблемы и предназначены для врачей, среднего медицинского персонала, работающего в образовательных учреждениях и в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям, администрации образовательных организаций, педагогам и психологам.

Федеральные рекомендации «Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков 22.01.2016 года (протокол №10) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (протокол №23 от 22.01.2016 года).

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методология	3
2. Введение	4
3. Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях	5
4. Показания и противопоказания профилактики неотложных психических состояний	8
5. Материально-техническое обеспечение профилактики неотложных психических состояний	8
6. Формы учёта результатов работы	9
7. Список нормативных и методических документов	9
8. Список литературы	9
9. Приложение	10

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

Консенсус экспертов;

Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях / Под ред. чл.-корр. РАМН профессора Кучмы В.Р. и д.м.н. Храмцова П.И. - М.: Издатель НЦЗД, 2012. - 181 с.;

Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. Под редакцией Шевченко Ю.С., Москва, Медицинское информационное агентство, 2011

ПСИХИАТРИЯ национальное руководство. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2009, 1000 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Ранняя диагностика пароксизмально или быстро развивающихся, выраженных психических расстройств обеспечивает предупреждение состояний несущих прямую угрозу жизни, здоровью пациентов, а также тяжёлых последствий для микросоциальной группы организованных детских коллективов. Предложенный алгоритм и методика существенно снижает организационные, трудовые и материальные затраты на проведение профилактических и лечебных мероприятий, унифицирует подходы к оказанию доврачебной помощи и обеспечивает междисциплинарный характер мероприятий.

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена, среднего медицинского персонала образовательных учреждений, возрастных психологов и педагогов, врачей по гигиене детей и подростков в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящие рекомендации были представлены для дискуссии в предварительной версии на XIX Конгрессе педиатров России (Москва, 12-14 февраля 2016 г. Предварительная версия была выставлена для широкого об-

суждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

2. Введение

Проблема сохранения и укрепления психического здоровья детей и подростков приобрела в последние десятилетия в России исключительное значение. В первую очередь это обусловлено ростом различных форм девиантного поведения. Страна продолжает занимать ведущее место в мире по частоте детских и подростковых суицидов.

В связи с увеличением информационной нагрузки отмечаются новые формы расстройств, получивших название «информационная зависимость» (компьютерная, интернет-зависимость, информационно-коммуникативные патохарактерологические реакции и прочее), проявляющееся агрессивными и аутоагрессивными поведенческими девиациями.

По данным многолетних клинико-эпидемиологических исследований частота встречаемости нозологически очерченных состояний у учащихся подростков достигает 10-12%. Более чем у 60% отмечаются так называемые «предболезненные» состояния. Исключительное значение имеют пароксизмально или остроразвивающиеся психические расстройства зачастую несущие прямую угрозу жизни ребёнка или представляющие опасность для окружающих. Это в первую очередь симптоматика выключенного или помрачённого сознания сопровождающиеся выраженным психомоторным возбуждением (делирий, сумеречное помрачение сознания, оглушённость, сопор, кома). Ранняя диагностика и профилактика данных состояний затруднена, но требует неотложных медицинских мероприятий. Рост числа данных нарушений обусловлен значительным увеличением факторов риска их возникновения – любая развивающаяся соматическая катастрофа, острая интоксикация (алкогольная, наркотическая, токсикоманическая, «спайсы» и пр.), острые психогенные шоковые реакции (катастрофы, теракты, насилие с угрозой жизни), эпилептиформные состояния и др.

Значительная часть симптомокомплексов относится к психическим расстройствам V класса МКБ-10, включая 9 раздел – «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F00-F99), что вызывает при организации помощи детям и подросткам на доврачебном этапе выраженные организационные проблемы. Аналогичные проблемы возникают при суицидальных проявлениях и агрессивном поведении детей и подростков. Психиатрия является единственной медицинской дисциплиной регулируемой документом прямого действия: «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 2 июля 1992 года N3185-I с изменениями на 29.06.2004 г., и возможности недобровольного обследования, консультирования и госпитализации строго регламентированы.

Настоящие рекомендации позволяют выделить для неспециалиста признаки развития urgentных психопатологических состояний и предложить алгоритм дей-

ствий медицинского персонала и администрации образовательных учреждений в отношении учащегося, нуждающегося в срочной медицинской консультации в связи с особенностями их психического состояния.

3. Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях

Профилактика неотложных состояний включает раннюю диагностику психической патологии различной степени выраженности у детей и подростков, формирование групп риска в отношении психических расстройств и консультирование несовершеннолетних, в том числе срочное в недобровольном порядке.

Особенностью диагностики психических расстройств в Российской Федерации является то обстоятельство, что психиатрическое обследование может проводиться только с согласия родителей или опекунов ребенка, за исключением случаев оговоренных в статье 23 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», выписка из которого представлена в приложении 1.

При решении вопросов срочного консультирования несовершеннолетних в недобровольном порядке особое значение имеет положение закона: «4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает: **а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность**, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, **или в) существенный вред его здоровью** вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

В связи с этими положениями закона на начальных этапах диагностики состояния обучающегося её осуществляют специалисты не имеющие специализированной подготовки и правовых оснований для постановки психиатрического диагноза.

Задачей медицинских работников является формирование групп риска в отношении наличия различных форм психической и социальной дезадаптации учащегося.

Общая социальная дезадаптация учащегося проявляется преимущественно возникновением различных форм отклоняющегося поведения.

Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения для формирования групп риска производится по бальной методике (Чубаровский В.В., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф. 2009), представленной в таблице 1.

Протокол на каждого ребенка заполняется на основании анализа его поведения за последний год и с учётом возраста, когда появились те или иные формы поведения. Протокол представляется в качестве самостоятельного документа.

Показанием для консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу 1-3 балла, по второму столбцу 3-4, по третьему – 3-4 балла.

Показанием для консультации психотерапевта является: по первому столбцу 4 и более баллов, по второму столбцу – 5 и более баллов, по третьему – 5 и более баллов.

В отношении оценки действий «дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства», которое обуславливает: **а) его непосредственную опасность для себя или окружающих**, имеют значение отдельные типы криминального поведения, превышающие по строке 5 баллов. В частности: психомоторное возбуждение с агрессией в отношении окружающих, признаки помраченного сознания. Дополнительно включаются истерические и эпилептиформные припадки, ступор (stupor; лат. «оцепенение»; син. ступорозное состояние) - со-

стояние обездвиженности с полным или частичным мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе болевое. Подобные состояния могут развиваться в рамках различных нозологий, в том числе вследствие аффективно-шоковых реакций с угрозой жизни – техногенные катастрофы, теракты, насилие с угрозой витальности. По строке «суицидальное поведение» состояние, превышающее 5 баллов, а именно наличие суицидальных высказываний или действий, аутоагрессивное возбуждение с членовредительством.

Таблица 1

ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАЩИХСЯ

ФОРМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	В течение 1 года (баллы)	Возникли до 12 лет (баллы)
Делинквентное поведение ¹	2	3	4
Асоциальное (криминальное поведение)	4	5	5
Побеги и уходы из дома	2	3	4
Ранняя алкоголизация	1	2	4
Курение	0	1	2
Признаки употребления наркотических и других психоактивных средств	4	5	5
Девиации сексуального поведения ²	1	2	4
Суицидальное поведение	4	5	5
Участие в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, асоциальные компании)	1	2	3
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

При наличии криминальных форм поведения, аддиктивных расстройств суицидальных тенденций или действий и отказе подростков, их родителей или опекунов от консультации врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом специализированная помощь оказывается при содействии правоохранительных органов, через ПНД (вызов участкового или дежурного психиатра) или медико-психолого-педагогические консультации и комиссии на основании «Закона о психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании».

Доврачебный этап включает в себя раннюю диагностику и организацию действий администрации и медицинской сестры образовательного учреждения.

Веским основанием предположить у ребёнка наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, является помрачение его сознания.

Традиционно для оценка симптоматики помрачённого сознания используются 4 общих признака [2]:

- **Первый признак** – отрешенность от окружающей действительности, проявляющаяся затруднением или полным нарушением восприятия окружающего
- **Второй признак** – дезориентировка в окружающем, т.е. а) в месте; б) времени; в) окружающих людях; г) собственной личности.
- **Третий признак** – нарушение мышления, заключающееся в слабости или невозможности формирования суждений, бессвязности мышления.

¹ Делинквентное поведение – цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений (от лат. delinquo – совершить проступок, провиниться), отличающихся от криминала (Личко А.Е. 1983). Сюда относятся частые драки, сквернословие в общественных местах, издевательства над младшими и слабыми, домашние кражи, угон велосипедов и скутеров с целью «покататься», отнимание мелких карманных денег у малышей и пр.

² Девиации сексуального поведения – ранняя половая жизнь (до 16 лет), промискуитет (беспорядочные половые связи), транзитный подростковый гомосексуализм

- **Четвёртый признак** – полная или частичная амнезия периода помрачённого сознания.

Комбинация выделенных признаков с особенностями их проявления обуславливает конкретные синдромы помрачённого сознания. Традиционно оценка психического статуса любого пациента начинается с оценки состояния сознания. Выделенные критерии обязан знать любой медик и крайне желательно, чтобы их знали педагоги и психологи.

Исключительное значение при неотложных психопатологических состояниях имеет второй признак помрачённого сознания, представленные в таблице 2.

Таблица 2

**Особенности дезориентировки личности
в рамках различных синдромов помрачённого сознания**

Синдромы помрачения сознания	Варианты дезориентировки а) в месте б) времени в) окружающих людях г) собственной личности	Сопутствующие симптомы
Оглушение	а) в месте б) времени в) окружающих людях г) собственной личности слабой степени	Моторная и идеаторная заторможенность, признаки развивающейся соматической катастрофы
Делирий	а) в месте б) времени в) окружающих людях	Галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение
Аменция	а) в месте б) времени в) окружающих людях г) собственной личности	Психомоторное возбуждение
Онероидное помрачение сознания	а) в месте б) времени в) окружающих людях г) собственной личности с вариантами двойной ориентировки	Псевдогаллюцинации, бред, кататонические расстройства
Сумеречное помрачение сознания	а) в месте б) времени в) окружающих людях	Бред, выраженное психомоторное возбуждение, высокий риск агрессивного и аутоагрессивного поведения, полная амнезия
Аффективно-шоковое возбуждения	а) в месте б) времени в) окружающих людях	Паника, выраженное психомоторное возбуждение, риск индукции на других детей
Аффективно-шоковый ступор	а) в месте б) времени в) окружающих людях	Обездвиженность, расстройство инстинкта самосохранения
Истерический припадок	0	Психомоторное возбуждение, судороги, демонстративность проявлений включая суицидальные попытки
Эпилептиформный припадок	а) в месте б) времени в) окружающих людях г) собственной личности	Пароксизмально развивающиеся судорожные состояния различной степени выраженности, угроза перехода в эпистатус

Для проведения мероприятий в случае осторазвивающихся психических и поведенческих расстройств соответствующих признакам «непосредственной опасности для себя или окружающих» необходимы следующие поэтапные действия:

Этапы	Наименование	Специалисты
I	Изоляция ребёнка в медицинском кабинете или ином помещении в присутствии медицинской сестры и лиц контролирующих и обеспечивающих его безопасность	Администрация организации, психолог школьная медицинская сестра
II	Информирование родителей ребёнка или его законных представителей о состоянии здоровья и характере предпринимаемых действий	Администрация образовательной организации
III	Вызов скорой медицинской помощи или неотложной психиатрической. В случаях криминального или агрессивного поведения вызов правоохранительных органов.	Администрация образовательной организации, медицинская сестра
IV	Обеспечение безопасности ребёнка и других членов образовательной организации до прибытия врачебной бригады или консультации специалиста. При криминальных девиациях поведения до прибытия представителей правоохранительных органов	Администрация образовательного учреждения, медицинская сестра, врач общей практики
V	Передача ребёнка родителям с информированием юридических оснований предпринятых действий и необходимости консультации у врача-специалиста	Администрация образовательной организации, врач общей практики или специалист, представитель правоохранительных органов

На врачебном этапе подаются документы доврачебного этапа обследования, составленных психологом и медицинской сестрой. Предположительный диагноз ставится с использованием основных форм психических нарушений и расстройств поведения. Диагнозы соотнесены с МКБ-10 и выделены группы здоровья [2]. На этап специализированной медицинской помощи направляются пациенты по решению врача скорой медицинской помощи с предварительным диагнозом психического расстройства.

Диагноз ставится врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом при направлении в психоневрологический диспансер (ПНД), психиатрическую больницу или в рамках медико-психолого-педагогических консультаций и комиссий, организованных по региональному принципу.

4. Показания и противопоказания профилактики неотложных психических состояний

Показанием для использования алгоритма являются все формы помраченного сознания с несколько различной степенью риска в отношении угрозы жизни пациента и окружающих.

Противопоказаний не имеется.

5. Материально-техническое обеспечение профилактики неотложных психических состояний

Для профилактики неотложных психических состояний обучающихся в образовательных организациях не требуется специальное оснащение, не предусмотренное нормативно-правовыми актами Минздрава России.

6. Формы учёта результатов работ

Для учета результатов работы по профилактике неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе рекомендуется регистрировать количество:

- обучающихся, поведение в течение последнего года которых было проанализировано;
- детей и подростков группы риска в отношении отклонений в сфере психосоциального здоровья;
- обучающихся, получивших индивидуальную консультацию при самообращении и при медицинских осмотрах;
- направленных на консультацию к школьному психологу;
- направленных на консультацию к врачу-специалисту;
- обращений в правоохранительные органы в связи с девиантными формами поведения детей.

7. Список нормативных и методических документов

1. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании от 2 июля 1992 года N 3185-1 с изменениями на 29.06.2004 г.
2. Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом уровне) при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста. Рекомендации по оказанию медицинской помощи обучающимся. Р РОШУМЗ-14-2014. – Москва, 2014, 18 с. (<http://niigd.ru/pdf/P-14-2014.pdf>).

8. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Вторичная профилактика аддиктивных форм поведения у подростков. (Пособие для врачей.) МЗ Российской Федерации, ГУ НЦЗД РАМН, НИИ гигиены и охраны здоровья, Москва, 2004.
2. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. Под редакцией Шевченко Ю.С., Москва, Медицинское информационное агентство, 2011
3. Детская психиатрия. Учебник под редакцией Э.Г. Эйдемиллера. Москва, Санкт-Петербург, изд. «Питер», 2005
4. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семёнова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), «БЭСТ-принт», Москва, 2011.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). Л., Медицина, 1985
6. ПСИХИАТРИЯ национальное руководство. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2009, 1000 с.
7. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. - Санкт-Петербург, 1999.

**Выписка
ЗАКОН
О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН
ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ
от 2 июля 1992 года N 3185-1
с изменениями на 29.06.2004г.
Некоторые статьи с комментарием.**

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу - психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой [статьи 23 настоящего Закона](#), решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой [статьи 23 настоящего Закона](#), решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.