

Острые психотические состояния как основание неотложной госпитализации подростков разного пола бригадами скорой психиатрической помощи

Н.Е. Кравченко¹, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник (kravchenkone@mail.ru);

С.А. Зикеев¹, младший научный сотрудник (sergeizikeev@yahoo.com).

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья, отдел по изучению проблем подростковой психиатрии (115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34).

Проанализированы случаи неотложной госпитализации подростков, вызов бригад скорой психиатрической помощи к которым был обусловлен острыми психотическими расстройствами. Уточнены особенности психической патологии, требующей срочного вмешательства психиатра и основания для неотложной недобровольной госпитализации. Проведено сравнение особенностей нозологического распределения у юношей и девушек.

Ключевые слова: скорая психиатрическая помощь (СПП), неотложная госпитализация, острые психотические состояния, подростки.

Acute psychotic conditions as a basis emergency hospitalization of miscellaneous adolescents paul by psychiatric emergency care teams

N.E. Kravchenko¹, Candidate of Medical Sciences (kravchenkone@mail.ru);

S.A. Zikeev¹, Junior researcher (sergeizikeev@yahoo.com).

¹Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health, Department of Adolescent Psychiatry (Kashirskoe shosse, 34, Moscow, 115522).

Cases of emergency hospitalization analyzed teenagers, to whom emergency psychiatric teams were called caused by acute psychotic disorders. Clarified features of mental pathology requiring urgent intervention psychiatrist and grounds for emergency involuntary hospitalization. A comparison was made of the characteristics of the nosological distribution in boys and girls.

Keywords: emergency psychiatric care (EMC), emergency hospitalization, acute psychotic conditions, adolescents.

Введение. Государством гарантируется психиатрическая помощь при оказании скорой (в том числе скорой специализированной) медицинской помощи в соответствии с Законом Российской Федерации [1]. Данный вид медицинской помощи оказывается как взрослым, так и несовершеннолетним. Распознавание психопатологических оснований опасных изменений поведения, а также возможные варианты дальнейшего развития этих проявлений — один из главных вопросов, которые решает психиатр скорой психиатрической помощи (СПП) [2]. Неотложная госпитализация в психиатрический стационар, согласно Закону о психиатрической помощи, может быть добровольной (при согласии пациента или его законного представителя) или осуществляется в недобровольном порядке (статья 29 Закона) — без согласия больного или его законного представителя, если психическое расстройство обуславливает опасность больного (для себя или окружающих — пункт «а»), его беспомощность (пункт «б») или суще-

ственный вред здоровью, если лицо будет оставлено без специализированной помощи (пункт «в»). Однако, закономерности, типичные для взрослых, нельзя полностью экстраполировать на подростковые контингенты, имеющие свои характерные проявления психопатологии [3]. В связи с этим, уточнение причин вызова СПП к подросткам с психотическими состояниями и оснований для последующей неотложной госпитализации в государственные психиатрические учреждения представляется актуальным.

Целью исследования явилось получение данных о наиболее частых обоснованиях необходимости неотложной госпитализации и особенностях нозологического распределения психотической патологии у подростков, госпитализированных бригадами СПП 15 лет назад.

Материал: из 316 подростков, доставленных в острые подростковые отделения московской психиатрической клинической больницы (ГБУЗ ПКБ) № 15 (до ее закрытия) бригадами СПП в течение

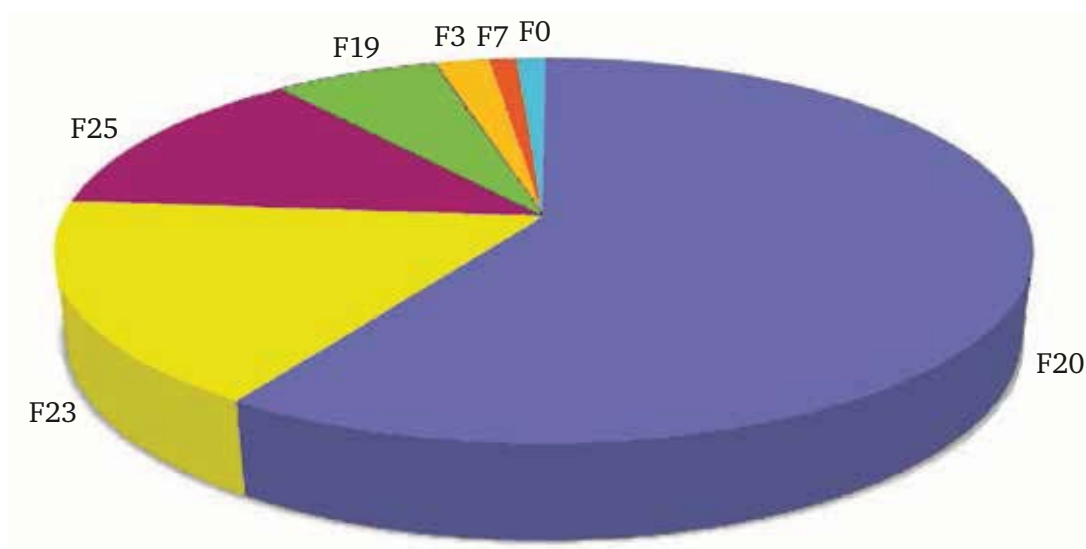


Рис. 1. Нозологическое распределение психотических состояний
Nosological distribution of psychotic states

календарного года, были отобраны 93 пациента (50 юношей и 43 девушки) с психотическими состояниями.

Методы исследования: клинико-психопатологический, катамнестический, анализ медицинской документации, математико-статистический.

Результаты. Подростковые отделения 15 психиатрической больницы до её закрытия были предназначены только для пациентов старшего подросткового возраста (от 15 до 17 лет). Средний возраст всех несовершеннолетних с острыми психотическими синдромами, доставленных в психиатрическое учреждение бригадами СПП, составлял 16,5 лет. Доля таких пациентов в общем потоке госпитализированных бригадами СПП в течение года составила 29,4 %. Почти половина подростков — (42 чел. — 45,2 %) госпитализировались повторно, при этом доля повторно госпитализированных девушек (43 %) была меньшей, чем у юношей (50 %). Возникшие впервые психотические состояния вне зависимости от их нозологической принадлежности чаще манифестировали в старшем подростковом возрасте, ближе к совершеннолетию, а именно: возраст к началу первого психотического эпизода у большинства первичных пациентов приближался к 17–17,5 годам.

Нозологическое распределение было следующим: среди всех госпитализированных в течение года подростков более половины (55 чел. — 59,1 %) составляли больные психотическими формами шизофрении (F20), диагноз острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23) установлен в 17,2 % (16 чел.) случаев, у 12,9 % (12 чел.) диагностировано ши-

зоаффективное расстройство (F25). Намного реже имели место психотические состояния, обусловленные употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (6 чел. — 6,5 %, F19), единичными оказались аффективные психотические синдромы (2 чел. — 2,1 %, F3), а также психотические расстройства у больных с умственной отсталостью (1 чел. — 1,1 %, F7) и эпилепсией (1 чел. — 1,1 %, F0).

Нозологическое распределение по долям представлено на рисунке 1.

Как видно из рисунка, самый большой удельный вес среди всех психотических состояний занимали психозы шизофренической природы.

При сравнении нозологического распределения в гендерном аспекте можно отметить, что репертуар диагнозов оказался более разнообразным у девушек; психотические состояния при аффективной болезни, эпилепсии и умственной отсталости за изученный период имели место только у лиц женского пола. Диагноз «Острый полиморфный психоз с симптомами шизофрении» чаще составлялся девушкам, нежели юношам (12 и 4 чел. соответственно), шизоаффективный психоз также чаще наблюдался у лиц женского пола (7 и 5 чел. соответственно), психотические состояния, связанные с употреблением ПАВ и алкоголя, также чаще были у девушек (4 и 2 чел. соответственно). А в группе больных шизофренией почти в 2,5 раза преобладали юноши (39 и 16 чел. соответственно).

Удельный вес психотических состояний шизофренической природы среди других психозов у девушек соответствовал 37 %, у юношей он был

в два раза больше (78 %). При этом среди больных шизофренией треть составляли повторно госпитализированные (36 из 55 больных — 65,5 %), хотя среди девушек с диагнозом F20 доля повторно госпитализированных была несколько выше (68,8 % и 64,1 % соответственно)¹. У 40 % больных шизофренией эндогенный процесс манифестировал в детстве или раннем подростковом возрасте, доля девушек с ранней манифестацией и уже верифицированным диагнозом оказалась большей, по сравнению с юношами (50 % и 35,9 % соответственно).

В группе больных с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23) преобладали лица женского пола (12 из 16), а также первично госпитализированные больные (14 из 16 больных). Данный факт, по-видимому, можно объяснить нежеланием подростков психиатров в реабилитационных целях устанавливать сразу диагноз шизофрении (F20), чтобы несовершеннолетние пациенты при благоприятном выходе из психоза могли в будущем избежать стигматизации². Можно предположить, что верификация диагноза «шизофрения» у подростков 15–17 лет происходила в зависимости от возраста, в котором наблюдалась манифестация заболевания: часть девушек, заболевших шизофренией в детстве, стационарировались повторно с уже установленным диагнозом, когда же манифестация заболевания происходила ближе к совершеннолетию и отчетливые негативные изменения еще не были сформированы, диагноз стремились смягчить. У лиц же мужского пола, которые по данным исследований, по сравнению с девушками, заболевают шизофренией в более раннем возрасте [4], манифестация этого заболевания реже приходится на старший подростковый возраст, и удельный вес повторно госпитализированных составляет 2/3. На возможность сделать эти выводы указывают такие факты, как значительный удельный вес повторных госпитализаций в группе подростков с психотическими формами шизофрении, а также преобладание первично госпитализированных больных в группе больных с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении»³.

Не останавливаясь обстоятельно на описании клинико-типологической характеристики острых психозов, можно отметить, что они были представлены острыми бредовыми, аффективно-галлюцинаторно-бредовыми и галлюцинаторно-бредовыми с синдромом Кандинского-Клерамбо, полиморфными синдромами, психотическими расстройствами с помрачением сознания (делириозным, онейроидным), а также аффективно-бредовыми и аффективными синдромами. При этом в клинической структуре психотических состояний при первичной госпитализации в изученный период редкими были кататонические синдромы, мегаломанический парафренный бред, доминировали острый чувственный бред, аффективно-бредовые синдромы. Но в случаях повторной госпитализации чаще выявлялись кататонические расстройства (в основном, импульсивность, психомоторное кататоническое возбуждение, стереотипии), особенно у девушек, заболевших в детстве, а также — бредовые расстройства с синдромом Кандинского-Клерамбо. Наименее прогрессивная из круга эндогенных психозов аффективная болезнь (в частности, аффективный психоз — F3) 10 лет назад являлась относительно редкой психотической патологией среди девушек подростков, несмотря на высокий удельный вес собственно аффективных расстройств в структуре острых психотических эпизодов у подростков женского пола.

Останавливаясь на анализе событий, потребовавших экстренного вызова СПП к подросткам, можно было отметить, что три четверти больных демонстрировали неадекватное поведение, обусловленное психотическим состоянием — психомоторное возбуждение, бредовое поведение, импульсивные поступки и т. п. Связанные с острым психотическим расстройством и выступавшие на первый план агрессивные действия (гетероагрессивные и аутоагрессивные, в т. ч. суицидальные), наблюдались у трети больных.

Неотложная госпитализация подростков наиболее часто определялась статьей 29 пунктом «а» Закона о психиатрической помощи, когда опасность для себя и окружающих была связана с гетеро- и аутоагрессивными, а также с импульсивными поступками (60 чел. — 64,5 %). Когда же острые психотические расстройства не сопровождались грубым деструктивным поведением, но приводили к нарушению критики, отказу от лечения из-за непонимания болезненности своего состояния (что чаще наблюдалось у больных при повторном стационарировании в психиатрическое учреждение), недобровольная госпитализация проводилась на основании пункта «в» статьи 29

1 Анализ структуры совокупности проводился по формуле $d_j = \frac{p_j}{n}$, где d_j — доля группы в общей численности совокупности, p_j — число элементов в группе, n — число элементов во всей совокупности, а $\sum d_j = 1 = 100\%$.

2 Согласно данным катамнеза, 14 больным из 16 в дальнейшем был установлен диагноз шизофрении.

3 Однако диагноз F23 с нашей точки зрения не может являться истинной нозологической категорией, т.к. «нозологическая самостоятельность болезни образуется в результате единства её этиологии и патогенеза» — цит. А.В. Снежневский, 2004.

Закона, так как отсутствие лечения в подобных случаях могло привести к существенному вреду здоровью вследствие ухудшения психического состояния при оставлении без специализированной помощи. На основании этого критерия были интернированы в психиатрический стационар 29 (31,2 %) больных подростков. Намного реже (4 чел. — 4,3 %) основанием экстренной госпитализации несовершеннолетних служил пункт «б» статьи 29 Закона. В этих случаях в психическом состоянии выявлялись признаки кататонического ступора, мутизм, отказ от еды. Больные не вступали в контакт, становились беспомощными, не могли обслуживать себя даже в минимальной степени и нуждались в наблюдении и постороннем уходе.

Таким образом, врачу СПП, осматривающему подростка, приходилось прежде всего решать вопрос о необходимости неотложной госпитализации несовершеннолетнего, опираясь на соответствующие Закону аргументы, определяющие обоснованность этого шага независимо от желания больного или его законного представителя. Госпитализация при острых психотических расстройствах в старшем подростковом возрасте определяется, так называемыми, «абсолютными клиническими» [5] показаниями, менее зависимыми от социальных влияний и характерными для взрослого контингента психически больных.

В заключение можно отметить, что подростковая психиатрия — это отдельная специальность, отличающаяся по своей специфике как от собственно детской психиатрии, из которой она «выросла», так и от психиатрии взрослых. Поэтому, с целью улучшения качества психиатрической помощи контингенту старшего подросткового возраста представляется целесообразным предложить организацию на базе детского психиатрического стационара отделений для лиц 15–17 лет с психотическими расстройствами. Существование подобных отделений в прошлом, с нашей точки зрения, оправдало себя.

Литература

1. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
2. Иванов В.С. Скорая психиатрическая помощь: Правовые и клинические вопросы // Предисл. Б.А. Казаковцева. Изд. стереотип. — М.: ЛЕНАНД. 2023. — 304 с.
3. Головина А.Г. Период adolescence как биопсихосоциальный фактор развития психических нарушений у подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии 2020, №1, с. 4-7.
4. Мазаева Н.А., Шмакова О.П., Андреева О.О. Катамнез детской шизофрении (клинический и социальный аспекты) // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2012, №7, с. 20-27.
5. Новицкий И.Я. Влияние клинических и средовых факторов на обращаемость в службу скорой психиатрической помощи // Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва — 2008, 25 с.