

# ОСНОВАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЮНОШЕЙ-ПОДРОСТКОВ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.Е. Кравченко, С.А. Зикеев

ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья, г. Москва

*Проанализированы случаи экстренной госпитализации юношей, вызов бригад скорой психиатрической помощи (СПП) к которым был обусловлен психотическими расстройствами. Уточнены особенности психической патологии, требующие срочного вмешательства психиатра и основания для неотложной госпитализации.*

**Ключевые слова:** подростки, скорая психиатрическая помощь (СПП), неотложная госпитализация, психотические расстройства.

Служба скорой психиатрической помощи (СПП) относится к службам экстренного реагирования. Согласно действующему с 1992 г. Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», скорая специализированная помощь гарантируется государством лицам, страдающим психической патологией, требующей экстренного вмешательства. Неотложная госпитализация в психиатрический стационар может быть добровольной (при согласии пациента или его законного представителя) либо осуществляется в недобровольном порядке (статья 29 Закона о психиатрической помощи) — без согласия больного или его законного представителя — если психическое расстройство обуславливает опасность больного для себя или окружающих (пункт «а»), его беспомощность (пункт «б») или существенный вред здоровью, если лицо будет оставлено без специализированной помощи (пункт «в»). В среднем количество выездов СПП в Москве в течение суточного дежурства составляет от 7–9 до 12, из них вызовы к подросткам 13–17 лет относительно редки — от 0 до 3. Вызовы бригад СПП у взрослых психически больных зачастую определяются неожиданностью психического расстройства, непонятностью и непредсказуемостью последствий, при этом значительное число

вызвов связаны не столько с ухудшением психического состояния, сколько с влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды [1, 2]. По данным некоторых исследований [3, 4] среди взрослых пациентов больные шизофренией составляют от 54,8 % до 69 % от всех направленных в психиатрический стационар недобровольно. Однако закономерности, типичные для взрослых, нельзя полностью экстраполировать на подростковые контингенты, имеющие свои характерные проявления психопатологии [5]. Знание и понимание особенностей острых состояний, требующих экстренного медицинского вмешательства, дают возможность врачу СПП выбрать вариант того или иного решения о дальнейшей тактике [6]: а) необходимости неотложной госпитализации в специализированный психиатрический стационар; б) возможности после осмотра врача СПП лечения в амбулаторных условиях.

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.

**Цель исследования:** получение данных об особенностях психотической патологии в подобных случаях и наиболее частых критериях необходимости неотложной госпитализации.

**Объект исследования:** 50 подростков мужского пола 15–17 лет (средний возраст 16,6 лет), доставленных в острое подростковое отделение ГБУЗ ПКБ № 15 (до ее закрытия) бригадами СПП в связи с острыми психотическими расстройствами (согласно МКБ, подпадающими под диагностические рубрики F20; 23; 25).

Согласно уточненным данным, больные психотическими формами шизофрении (а также немногочисленными случаями других психотических расстройств — F23, F25) составляют большинство среди всех по разным

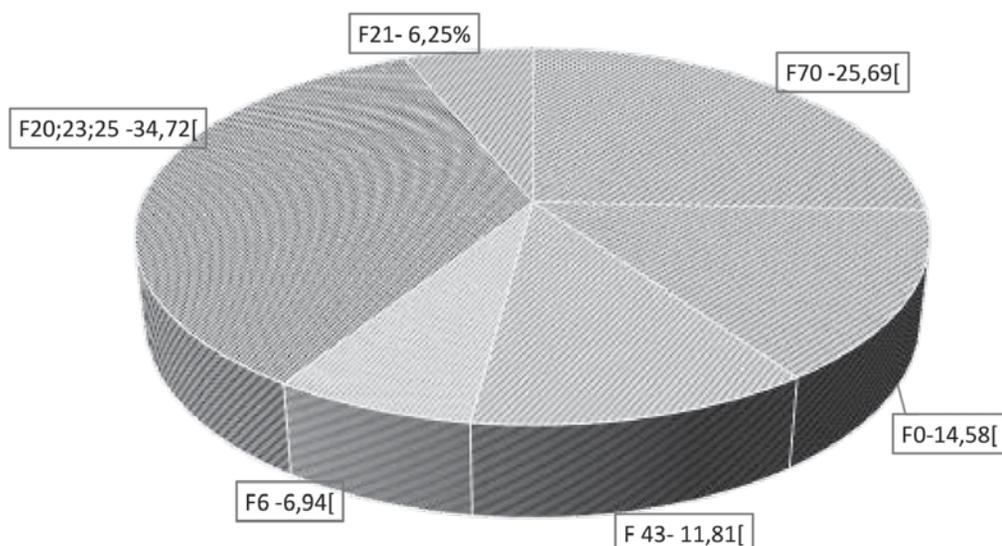


Рисунок 1. Нозологическое распределение всех госпитализированных СПП юношей в течение года

причинам экстренно стационарированных СПП в течение года подростков мужского пола. При этом на долю острых психотических состояний приходится примерно одна треть среди других нозологий (данные представлены на рис. 1).

Из 50 юношей-подростков, госпитализированных с острыми психотическими проявлениями, у большинства (39–78 %) была диагностирована шизофрения, у 5 (10 %) — шизоаффективное расстройство, у 6 (12 %) — острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, в том числе, спровоцированное употреблением психоактивных веществ (2 случая).

Подростки различались по тяжести психических расстройств. Более чем у четверти из них (28 %) была оформлена инвалидность детства.

В целом в группе больных соотношение первично госпитализированных (25 юношей, из них больных шизофренией 14) и стационарированных повторно (25 юношей — все больные шизофренией) было одинаковым. Исходя из того, что среди повторно госпитализированных не выявлены пациенты, состояние которых было бы верифицировано как «острое психотическое состояние с симптомами шизофрении» (F23 согласно МКБ-10), и придерживаясь традиционной для отечественной психиатрии оценки клинического материала, можно полагать, что случаи, отнесенные при первичной госпитализации к рубрике F23, в дальнейшем с большой долей вероятности будут квалифицированы как психотические состояния шизофренической природы. По-видимому, данное положение вещей объясняется тем, что детские

и подростковые врачи стремятся выставлять более легкий диагноз F23 с реабилитационной целью, чтобы их несовершеннолетние пациенты при благоприятных исходах заболевания могли избежать стигматизации.

Тяжелые формы шизофрении, с началом в раннем детском возрасте и формированием олигофреноподобного дефекта, а также прогрессирующие непрерывно-текущие параноидные варианты с наличием отчетливых дефицитарных проявлений имели место у 14 больных. Эти больные в прошлом, еще до наступления старшего подросткового возраста, неоднократно госпитализировались в детские и подростковые отделения психиатрических больниц, половина из них проживала в интернатах. Как правило, эти подростки получали массивную постоянную психотропную терапию, несмотря на которую возникала экастербация заболевания. Наиболее частым поводом вызова СПП к ним являлось изменение психического состояния, возникавшее внезапно и сопровождавшееся психомоторным возбуждением, тяжелыми нарушениями поведения. У больных данной категории обычно не удавалось выявить конкретного бредового содержания переживаний, преобладающими были аффекты немотивированной злобы, страха, реже — грубая сексуальная расторможенность. Их поведение характеризовалось нецеленаправленными действиями, непредсказуемостью поведения, больные могли внезапно набрасываться на родных, персонал интерната, кусались, бились головой о стены. Опасность для себя и окружающих, прежде всего, была связана с агрессивными и аутоагрессивными импульсив-

ными поступками. Неотложная госпитализация больных с тяжелыми формами шизофрении наиболее часто определялась статьей 29 пунктом «а» Закона о психиатрической помощи (далее Закона). Намного реже основанием экстренной госпитализации подобных больных 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. Неспособность самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности, беспомощность также могли быть связаны с грубым интеллектуальным дефектом, отсутствием сформированных бытовых и социальных навыков у пациентов, заболевших шизофренией в раннем детстве.

К другой группе с менее прогрессивным течением и маловыраженными дефицитарными проявлениями принадлежали больные с острыми психотическими нарушениями, среди них более чем в два раза преобладали подростки, госпитализация которых была первичной (25 чел. и 11 чел. соответственно). В нашу задачу в данной работе не входил анализ динамики психотических синдромов, поэтому ограничимся констатацией того факта, что психотические состояния, отнесенные к разным диагностическим категориям МКБ-10 — шизофрении (F20 — 25 больных), шизоаффективного психоза (F25 — 5 больных) и острого психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23 — 6 больных), вне зависимости от принадлежности к тем или иным рубрикам МКБ-10, имели общие характерные клинические особенности, обусловленные патопластическим влиянием подросткового возраста. Общими для всех являлись типичные для психопатологии у этого контингента больных [7] синдромальная незавершенность и полиморфизм психотических состояний с включением бредовых, кататонических и аффективных проявлений, отсутствие строгой закономерности в развертывании острых приступов, большой удельный вес чувственного бреда и аффективных нарушений, мало систематизированный характер бредовых идей, доминирование идеаторного компонента синдрома Кандинского-Клерамбо над другими структурными компонентами синдрома психического автоматизма. Острые психотические состояния с преобладанием галлюцинаторно-параноидных, бредовых, аффективно-бредовых синдромов наблюда-

лись в рамках приступообразно-прогредиентной (15 больных) и приступообразной без грубой прогрессивности (10 больных) форм шизофрении. В структуре острых психотических эпизодов шизоаффективного психоза (5 случаев) имели место наряду с аффективными (маниакальными) проявлениями парафренические идеи величия, мегаломанический бред, галлюцинаторные феномены, либо клиническая картина была представлена депрессивно-параноидным синдромом. Острые психотические расстройства с симптомами шизофрении (6 больных) характеризовались внезапным началом, включали несистематизированный бред, вербальные и зрительные галлюцинации, смешанные аффективные симптомокомплексы.

Поведение подростков с острыми психотическими синдромами было грубо нарушено, определялось продуктивными расстройствами (императивными галлюцинациями, бредовым восприятием окружающего) и характеризовалось непредвиденными поступками, неожиданными суицидальными или гетероагрессивными действиями. Нападения на близких или незнакомых людей, угрозы убить обуславливались охваченностью болезненными переживаниями. Некоторые больные совершали активные суицидальные попытки, импульсивные и субъективно немотивированные, которые возникали под влиянием галлюцинаторно-бредовых расстройств — подростки неожиданно для окружающих бросались под машину, проходящий поезд, прыгали с высоты. В тех случаях, когда имели место депрессивно-бредовые психотические синдромы, суицидальное поведение возникало в связи с идеями самообвинения.

Быстрый темп развертывания психотической симптоматики, непредсказуемость бредового поведения в таких случаях диктовали необходимость вызова бригад СПП, а экстренная недобровольная госпитализация у 3/4 этих больных была связана с опасностью для себя или окружающих (статья 29 пункт «а» Закона). Когда 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 стационарном лечении в психиатрическое учреждение), недобровольная госпитализация проводилась на основании пункта «в» статьи 29 Закона, т.к. отсутствие лечения в подобных случаях могло привести к существенному вреду здоровью вследствие ухудшения психического состоя-

ния при оставлении без специализированной помощи.

Резюмируя сказанное, можно отметить, что врач СПП должен оперативно и быстро принимать решения о правильной тактике в каждом конкретном случае, а вопрос о необходимости недобровольной неотложной госпитализации поднимается уже с начала осмотра пациента и осознания врачом СПП обоснованности этого шага независимо от желания больного или его законного представителя. Для этого в заключениях врача должны быть представлены веские аргументы, на основании которых принимается решение о недобровольном помещении больного в психиатрический стационар, и какой статье и пункту Закона («а», «б» или «в») оно соответствует.

Как показало наше исследование, наиболее частым основанием для недобровольной госпитализации юношей-подростков с психотическими расстройствами в стационар является критерий «опасности больного для себя или окружающих» — пункт «а» статьи 29 Закона, по нашим наблюдениям он применялся в 72 % случаев (у 36 больных) экстренного помещения в психиатрическое учреждение. В три раза реже (в 24 %, у 12 больных) использовался критерий «возможного вреда здоровью» при отказе в необходимой госпитализации — пункт «в» статьи 29 Закона. Случаи применения пункта «б» статьи 29 Закона («беспомощность») у подростков оказываются единичными (у 2 больных, 4 %). На вопрос: меняется ли распределение критериев недобровольной госпитализации у подростков с психотическими расстройствами в зависимости от гендерной принадлежности, можно дать ответ только при проведении исследования девушек с подобными состояниями. Полученные данные, возможно, могут быть использованы при организации психиатрической помощи подростковому контингенту больных с психической патологией.

#### Литература

1. Иванов В.С. Скорая психиатрическая помощь: правовые и клинические вопросы. – М.: Леланд, 2019. –304с.

2. Новицкий И.Я. Влияние клинических и средовых факторов на обращаемость в службу скорой психиатрической помощи. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва – 2008, 25 с.
3. Руженков В.А., Щербак Н.А. Проблемы недобровольной госпитализации и лечения больных шизофренией. // Успехи современного естествознания, 2006, №6, с.12-15
4. Москаль И.В. Недобровольная госпитализация психически больных (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты). Автореф. дис...канд. мед наук). М., 1994, 26 с.
5. Головина А.Г. Период adolescence как биопсихосоциальный фактор развития психических нарушений у подростков. // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2020, №1, с. 4-7
6. Фиалко В.А. Клинические особенности течения неотложных заболеваний и возможность их распознавания на догоспитальном этапе. // Журнал «Врач скорой помощи». - 2007. - №3-4. - С.29-35
7. Мазаева Н.А. Подростковый возраст и шизофрения. // Психиатрия. 2008, №2, с.16-27

#### Foundations for emergency hospitalization of adolescents with psychotic disorders

**N.E. Kravchenko, S.A. Zikeev**

*FSBI Scientific Center of Mental Health, Moscow*

**Abstract.** Cases of emergency hospitalization of young men, the call of the SPP brigades to which was due to psychotic disorders, were analyzed. The specifics of mental pathology that require urgent intervention of a psychiatrist and the grounds for urgent hospitalization have been clarified.

**Keywords:** adolescents, Psychiatric Emergency Services (PES), Emergency Hospitalizations, Psychotic Disorders.