

А. М. Прымак, А. А. Ходиченко
**ОСТРЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. И. И. Бураков
Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A. M. Prymak, A. A. Hodichenko
**ACUTE PSYCHOTIC DISORDERS IN PATIENTS OF
MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL**

Tutor: professor I. I. Burakov
Department of Propaedeutics of Internal Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Изучена информация о случаях возникновения острого психоза у пациентов, находившихся на лечении в реанимационном отделении УЗ «6-я ГКБ» г. Минска

Ключевые слова: острый психоз, делирий, отделение интенсивной терапии.

Resume. An analysis was carried out of information about cases of acute psychosis in patients who were treated in the intensive care unit of the 6th Clinical Hospital in Minsk

Keywords: acute psychosis, delirium, intensive care unit.

Актуальность. Острый психоз (синонимы: «делирий», «острая энцефалопатия», «острый мозговой синдром», «острая когнитивная недостаточность», «обратимая деменция», «экзогенный психоз», «острая церебральная недостаточность», «токсическая энцефалопатия», «метаболическая энцефалопатия», «септическая энцефалопатия», «алкогольный делирий», «реанимационный психоз») определяют как расстройство сознания, характеризующееся галлюцинациями, двигательным возбуждением, нарушением ориентировки во времени и пространстве, которое может чередоваться с периодами ясного сознания и критического отношения к болезненным проявлениям. Таким образом, все симптомы острого психоза, взятые по отдельности, не являются специфичными. Более характерными для этой патологии являются острое начало (дней), флюктуирующее течение (симптоматика имеет циркадный ритм, ухудшение обычно отмечается ночью) и преходящий характер (чаще всего купируется в течение нескольких дней). У большинства пациентов отмечаются нарушения восприятия, памяти, мышления, речи, а также двигательные расстройства и нарушение цикла сон-бодрствование, возможно превалирование тех или иных признаков. В зависимости от того, какие симптомы выступают на первый план, острый психоз может быть ошибочно принят за другие расстройства психики, в частности, деменцию или функциональные расстройства.

Факторами риска развития психоза являются:

- Цереброваскулярные заболевания
- Судорожные припадки
- Опухоли головного мозга
- Лекарственные препараты (холиноблокаторы, противорвотные, седативные, опиоиды, глюкокортикостероиды и др.)

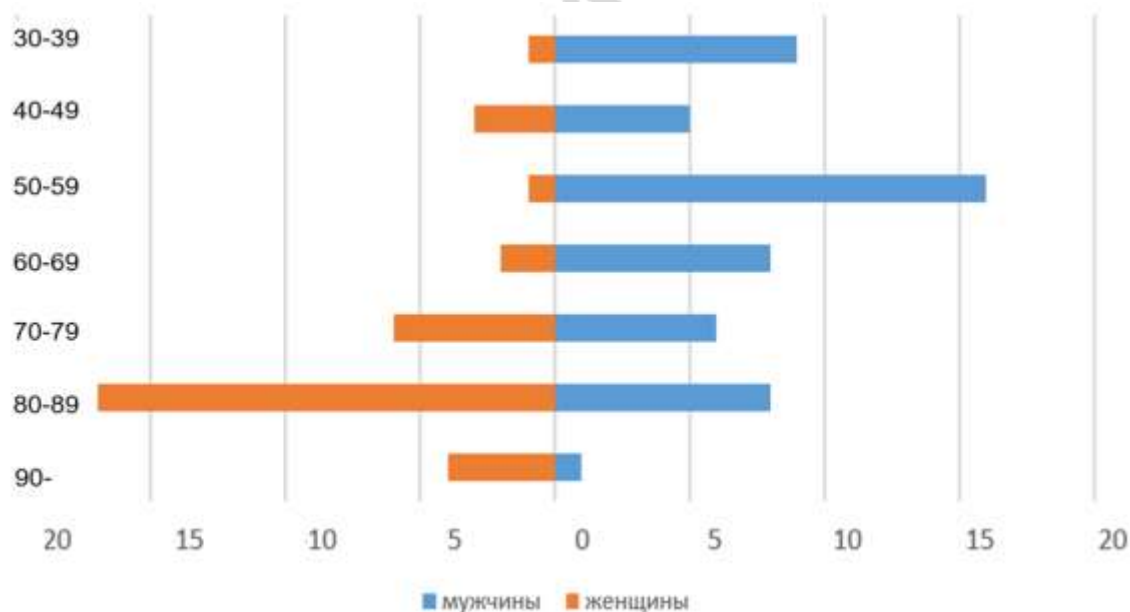
- Инфекционные процессы органов дыхания и урогенитального тракта
- Болевой синдром (после травм и оперативных вмешательств)
- Синдром отмены
- Фиксация пациента в постели

Задачей первостепенной важности в лечении пациента с острым психозом является раннее выявление возможной причины или вероятных факторов риска и незамедлительная их коррекция, так делирий существенно утяжеляет течение заболевания пациента и ухудшает исходы. Исследования у госпитализированных нерезанимационных пожилых пациентов показали, что развитие острого психоза ассоциировано с увеличением числа различных осложнений, плохим функциональным исходом, увеличенной госпитальной смертностью и смертностью в течение двух лет после выписки из клиники.

Цель: найти и изучить информацию о случаях возникновения острых психических расстройств среди пациентов УЗ 6 ГКБ

Задачи: изучить различные факторы возникновения острых психических расстройств и найти связь между ними

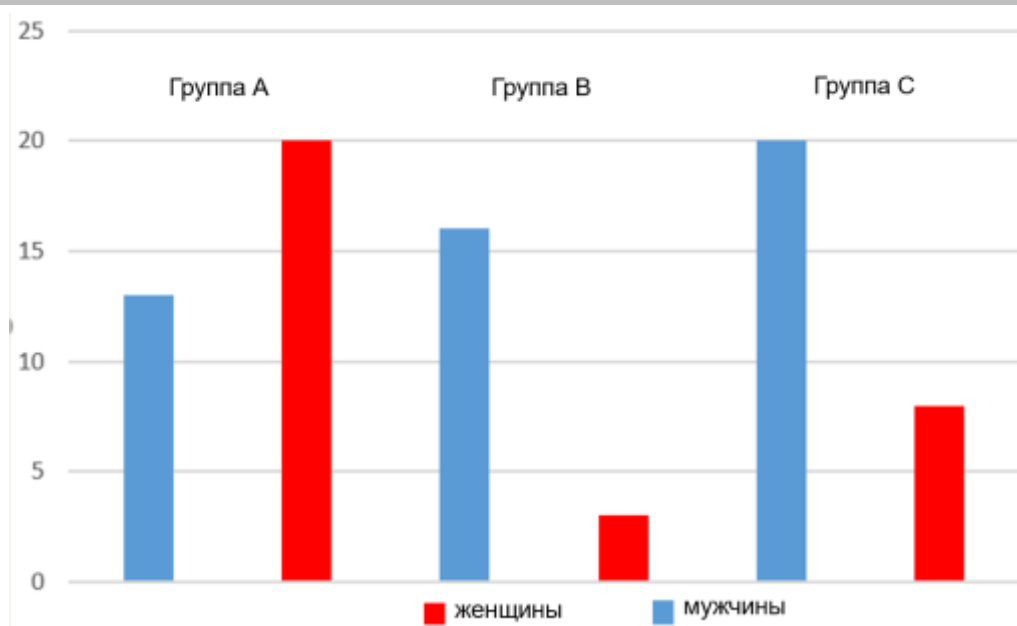
Материал и методы. 81 карта стационарного лечения пациентов, у которых в процессе лечения возникли острые психотические нарушения (Диаграмма 1).



Диagr. 1 – Половозрастная структура пациентов с психотическими нарушениями

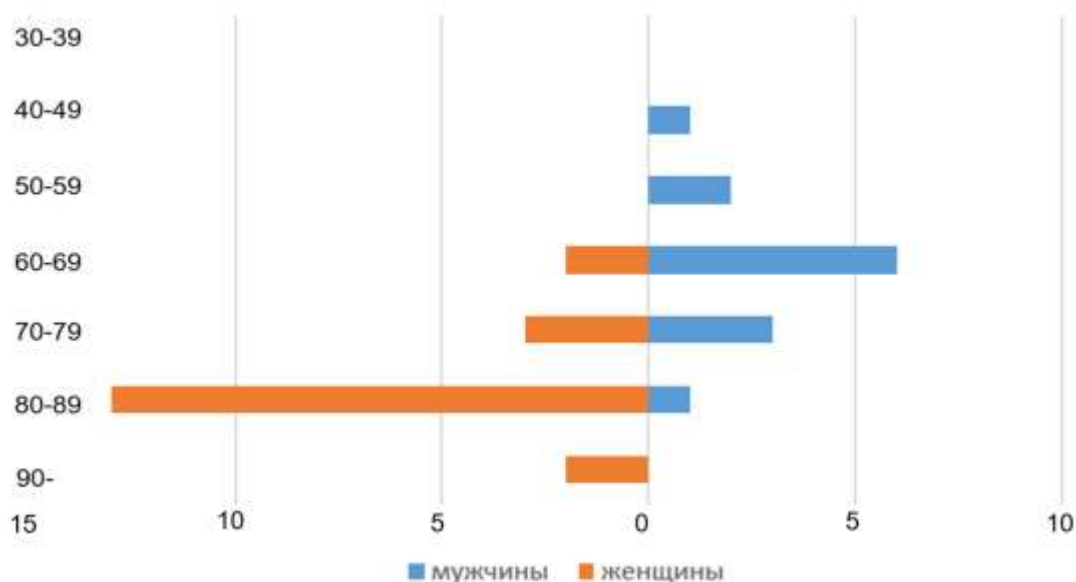
Данные пациенты были отнесены к 3 группам в зависимости от основного диагноза, который мог стать причиной психотического расстройства (Диаграмма 2).

- Группа А – заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации (ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма).
- Группа В – пациенты, госпитализированные по поводу алкогольного отравления.
- Группа С – пациенты, госпитализированные по поводу патологии опорно-двигательного аппарата (травмы, оперативные вмешательства).



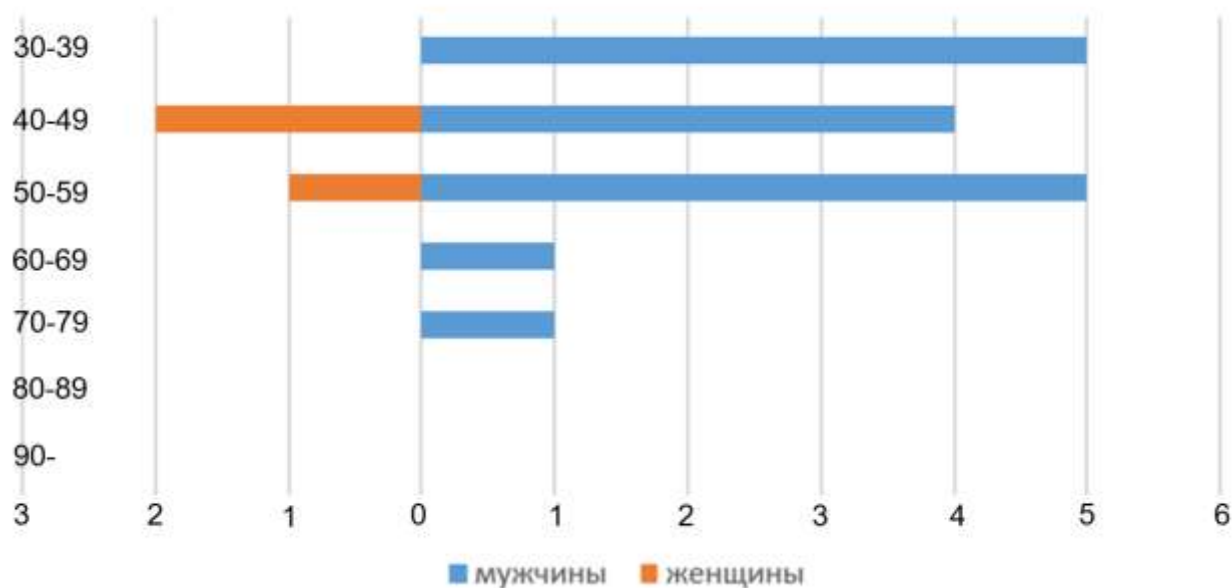
Диагр. 2 – Распределение пациентов по группам

Результаты и их обсуждение. Общее количество пациентов, отнесенных к группе А составило 34 человека. Средний возраст составил $75,48 \pm 2,13$ лет, средний срок госпитализации составил $12,7 \pm 1,74$, среднее значение сроков пребывания в ОАиР составило $4,97 \pm 0,604$. Количество мужчин составило 13, количество женщин – 21 (Диаграмма 3).



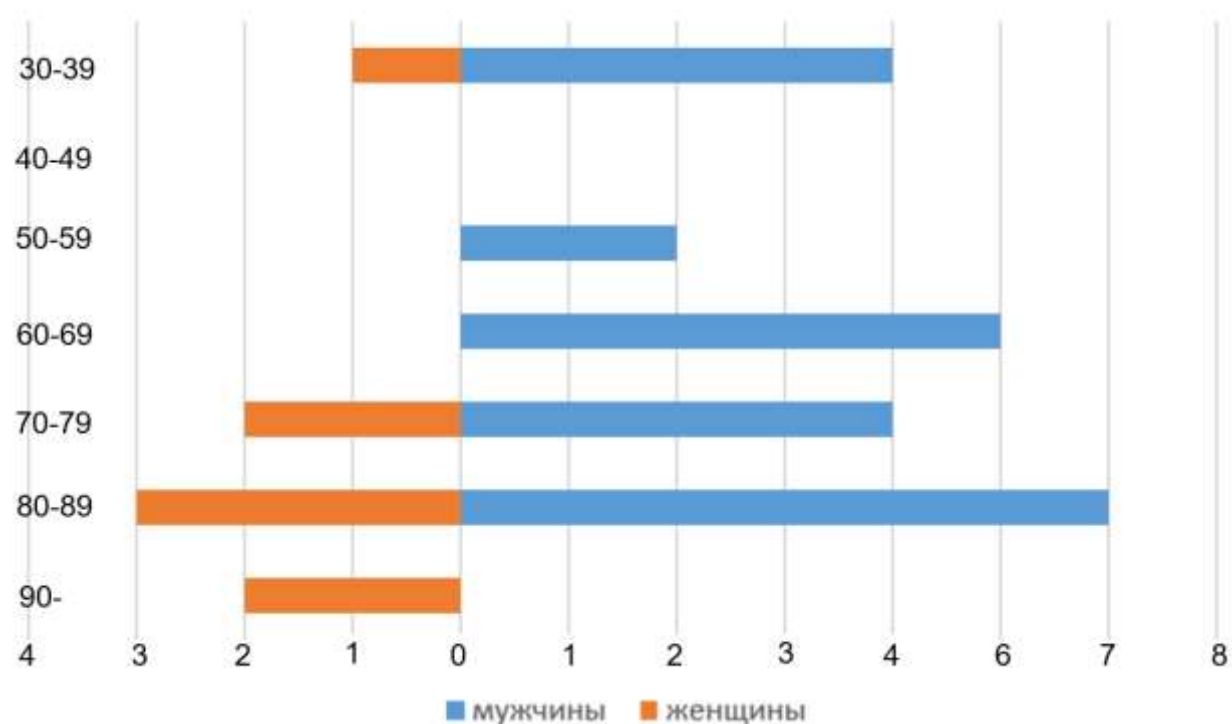
Диагр. 3 – Половозрастная структура пациентов в группе А

Общее количество пациентов, отнесенных к группе В составило 18 человек. Средний возраст составил $47,63 \pm 2,79$ лет, средний срок госпитализации составил $14,1 \pm 2,38$ дней. среднее значение сроков пребывания в ОАиР составило $4,26 \pm 0,721$. Количество мужчин составило 16, количество женщин – 2. (Диаграмма 4).



Диагр. 4 – Половозрастная структура в группе В

Общее количество пациентов, отнесенных к группе С составило 29 человек. Средний возраст составил $67,88 \pm 3,5$ лет, средний срок госпитализации составил $18,1 \pm 1,8$ дней. среднее значение сроков пребывания в ОАиР составило $3,43 \pm 0,435$. Количество мужчин составило 20, количество женщин – 9 (Диаграмма 5).



Диагр. 5 – Половозрастная структура пациентов в группе С

Наибольшие сроки госпитализации выявлены в группе С ($\chi^2=7,586$, $p=0,023$). Такой показатель может быть связан с тяжёлым течением патологии ОДА (в 66% случаев наблюдаются переломы костей таза и свободных нижних конечностей).

Предполагается, что пациенты группы А ($\chi^2=6,963$, $p=0,031$) находятся на лечении в стационаре в течение большего времени, чем пациенты группы В. Также это может быть обусловлено ещё более высокой частотой встречаемости таких сопутствующих заболеваний, как дисциркуляторная энцефалопатия ($\chi^2=17,467$, $p=0,0..$) и хроническая болезнь почек ($\chi^2=12,902$, $p=0,002$).

Выводы:

1 Проведенное исследование показало неоднородность категорий пациентов с острыми психотическими расстройствами.

2 Выявленные различия в исследуемых группах диктуют необходимость продолжения изучения данной проблемы.

3 Также необходимо продолжить разработку методов по прогнозированию и предупреждению развития острых психотических нарушений.

Литература

1. Послеоперационный делирий в ортопедо-травматологической практике : пособие для врачей. – СПб. : РНИИТО, 2013. – 32 с.

2. Полунина А.Г., Бегачев А.В., Шапочкина Ф.И., Брюн Е.А. (2009). Делирии и расстройства сознания у пожилых людей, часть I: диагностика, эпидемиология, диагностика и обследование больных. Пожилой пациент 2009, №1, с.14-19.

3. Недбайло И. Н., Астахов А. А., Синицкий А. И., Щёлокова О. И., Юлин А. С., Герасимова Ю.Ю. Делирий в клинической практике ОРИТ // Непрерывное медицинское образование и наука. 2015. №4, том 10, с. 32-41..

4. И.В. Колыхалов, Я.Б. Федорова, С.И. Гаврилова Состояния спутанности у пожилых пациентов с деменцией // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. №7, с. 25-31.

5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного состояния с делирием, вызванного употреблением психоактивных веществ // psychiatr.ru URL: https://psychiatr.ru/download/1680?view=1&name=%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%2B%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%2B_%D0%90%D0%A1%252b%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B9.pdf (дата обращения: 09.04.2020).

6. Delirium in the intensive care unit // www.ncbi.nlm.nih.gov URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2391269/> (дата обращения: 09.04.2020).

7. Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, et al. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. Intensive Care Med 2008, 34:1907-1915

8. O’Keeffe S, Lavan J The prognostic significance of delirium in older hospital patients. J Am Geriatr Soc 1997, 45:174–178.

9. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. J Gen Intern Med 1998, 13:234–242.