

# Ургентные состояния в психиатрии

Подготовила клинический ординатор  
Дорина И.В.

Неотложное состояние - это состояние, которое представляет угрозу для жизни пациента и поэтому требует проведения безотлагательных мер по диагностике, лечению и определению дальнейшей тактики ведения больного.

# Группы неотложных состояний, протекающие с психическими нарушениями:

- Неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний (например: суицидные действия при меланхолической депрессии).
- Неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (например: алкогольный делирий, передозировка героина).
- Неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств (например: соматогенный делирий при перитоните).
- Неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике (например: острая дистония, серотониновый синдром).

# Неотложные состояния в психиатрии и наркологии:

- Психомоторное возбуждение
- Суицидальное и аутоагрессивное поведение
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Неалкогольный (соматогенный) делирий
- Аментивный синдром
- Фебрильная шизофрения
- Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный)

- Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- Синдромы выключения сознания
- Отказ от еды в связи с психическими расстройствами
- Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
- Передозировка опиатов или опиоидов
- Основные виды абстинентных синдромов
- Панические атаки и вегетативные кризы
- Отравления психотропными препаратами
- Острые осложнения при применении психотропных препаратов

Психомоторное возбуждение - патологическое состояние, проявляющееся выраженным усилением психической и двигательной активности, неадекватным поведением с возможностью гетеро- или аутоагрессии, сопровождающееся обманами восприятия, бредовыми переживаниями, признаками помрачнения сознания и др.

# Виды психомоторного возбуждения:

Галлюцинаторное (алкоголизма, симптоматические психозы интоксикационного генеза, органические поражения головного мозга)

Дисфорическое (эпилепсия, органические заболевания головного мозга)

Тревожное (депрессивные расстройства)

Маниакальное (шизофрения, с онейроидным помрачением сознания, бредом, галлюцинациями и психическими автоматизмами)

Кататоническое (шизофрения, и расстройства шизофренического спектра)

Гебефреническое (шизофрения)

Бредовое (шизофрения, симптоматические психозы, органическая патология головного мозга)

Эпилептиформное (эпилепсия, органическая патология головного мозга)

Психогенное

Психопатическое (психопатии, психопатоподобные расстройства)

Эретическое (олигофрения)

# Суицидальное и аутоагрессивное поведение:

- Суицид - намеренное желание лишиться себя жизни путем умышленного самоповреждения со смертельным исходом. Суицидальное поведение включает суицидальные мысли, намерения, попытки, завершённые суициды.
- Типы суицидального поведения (А.Е. Личко):
  - 1. Демонстративное поведение
  - 2. Аффективное суицидальное поведение
  - 3. Истинное суицидальное поведение

# Группы риска совершения суицида:

- Лица, страдающие психическими расстройствами
- Лица, злоупотребляющие алкоголем и принимающие наркотики
- Лица, страдающие хроническими или смертельными заболеваниями
- Лица, переживающие тяжелые утраты
- Лица, имеющие семейные проблемы
- Лица, имеющие суицидальные попытки в прошлом
- Лица, высказывающие суицидальные угрозы, прямо или завуалированно
- Лица, имеющие тенденции к самоповреждению
- Лица, в семье которых имели место суициды

# Судорожные припадки и эпилептический статус

- Серия припадков - несколько припадков за короткий промежуток времени, разделенных периодами восстановления сознания.
- Эпилептический статус - повторяющиеся генерализованные судорожные припадки, продолжающиеся более 30 мин, между которыми сознание больного полностью не восстанавливается.

# Причины развития эпилептического статуса:

1) Истинный эпилептический статус - наблюдается при эпилепсии:

- при нарушении регулярности приема антиконвульсантов или их отмене,
- при приеме лекарственных средств, снижающих порог судорожной готовности
- при присоединении соматических заболеваний (особенно острые инфекционные заболевания с выраженной лихорадкой и интоксикацией)
- при употреблении алкоголя и наркотиков больными эпилепсией

## 2) Симптоматический эпилептический статус - при различных заболеваниях:

- при черепно-мозговой травме (ушиб головного мозга)
- при опухолях и других объемных образованиях головного мозга
- при нейроинфекциях (менингиты и энцефалиты)
- при острых нарушениях мозгового кровообращения
- при метаболических расстройствах (почечная и печеночная недостаточность, гипогликемия, осложнения сахарного диабета, эклампсия и др.)
- при отравлениях (как лекарственных, так и нелекарственных)
- при синдромах отмены психоактивных веществ (абстинентных синдромах) - особенно синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств, синдром отмены алкоголя
- при тяжелых инфекционных заболеваниях, протекающих с высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией

# Неалкогольный (соматогенный) делирий

- Делирий, развивающийся вторично по отношению к острому соматическому заболеванию или обострению хронического соматического заболевания.
- При отсутствии лечения соматогенный делирий может приобрести черты профессионального или мусситирующего делирия с дальнейшим переходом в аменцию или синдромы выключения сознания.
- Развитие соматогенного делирия всегда указывает на ухудшение (утяжеление) состояния больного и неблагоприятное течение основного заболевания, поэтому требует неотложной помощи.

## В отличие от алкогольного делирия для соматогенного характерно:

- Относительная бедность галлюцинаторных расстройств
- Отсутствие четкой стадийности развития (по Либермайстеру)
- Часто делирий носит фрагментарный или волнообразный характер (делириозные эпизоды)
- Доминирует дезориентировка и растерянность больного (т.н. «спутанность»)
- Психомоторное возбуждение обычно выражено нерезко

# Аменция

- Обычно развивается при затяжном течении тяжелых соматических заболеваний
- Иногда сменяет соматогенный делирий при отсутствии положительной динамики основного заболевания
- Часто развивается при сепсисе, панкреатитах, ожоговой болезни, при гнойных осложнениях после тяжелых полостных операций, при кахексии у онкологических больных, в терминальных стадиях тяжелых хронических заболеваний
- Отражает выраженное истощение и длительную интоксикацию
- Свидетельствует о крайне неблагоприятном течении заболевания
- При отсутствии адекватного лечения основного заболевания заканчивается смертью больного

# Фебрильная шизофрения («смертельная» кататония)

- это приступы онейроидной кататонии при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, которые сопровождаются подъемом температуры и появлением ряда соматических расстройств.

- При кататоническом возбуждении температура тела субфебрильная или не превышает  $38^{\circ}\text{C}$ , при кататоническом субступоре или ступоре – подъем температуры более значителен (до  $39\text{--}40^{\circ}\text{C}$ ).
- Типичен внешний вид больных: лихорадочный блеск глаз, сухие запекшиеся губы, гиперемия кожных покровов, единичные кровоподтеки, язык сухой красный или обложенный. Соматическое состояние в целом может быть удовлетворительным.

- Вслед за кататоническим возбуждением возникает аментивноподобное возбуждение (сопровождается резким подъемом температуры тела до 39–40 °С и выше)
- Ухудшается соматическое состояние: кожные покровы становятся землисто-желтыми, увеличивается количество кровоподтеков, возможны трофические нарушения.

- Иногда вслед за аментивноподобным состоянием возникает состояние с гиперкинетическим возбуждением, характеризующееся появлением гиперкинезов хореоподобного типа (беспорядочными, некоординированными, неритмичными), преимущественно в проксимальных и дистальных отделах конечностей. Это возбуждение прерывается эпизодами кататонического и аментивноподобного возбуждения и субступора.

# Осложненный и тяжелопотекающий алкогольный делирий

- Осложненный алкогольный делирий - присоединение к алкогольному делирию тяжелого острого соматического заболевания или обострения хронического соматического заболевания
- Тяжелопотекающий делирий - алкогольный делирий, протекающий с нарастающим угнетением сознания (отёк мозга) и развитием тяжелых вторичных соматовегетативных и неврологических расстройств

# Признаки утяжеления течения делирия:

- Обеднение галлюцинаторной симптоматики без прояснения сознания (т.н. «спутанность»)
- Переход в мусситирующий и профессиональный делирий
- Нарастание оглушения, снижение реакции на внешние раздражители
- Психомоторное возбуждение утихает и ограничивается пределами кровати («обирание»)
- Появление фебрильной лихорадки
- Дестабилизация гемодинамических показателей
- Появление грубой атаксии, тяжелого тремора туловища и конечностей
- Появление очаговых неврологических симптомов - в первую очередь - межъядерной офтальмоплегии
- Появление судорожных припадков

# Причины тяжелого течения делирия:

- Длительный период алкоголизации с тяжелыми нарушениями питания, резким дефицитом тиамина («В1»)
- Употребление суррогатов алкоголя и комбинаций алкоголя с токсическими веществами (карбофос, дихлофос) и лекарствами (димедрол, «корвалол», транквилизаторы, снотворные)
- Присоединение соматического заболевания (пневмония, ОРВИ, панкреатит, рожистое воспаление, кишечная инфекция и др.) или травмы (как ЧМТ, так и травмы внечерепной локализации)
- Несвоевременное и неправильное лечение (особенно: применение нейролептиков и димедрола, недостаточная дезинтоксикационная терапия, недостаточная коррекция электролитных расстройств, лечение без введения тиамина («В1»), введение растворов глюкозы в большом объеме вместо физиологического раствора и без применения тиамина («В1»))

Острая

## алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

- В основе заболевания - тяжелый дефицит тиамина («В1»), приводящий к дистрофии нейронов головного мозга, отеку мозга и гибели клеток.
- Часто провоцируется введением глюкозы, «сжигающей» остатки тиамина в организме больного, а так же неправильным лечением обычного алкогольного делирия.
- По выходу из острого состояния часто развивается психоорганический или корсаковский синдром, особенно при несвоевременном лечении.

# Основные признаки заболевания:

- Нарастающее угнетение сознания (переход из классического делирия в тяжелопротекающий делирий, глубокое оглушение, сопор и кому)
- Грубая мозжечковая атаксия
- Межъядерная офтальмоплегия и выраженный нистагм

# Профилактика острых алкогольных психозов:

- Лечение алкогольной зависимости (профилактика запоев).
- При развитии запоя - максимально быстрое и осторожное его купирование.
- Надлежащее лечение алкогольного абстинентного синдрома.
- Обязательное введение тиамина («В1») больным алкоголизмом в процессе лечения.

# Синдромы выключения сознания

**А. В зависимости от скорости появления и обратного развития симптомов:**

- 1) быстрое выключение сознания с развитием сопора или комы, сознание утрачивается на длительный период времени.
- 2) сознание быстро выключается и быстро восстанавливается.
- 3) постепенное выключение сознания (легкое оглушение сменяется глубоким оглушением, далее развивается сопор, сопор переходит в кому, кома углубляется), сознание утрачивается на длительный период времени.

**Б. В зависимости от отсутствия или наличия очаговых неврологических симптомов:**

- 1) утрата сознания с появлением очаговых неврологических симптомов.
- 2) утрата сознания без появления очаговых неврологических симптомов.

ДАЖЕ ЛЕГКОЕ  
ОГЛУШЕНИЕ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНЫХ  
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ  
МАНИПУЛЯЦИЙ Т.К. ОТРАЖАЕТ  
ТЯЖЕСТЬ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ  
БОЛЬНОГО (ОСНОВНОГО  
ЗАБОЛЕВАНИЯ) И В ТЕЧЕНИЕ  
НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ МОЖЕТ  
СМЕНИТЬСЯ СОПОРОМ И КОМОЙ.

# психическими расстройствами

Основные причины:

- Дистморфомания и дистморфофобия (особенно у молодых девушек)
- Тяжелая или среднетяжелая депрессия
- Бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации

Относительные причины:

- - беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода - невозможность приобрести и приготовить пищу;
- - беспомощность при кататоническом ступоре

# Признаки отказа от еды:

- Характерное поведение больного - при депрессии, бреде отравления, обонятельных и вкусовых галлюцинациях - такие больные редко диссимулируют отказ от пищи
- Прогрессирующее снижение массы тела, исчезновение menses у молодых девушек при отсутствии тяжелого соматического заболевания - важный, часто единственный признак для больных с дисморфоманией - они всегда диссимулируют отказ от еды.
- Снижение массы тела и появление признаков истощения у одиноких пожилых больных

# Тяжёлое (глубокое) алкогольное опьянение

Тяжёлое алкогольное опьянение проявляется нарастающим выключением сознания - появляется лёгкое оглушение с мышечной гипотонией, которое быстро может перейти в глубокое оглушение, сопор и кому.

# Передозировка опиатов или опиоидов

- Клиническая картина:
- Нарастающее выключение сознания
- Нарастающее угнетение дыхания (острая дыхательная недостаточность развивается по нескольким механизмам - угнетение дыхательного центра, специфическое для опиатов, нередко дополняется токсическим отеком легких из-за повреждения легочных капилляров компонентами наркотикосодержащей смеси)
- Артериальная гипотензия
- Резкий миоз (при глубокой коме и выраженной гипоксии сменяется мидриазом)

# Основные виды абстинентных синдромов

Абстинентный синдром (синдром отмены) - комплекс психических, соматовегетативных и неврологических нарушений, возникающих у зависимых лиц после прекращения приёма психоактивного вещества (ПАВ).

- 1) Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя)
- 2) Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств
- 3) Опиатный абстинентный синдром

# Алкогольный абстинентный синдром

Основные типичные клинические проявления:

- Тревога и двигательное беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения)
- Выраженный тремор рук и туловища
- Тахикардия, гиперемия кожных покровов, гипергидроз
- Артериальная гипертензия
- Бессонница
- Выраженное влечение к алкоголю (после тяжелых запоев может наблюдаться отвращение к алкоголю)

# Синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств

## Клинические проявления:

- - Выраженная тревога и беспокойство (вплоть до психомоторного возбуждения)
- - Бессонница
- - Мышечные подергивания (миоклонии)
- - Выраженный тремор рук
- - Судорожные припадки

# Панические атаки и вегетативные кризы

Основные клинические проявления:

- - приступообразно возникающая тревога (неспецифическое состояние, не имеет чёткого, конкретного содержания).
- - страх (имеет чёткое, конкретное содержание; например - страх умереть от «сердечного приступа» в метро).
- - вегетативные проявления тревоги и страха (чрезвычайно разнообразные симптомы - зависят от особенностей вегетативной нервной системы пациента) - чаще всего встречаются: тахикардия, гипергидроз, ощущение затруднения дыхания, сухость во рту, абдоминальный дискомфорт, головокружение, дрожание рук.
- - приступы полиморфны (отсутствует стереотипность), имеют разную длительность и обычно связаны с состоянием эмоционального напряжения, хотя могут возникать и на фоне полного благополучия.

# Острые отравления психотропными препаратами

Клиническая картина отравления:

- - **основной неспецифический симптом** - нарастающая утрата сознания (от оглушения до глубокой комы).
- - **специфические симптомы** зависят от особенностей фармакодинамического действия (угнетение дыхания барбитуратами, артериальная гипотензия при альфа-адренолитическом действии препаратов, антихолинергический синдром и делирий при М-холинолитическом действии, серотониновый синдром при отравлении серотонинергическими антидепрессантами, аритмогенные эффекты при хинидиноподобном действии трициклических антидепрессантов и др.).

# Опасные и нежелательные комбинации лекарственных средств:

- Гипотензивные средства и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- - Антиаритмические препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- - Антигистаминные средства и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- - Средства для наркоза (общие анестетики, миорелаксанты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- - Антидепрессанты\нейролептики и адреномиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- - Антидепрессанты\нейролептики и симпатомиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- - Антидепрессанты и наркотические анальгетики
- - Антибиотики (антибактериальные химиопрепараты) и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- - Противогрибковые химиопрепараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- - Противовирусные препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- - Противоопухолевые препараты и нейролептики\антидепрессанты\антиконвульсанты

# Острые осложнения при применении психотропных средств

- 1) Лекарственный делирий - возникает при приеме препаратов с холинолитическим действием (амитриптилин, тиоридазин, димедрол, аминазин и др.), особенно у пожилых и соматически ослабленных больных (у них даже однократное назначение таких препаратов может спровоцировать делирий).
- Клиническая картина соответствует сочетанию делирия с антихолинергическим (М-холинолитическим) синдромом - сухость кожи и слизистых, жажда, нечеткость зрения, мидриаз, тахикардия, гипертермия, задержка мочи и стула, делирий со «спутанностью»;

- 2) **Острая дистония** - возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида проявляется произвольными сокращениями различных групп мышц, является крайне мучительным и иногда опасным симптомом (нарушения дыхания).
- 3) **Акатизия** - возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида, проявляется мучительным чувством беспокойства в ногах с невозможностью находиться без движения (неусидчивость).
- 4) **Серотониновый синдром** - острое жизнеугрожающее осложнение, развивающееся при приёме серотонинергических средств или их комбинации с другими лекарственными препаратами
- **Клиническая картина:** тревога, агитация, делирий, гиперрефлексия, гипергидроз, грубая атаксия, миоклонии, лихорадка, тошнота и рвота (должны присутствовать не менее четырех симптомов вместе после назначения/изменения дозы серотонинергического лекарственного препарата). Степень выраженности симптомов может быть различной.

- 5) Злокачественный нейролептический синдром - острое жизнеугрожающее осложнение, может возникать при терапии нейролептиками и метоклопрамидом - редкое состояние с высокой летальностью.
- Клиническая картина: гипертермия, нарастающее угнетение сознания и мышечная ригидность - симптомы могут развиваться при однократном применении нейролептика (или метоклопрамида) или увеличении его дозы. Степень выраженности симптомов может быть различной.

Спасибо за внимание!