**Лекция № 3**

**Тема: Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз.**

**План лекции:**

1.Определение понятия шизофрения.

2.Синдромальные формы шизофрении.

3.Ургентные состояния при шизофрении.

4.Лечение и уход при шизофрении.

5.Определение МДП, типичные клинические проявления, основные мероприятия по уходу за больными с МДП на разных этапах болезни.

**Шизофрения** — это хроническое психическое, прогрессирующее расстройство, протекающее с психотическими симптомами позитивного (бред, галлюцинации) и негативного регистра (нарушение мышления, аутизм, эмоциональная тупость) с исходом в апатико-абулический дефект.

**Клиника** шизофрении достаточно разнообразна. Принято выделять 4 типичные формы: параноидную, кататоническую, гебефреническую, простую.

**Параноидная форма** проявляется преимущественно бредом. Наиболее распространен бред воздействия. При этой форме галлюцинации отсутствуют, бредовые идеи отличаются стройностью, поддерживаются доказательствами. Вскоре формируется *параноидный синдром,* основным содержанием которого является синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо). Больные утверждают, что являются предметом дистанционного воздействия, часто они мысленно общаются со своими преследователями. Затем нарастают равнодушие и беспечность, которые являются проявлениями ***парафренного синдрома****.* Тогда к бреду воздействия присоединяется бред величия. Появляются нелепые фантазии и невероятные истории о своем прошлом, больные становятся пассивны, их бред теряет стройность.

**Кататоническая форма** встречается реже. Ведущим в картине заболевания является синдром люцидной кататонии. Преобладают двигательные расстройства в виде ступора или возбуждения. *Кататонический ступор* отличается тем, что больной длительное время сохраняет вычурную, неудобную, неестественную позу, не чувствуя утомления. При этом тонус мышц резко повышен, что позволяет больным придать любую позу, которую они будут в дальнейшем сохранять (каталепсия - восковая гибкость). Характерны хватательный рефлекс и симптом хоботка. Для больных характерен негативизм (отказ от выполнения инструкций) и мутизм (полное отсутствие речи при наличии способности понимать слова собеседника). Обездвиженность может сосуществовать с приступами кататонического возбуждения. Другие симптомы кататонии — стремление копировать высказывания, движения и мимику собеседника, манерность, вычурные позы и выражения лица.

**Гебефреническая форма** считается самым злокачественным вариантом болезни. Наблюдаются все признаки *гебефренического синдрома*. Он проявляется непродуктивным, бессмысленным возбуждением, детским дурашливым поведением, нелепым смехом и негативизмом. Поведение больных непонятно: не слушают просьб и советов, сквернословят, сами над собой смеются, раздражают окружающих своей назойливостью и неуместными замечаниями. Такие больные не могут получить образование, не могут за собой ухаживать из-за снижения воли и апатии.

**Простая форма** проявляется в первую очередь негативной симптоматикой, т.е. а*патико-абулическим синдромом.* Бред, возбуждение и нелепое поведение могут возникать, но никогда не бывают стойкими. Болезнь начинается исподволь, становится очевидной, когда пациент совсем прекращает посещать школу, бросает работу, погружается в безделье, равнодушен к замечаниям.

*Апатико-абулический дефект:*

* Исчезает интерес к тому, что раньше привлекало
* Ничем не занимается (забрасывается работа, учеба и т.д.)
* Молчание по своей инициативе, ни к кому не обращается
* Утрачивается способность к сопереживанию
* Деревянный голос
* Растормаживаются влечения, исчезает чувство стыда
* Утрата гигиенических навыков

**Неотложные состояния при шизофрении**

***1. Отказ от еды***

Наблюдается у многих пациентов с кататоническим синдромом. Кормление таких больных осуществляется через назогастральный зонд. Так же вместо этого можно использовать парентеральный путь кормления пациентов с использованием питательных растворов (глюкоза, витамины, аминосол, аминостерил, инфезол) внутривенно капельно.

***2. Фебрильная шизофрения***

Это редкий атипичный психоз, природа которого изучена недостаточно. В таких случаях к признакам острого психоза (возбуждение, растерянность, галлюцинации, ступор, бред) присоединятся гипертермия до 40 градусов Цельсия с неправильным типом температурной кривой. Почти всегда наблюдаются признаки обезвоживания, покраснение лица, тахикардия, а также выраженные изменения в составе крови и мочи. При неблагоприятном течении снижается АД, развивается глубокое помрачение сознания, нарушение координации движений.

***3. Острые осложнения психофармакотерапии***

Соблюдение правил дозирования и продуманное комбинирование препаратов позволяет в большинстве случаев избежать серьезных осложнений. Однако, могут наблюдаться хотя и редкие, но весьма грозные осложнения психофармакотерапии. Причиной их могут быть несоблюдение режима приема лекарств, недопустимые их сочетания, резкая отмена лекарств и трудно предсказуемые токсико-аллергические реакции.

**Коллапс -** резкое падение АД. Возникает нередко при приеме нейролептиков и некоторых антидепрессантов. Отмечается резкая бледность, похолодание конечностей, нитевидный пульс. Таких больных необходимо уложить в горизонтальное положение, голову опустить, ноги приподнять. Можно также ввести подкожно кордиамин или дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом.

**Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС)** проявляется резким повышением тонуса всех мышц, подъемом температуры тела, тахикардией, профузным потом, нарушение сознания. Может возникать при приеме антипсихотических препаратов, но наиболее часто возникает при приеме типичных нейролептиков. Более высокий риск возникновения ЗНС отмечается у лиц с органическими поражениями ЦНС в анамнезе. При первом подозрении на ЗНС немедленно прекращают прием препаратов.

**Злокачественная гипертермия** рассматривается как вариант ЗНС. Однако не сопровождается мышечной ригидностью и тремором.

**Серотониновый синдром** связан с антидепрессантами, влияющими на серотониновый обмен, которые в сочетании с ингибиторами МАО, а также при резком повышении дозы, вызывают следующее: учащение стула, скопление газов в кишечнике, появление беспокойства, мышечные подергивания, профузный пот, тремор, нарушение координации движений. Без оказания помощи тяжесть состояния нарастает, появляется хаотичное возбуждение, нарушается сознание, нарушается работа сердечно-сосудистой системы, что может стать причиной смерти.

**Холинолитический делирий** может возникать при назначении больших доз средств с выраженным атропиноподобным действием. Этим свойством обладают многие нейролептики, антидепрессанты, противопаркинсонические средства. Появлению делирия способствуют перенесенные травмы головы, злоупотребление алкоголем и наркотическая зависимость. После отмены холинолитических средств и назначении бензодиазепиновых транквилизаторов отмечается полное выздоровление.

**Острые аллергические реакции** могут возникать при приеме любых лекарственных средств.

**Агранулоцитоз** - резкое снижение количества нейтрофильных лейкоцитов в крови. Проявляется гнойничковой сыпью, стоматитом, тяжелой ангиной, пневмонией, гипертермией, расстройствами ЖКТ. Требуется немедленная отмена препарата, вызвавшего агранулоцитоз.

***4. Отравление психотропными средствами***

Встречается редко, серьезная угроза для жизни возникает при употреблении чрезвычайно больших доз (30-50 стандартных таблеток). Чаще всего прием таких доз наблюдается у лиц, с суицидальными намерениями.

**Лечение и уход за больными шизофренией**

Основной метод лечения - это применение антипсихотических средств (нейролептиков). Эти лекарства позволяют не только купировать острые проявление болезни, но и предотвратить новые приступы, улучшают адаптацию пациентов, повышают качество жизни, позволяют сохранять трудоспособность.

Для купирования острого психоза выбирают самые мощные нейролептики с выраженным седативным эффектом (клозапин, галоперидол, зуклопентиксол, оланзапин, рисперидон в высоких дозах). Для поддерживающей терапии преимущественно используют лекарства с меньшим количеством побочных эффектов.

Успех лечения во многом зависит от правильного ухода за больными.

**Основные мероприятия по уходу за больными шизофренией на различных этапах:**

* *Острый приступ болезни, начало лечения психотропными средствами*: надзор, предупреждение социально опасных действий; формирование сотрудничества и взаимопонимания с больными; организация регулярного приема лекарств; раннее выявление и купирование побочных эффектов
* *Выход из острого психоза, формирование ремиссии:* восстановление трудоспособности и социальная реабилитация; преодоление беспечного отношения к болезни, обоснование необходимости поддерживающей терапии
* *Ремиссия, стабильное состояние:* строгое соблюдение поддерживающей терапии; борьба со стигматизацией и самостигматизацией
* *Конечное состояние, стойкий дефект:* обеспечение необходимой гигиены; вовлечение пациентов в посильный труд и различные виды активности.

**Биполярное аффективное расстройство** (сокр. **БАР**; ранее **–** маниакально**-**депрессивный психоз, **МДП)** – хроническое эндогенное заболевание, возникающее преимущественно в молодом и зрелом возрасте, которое проявляется повторными аффективными приступами (мании или депрессии) без изменений личности и негативной симптоматики независимо от того, сколько приступов болезни перенес пациент.

В депрессивную фазу болезни обнаруживаются: глубокое чувство тоски, речевая и двигательная заторможенность. Мысли о самоубийстве возникают у всех больных, они активно обдумывают способ самоубийства. Характерно усиление тоски в утренние часы.

В маниакальную фазу болезни отмечаются: приподнятое настроение, ускорение мышления и психомоторное возбуждение. Больные бездумно тратят деньги, вступают в случайные половые связи, приводят домой малознакомых людей, внезапно увольняются с работы. Больные в маниакальном состоянии не опасны для окружающих, но они дискредитируют себя своим поведением, ставят под угрозу благополучие семьи и поэтому нуждаются в госпитализации.

Основным методом лечения МДП являются психофармакологические средства: для лечения мании – соли лития, противоэпилептические средства (карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты), нейролептики. Основное средство лечения депрессии – антидепрессанты. Для предотвращения суицида с первых дней терапии необходимы снотворные препараты. В межприступный период лечение необходимо продолжать для предотвращения приступов психоза.

***Основные мероприятия по уходу за пациентами с МДП***

1. *Маниакальная фаза:*

- надзор, обеспечение занятости.

2. *Депрессивная фаза*:

- строгий надзор, предотвращение суицида, особая бдительность ночью и утром, лекарства выдаются «из рук в рот»,

- обеспечение нормального питания,

- наблюдение за соматическим состоянием, раннее выявление побочных эффектов лекарств: под действием антидепрессантов нередко возникает задержка мочеиспускания, возможны аритмия, коллапс или гипертонический криз.

3. *Состояние интермиссии*:

- организация поддерживающего лечения,

- социальная и психологическая реабилитация: возвращение на прежнее место работы и в семью.

**Вопросы для самоконтроля:**

1.Дайте определение шизофрении, основным клиническим формам. Негативные и продуктивные симптомы, исход.

2.Галлюцинирующий больной: организация помощи, опасность для себя или окружающих, поведение медицинского персонала.

3.Бредовый больной: организация помощи, опасность для себя или окружающих, поведение медицинского персонала.

4.Назовите клинические варианты депрессивного синдрома. Организация помощи депрессивным больным. Предупреждение суицидов.

5.Перечислите клинические проявления кататонического синдрома. Организация лечения и ухода.

6.Организация лечения и ухода за беспомощными больными (кататонический ступор).

7.Организация лечения и ухода за возбужденными больными. Правила удержания и фиксации возбужденного больного.

8.Расскажите об ургентных состояниях при шизофрении.

9.Дайте определение маниакально-депрессивного психоза, основным клиническим проявлениям. Расскажите об организации помощи маниакальному больному.

10.Дайте рекомендации родственникам больного, страдающего шизофренией.