**Методические рекомендации для студентов**

**Тема занятия: «Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз»**

**Значение темы**: Распространенность шизофрении 1% (1человек на 100 жителей Земли). По степени инвалидности шизофрения признана третьим по тяжести заболеванием после паралича рук и ног, и старческого слабоумия. Причина заболевания неясна. Важную роль играет среда, особенно внутриутробное развитие. Шизофрения не заразна и не смертельна, но шизофреники живут на 10 лет меньше психически нормальных людей (т.к. они часто кончают жизнь самоубийством и много курят). Прогноз зависит от того, насколько рано начато лечение. Пик заболеваемости приходится у мужчин на 16-25 лет, у женщин на 28-30 лет. Мощным источником стрессов может стать семья больного шизофренией. Симбиотические взаимоотношения между матерью и ребенком - феномен, часто наблюдаемый в семьях с больным шизофренией. В конечном счете, симбиотические взаимоотношения оборачиваются для ребенка большим вредом - невозможностью сформировать зрелое поведение. Для многих шизофреногенных семей характерен специфический стиль поведения матери, проявляющийся завышенными требованиями, предъявляемыми к больному, повышенной опекой его, частыми порицаниями, открытой критикой, выраженным недовольством его поведением.

Девиантное поведение родителей является стрессором, создавая у пациентов когнитивный диссонанс (состояние психического дискомфорта человека, вызванное столкновением в его сознании противоречащих друг другу убеждений, идей, реакций в отношении какого-то явления или объекта) и способствует усилению проявлений психопатологического регистра. Установлено, что снижение числа часов, проводимых вместе с членами семьи, приводит к достоверному снижению риска рецидива. Поэтому реконструктивная семейная психотерапия - обязательный компонент программы выздоровления пациентов, страдающих шизофренией.

Медицинская сестра психиатрического стационара в течение длительного времени выдерживает отношение к себе негативистичных пациентов, их недовольных родственников и скептически настроенных коллег из других стационаров, что чревато наступлением синдрома «перегорания», признаком которого является обесчеловечивание по отношению к пациенту, восприятие его как предмет. Объектом агрессии пациента, страдающего шизофренией, часто становится медицинская сестра.

Многие гении страдали шизофренией: Эйнштейн, Фрейд, Гете, Кант, Диккенс, Мопассан, Ницше, Врубель, Сальвадор Дали, Винсент Ван Гог, но они были хорошо социализированы и поэтому добились успеха в творчестве.

На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен

**знать:**

* клинические проявления основных галлюцинаторных и бредовых синдромов; задачи наблюдения за больными с этими расстройствами.
* проявления синдрома растерянности (острого чувственного бреда), задачи надзора и ухода за больными с синдромом растерянности.
* основные клинические проявления шизофрении.
* понятие шизофренического дефекта, его значение для социального прогноза.
* задачи наблюдения и ухода за больными с шизофреническим дефектом.
* реабилитационные задачи: навыки самообслуживания, соблюдения личной гигиены, социального взаимодействия.

**уметь:**

* Оценить и предупредить опасность пациента для себя и окружающих при бреде и галлюцинациях.
* Проводить реабилитацию пациентов с шизофреническим дефектом (апатико-абулическим синдромом), в том числе побуждая этих пациентов к соблюдению личной гигиены, поддержанию и приобретению навыков самообслуживания.
* Оценить риск суицидального поведения и обеспечить соответствующий надзор за пациентом. Организовать надзор и уход за депрессивным пациентом.
* Корректировать поведение маниакального пациента, предупреждать столкновения с другими пациентами отделения, организовать наблюдение и уход за маниакальным пациентом.
* Оценивать основные проблемы, вызванные шизофренией (опасность пациентов для окружающих и для самих себя, затруднения в двигательной сфере, беспомощность и снижение способности к самообслуживанию, снижение активности и пассивная жизненная позиция).
* Оказать помощь при психомоторном возбуждении пациента.
* Организовать помощь пациентам с галлюцинаторными и бредовыми расстройствами (кормление пациента при отказе от еды, правильный прием лекарственных препаратов).
* Оказать неотложную помощь при агрессивном поведении, суицидальном поведении, фебрильной шизофрении, при острых осложнениях психофармакотерапии (коллапс, злокачественный нейролептический синдром, злокачественная гипертермия, холинолитический делирий, острые аллергические реакции).

**овладеть ОК и ПК** :

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ПК 2.1.Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.4.Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия

**План изучения темы:**

1. **Контроль исходного уровня знаний**

Ответьте на вопросы:

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

2.Галлюцинирующий пациент: 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 пациентами. Правила удержания и фиксации возбужденного пациента.

8.Расскажите об ургентных состояниях при шизофрении.

9.Дайте определение маниакально- депрессивному психозу, основным клиническим проявлениям. Расскажите об организации помощи маниакальному пациенту.

10.Дайте рекомендации родственникам пациента, страдающего шизофренией.

1. **Содержание темы**

Методические указания для самостоятельной работы студентов

1.Обучающиеся конспектируют методические рекомендации для медицинского персонала психиатрической службы (алгоритм кормления пациента при отказе от еды, алгоритмы практической деятельности медсестры при психомоторном возбуждении пациента, стандарт практической деятельности медсестры при психомоторном возбуждении пациента, алгоритмы действий медперсонала при применении МФС). (Приложение 1).

2.Обучающиеся составляют план беседы по теме «Правильный прием лекарственных препаратов». Обучающиеся проводят беседу для «пациентов».

3.Обучающиеся, совместно с преподавателем, решают кейс по данной теме. Обучающиеся, работая парами, решают кейсы по данной теме (Приложение 2).Обучающиеся защищают на оценку выполнение кейс-стади.

**3**.**Самостоятельная работа.**

1.Законспектировать стандарты практической деятельности медицинской сестры в психиатрии; протоколы сестринского наблюдения и ухода за психическими больными; методические рекомендации для медицинского персонала психиатрической службы по данной теме (Приложение 1).

2.Решить с преподавателем кейс-стади с применением сестринского процесса.

3.Решить самостоятельно кейс-стади с применением сестринского процесса (Приложение 2).

**4.Итоговый контроль знаний.**

Тестирование (Приложение 3).

 **5.Подведение итогов.**

 **6. Домашнее задание:**

* Тема «Алкоголизм и алкогольные психозы»
* Конспект лекции. Учебник стр. 366 - 372

**Литература:**

Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону : Феникс, 2012.- ( Медицина).

 **Приложение 1**

**Основные мероприятия по уходу за пациентами, страдающими шизофренией на разных этапах болезни**

*Острый приступ болезни, начало лечения психотропными сред­ствами:*

* надзор, предупреждение социально опасных действий,
обеспечение соматического благополучия;
* формирование сотрудничества и взаимопонимания с боль­ным;
* организация регулярного приема лекарств;
* раннее выявление и купирование побочных эффектов и ос­ложнений терапии.

*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.

Сразу *после поступления пациента в стационар* следует органи­зовать достаточный надзор для предупреждения агрессивного и суицидального поведения пациента. В последние годы практиче­ски не возникает необходимости в применении мер физического стеснения, так как своевременное введение нейролептиков по­зволяет купировать возбуждение. Пациентам в состоянии кататонического ступора следует обеспечить кормление, приходится также следить за тем, чтобы пациенты лежали удобно, требовать от них перемены позы для того, чтобы избежать пролежней. Важно отмечать наличие стула и мочеиспускания у беспомощных пациентов, регулярно измерять температуру тела, осматривать места инъекций для исключения абсцессов. В первые дни лечения ней­ролептиками высока вероятность тяжелых неврологических рас­стройств в виде спазма мышц и гиперкинезов, при их появлении следует немедленно вызвать врача и ввести корректоры (акинетон, димедрол, седуксен). Также высока вероятность коллапса, поэтому приходится помогать больному вставать с постели и провожать его в туалет. На этом этапе часто приходится сталки­ваться с отказом больного от приема лекарств. Необходимо обес­печить неукоснительное выполнение сделанных врачом назначе­ний. При полном отказе от сотрудничества назначают инъекции, однако важно постараться убедить больного самостоятельно при­нимать лекарства. Здесь очень многое зависит от искреннего же­лания помочь больному, важно проявить сочувствие и внимание к его требованиям, обеспечить минимальный риск побочных яв­лений, которые могли бы испугать пациента. Даже при формаль­ном согласии на лечение некоторые больные проявляют удиви­тельную изобретательность, чтобы избежать приема нейролепти­ков. Поэтому следует быть внимательным при выдаче лекарств, следить за действиями пациента, возможно, осмотреть полость рта после приема, а затем похвалить пациента за понимание и со­трудничество.

*Формирование ремиссии* при шизофрении происходит посте­пенно, исчезновение бреда и галлюцинаций не означает полного восстановления здоровья. Довольно долго пациенты еще испы­тывают заторможенность, вялость. Нередко после острого при­ступа болезни отмечаются длительные эпизоды депрессии [Р20.4]. Появление критики часто связано с тяжелыми мораль­ными переживаниями по поводу поступков, совершенных в со­стоянии психоза, и своего будущего. Здесь важно обнадежить па­циента, объяснить ему, что в настоящее время существует много эффективных средств лечения психических заболеваний, что ре­гулярный прием лекарств позволяет предупредить повторные приступы, продолжить работу на прежнем месте, иметь полно­ценную семью, сохранять ясность ума и высокую работоспособ­ность. Важно своевременно начать готовить больного к возвра­щению в общество. Следует продемонстрировать ему свое дове­рие, отпуская его на короткий срок домой. Нужно также предло­жить вернуться к отложенным на время болезни занятиям (про­смотреть в учебнике пропущенные темы занятий, ознакомиться с новыми служебными документами, завершить чтение начатой книги). Если пациент жалуется на возникшие трудности, ему не­обходимо объяснить, что он не должен пока стремиться работать в полную силу, поскольку большие дозы лекарств и остаточные явления болезни мешают ему, однако в ближайшем будущем на­верняка вернуться прежние способности, поэтому нельзя отчаи­ваться.

В некоторых случаях выздоровление проявляется необосно­ванным благодушием и беспечностью. Пациент заявляет, что теперь он полностью справился с болезнью и больше не нужда­ется в помощи врачей, достаточно впредь «держать себя в ру­ках». Это весьма опасная позиция, поскольку в настоящее время есть только один способ, который действительно уменьшает ве­роятность приступа ‒ это прием лекарств. Приходится убеж­дать пациента, что продолжение лечения необходимо. Важно донести до него то, что врач готов к сотрудничеству, что в случае возникновения побочных эффектов можно подобрать подходя­щий препарат, но нельзя полностью отказываться от нейролеп­тиков.

В *состоянии стабильной ремиссии* пациент должен чувство­вать себя полноценным членом общества. Родственники пациента должны понимать, что не следует создавать для него ка­ких-то особых условий жизни и ни в коем случае не освобож­дать его в связи с перенесенным заболеванием от привычных бытовых обязанностей. Иногда даже лучше проявить требова­тельность и настоять на том, чтобы пациент выполнил поруче­ние, от которого он отказывается. Нет необходимости оберегать пациента от неприятных известий, поскольку пациенты, страдающие шизоф­ренией не очень эмоциональны и часто могут переносить без ухудшения состояния обстановку, которая кажется некоторым здоровым людям неприемлемой. Единственным медицинским требованием остается регулярный прием поддерживающих доз нейролептиков.

Пациенты *в состоянии стойкого дефекта* нуждаются в посто­роннем уходе. Предоставленные самим себе они не могут обеспе­чить полноценное питание, не соблюдают личной гигиены, мо­гут стать жертвой мошенников. Пациенты, не имеющие родствен­ников, должны быть помещены в специальный интернат. Однако и в специальном учреждении важно постараться привлечь боль­ных к какой-либо деятельности. Это нелегко, и простое насилие не решает проблемы. Важно не просто выгнать пациента на про­гулку, а привлечь его к интересному именно для него занятию. Поэтому в подобных учреждениях необходимо иметь условия для самой разной деятельности (сельхозработы, уборка, игровые по­мещения, различные мастерские, клуб). Для пациентов, прожи­вающих в собственной квартире, роль реабилитационного цен­тра может исполнять не только ПНД, но и специальный клуб­ный дом.

 **Тренинг психосоциальных навыков**

 **«Правильный прием лекарственных препаратов»**

**Необходимость приема лекарств**

У каждого в определенный момент жизни возникает необходимость приема лекарственных препаратов. Это случается, когда у нас что-то начинает болеть. И в такие моменты нам необходимо принимать лекарства для того, чтобы снять болевой синдром (боли в сердце, голове, желудке), облегчить наши страдания, поднять настроение. Для того, чтобы чувствовать себя в норме мы должны принять лекарство. При сахарном диабете пациенты вынуждены постоянно принимать поддерживающее лечение, потому что несоблюдение этого приведет к коме. Так и пациентам с психическими заболеваниями необходимо постоянно принимать лечение, назначенное врачом. А если этого не делать, то случаются обострения заболевания и нужно обязательно обращаться за помощью, и чаще всего такие пациенты надолго попадают в стационар.

**Нерегулярный прием лекарств**

Пациенты, страдающие тем или иным заболеванием, вынуждены постоянно принимать лекарства, для того чтобы:

* предотвращать приступы;
* не было обострения заболевания;
* облегчить свое состояние;
* поддерживать нормальное состояние;
* для того чтобы как можно дольше времени проводить дома с семьей, а не в больнице.

Нерегулярный прием лекарственных препаратов приводит к тяжелым последствиям. И для того, чтобы их избежать, нужно постоянно принимать лекарственные препараты. И ни как попало, а так, как прописал врач и желательно в одно и то же время: например, если обед принимали в 12.30, то желательно придерживаться этого времени приема таблеток.

**Прием лекарств в выходные и праздники**

В выходные дни и праздники необходимо также регулярно принимать лекарственные препараты. Для того, чтобы избежать тяжелых последствий. Если, например, пропустили прием лекарственных препаратов, то не принимать двойную дозу на следующий прием, а можно, если прошло немного времени (1час), то принять эти пропущенные лекарственные препараты, но следующий прием должен быть в назначенное время. Даже если вы куда-то ушли и не взяли с собой таблетки, а вернетесь не скоро, то после возвращения не нужно пить двойную дозу лекарственных препаратов, а в назначенное время выпить определенные лекарственные препараты. Если забываете пить лекарства, когда находитесь дома и вас никто не контролирует, то нужно либо ставить их на видное место или делать себе пометки в том месте, которое постоянно на виду.

**Лекарственные препараты и алкоголь**

При регулярном приеме лекарственных препаратов следует полностью исключить алкоголь. Это нужно для того, чтобы:

* избежать побочных эффектов лекарственных препаратов;
* после принятия алкоголя действие лекарственных препаратов прекращается;
* алкоголь вызывает побочные эффекты: рвота, головокружение, головную боль, интоксикацию.

При принятии алкоголя лекарственные препараты исключаются. Если состояние пациентов требует регулярного приема лекарств, то нужно исключить алкоголь полностью. В основном алкоголь вызывает изменения со стороны головного мозга, поэтому очень опасно злоупотреблять спиртными напитками людям, страдающими заболеваниями головного мозга.

**Побочные действия лекарственных препаратов**

У всех лекарственных препаратов имеются свои побочные эффекты. Но для всех лекарств характерен такой побочный эффект, как аллергия, проявляющаяся от зуда и покраснения вплоть до отека и спазма дыхательных путей. Также и психофармакологические лекарственные препараты имеют свои побочные эффекты, проявляются они у каждого по- разному; каждый препарат у разных людей вызывает разные побочные эффекты. Но в основном такие препараты вызывают: сонливость, повышение АД, сухость во рту, слюнотечение, головную боль, снижение АД. Следовательно, все лекарственные препараты следует принимать только по назначению врача и только в тех дозировках, которые назначил врач. Ни в коем случае не заниматься самолечением.

**Группы лекарственных препаратов**

Все лекарственные препараты делятся на группы. Если взять соматические заболевания, то к их группам относят: сердечные (корвалол, нитроглицерин); препараты железа (ферроплекс); антибактериальные препараты (нистатин); гипотензивные препараты (адельфан); гормональные препараты; диуретики. К психофармакологическим лекарственным препаратам относят:

* Нейролептики: галоперидол, хлорпротексен, трифтазин, сонапакс: они оказывают выраженный антипсихотический и противорвотный эффект.
* Антидепрессанты: эглонил, амитриптилин, мелипрамин, вальдоксан, феварин: повышают и нормализуют настроение.
* Антиконвульсанты: карбомазепин, дифенин, депакин, бензонал: предупреждают возникновение судорог или уменьшают их частоту.
* Корректоры: циклодол – уменьшает тремор, потоотделение.
* Остродефицитные лекарства:
* рисполепт, солиан, паксил, зипрекса. Оказывают антипсихотическое, противорвотное, седативное, гипотермическое действие.
* Транквилизаторы: фенозепам.

**Бесплатные списки лекарственных препаратов, стоимость лекарственных препаратов**

Все пациенты, состоящие на учете в психиатрических диспансерах, имеющие инвалидность, имеют право получать лекарственные препараты по льготам. Инвалиды 2 и 3 группы получают бесплатно лекарственные препараты, занесенные в формулярный список. В формулярный список внесены: циклодол – таблетки; фенозепам – таблетки; галоперидол – таблетки; хлорпротиксен – таблетки; амитриптилин – таблетки и р-р для в/м введения; актовегин – таблетки и р-р для инъекций; лития карбонат – таблетки; пирацетам – капсулы, таблетки, р-р для инъекций; церебролизин – р-р для инъекций. В список добавлены: рисполепт, сонопакс, флюанксол, клопиксол, сероквель, мажептил.

Стоимость лекарственных препаратов: зипрекса 5000 рублей 50 таблеток; сероквель 6000 рублей 60 таблеток; рисполепт 1200 рублей 20 таблеток; клопиксол 2900 рублей 50 таблеток.

**Как отличить настоящее лекарство от подделки**

Самый опасный вид поддельного лекарства – лекарство-пустышка. Это когда в красочной упаковке содержится средство без целебного вещества. В случае, когда от лекарства ждут скорой помощи, это средство оказывается смертельным: сердечный приступ не прекращается; ребенок не набирает вес, а умирает от истощения.

Другой тип подделки – препарат, имитирующий лечение. Целебное вещество внутри обнаруживается, но более дешевое и менее эффективное. Существует *несколько заповедей, которые могут предостеречь нас от подделки лекарственных препаратов:*

- не покупать лекарственные препараты с рук;

- не покупать лекарственные препараты, которые советуют знакомые;

- не покупать лекарственные препараты, которые очень дорого стоят и имеют красочную упаковку;

- если возникли какие-либо подозрения на приобретенное лекарство, можно спросить сертификат на этот лекарственный препарат;

- обязательно проверять срок годности препарата;

- не покупать лекарства в аптечных киосках на колесах, которые быстро закрываются и переезжают;

- лучше всего покупать лекарственные препараты уже проверенные и постоянно в одном и том же месте.

**Лекарства и прием пищи**

Эффективность действия лекарств зависит от правильности их приема. Все лекарственные препараты в зависимости от приема пищи принимаются: до еды, во время еды, после еды. До еды: обязательно смотрим аннотацию, если врач не сказал когда принимать препарат. Если в аннотации написано, что принимать до еды – это значит не позднее, чем за 30 минут до приема пищи. Во время еды: если в аннотации написано, что лекарство применять во время еды – это значит, что принимаем его после того как сели есть или немного уже поели. После еды: это значит не раньше, чем через 30 минут после еды. Важно знать, чем запивать лекарственные препараты:

* МОЖНО запивать: водой; если лекарства разъедают слизистую желудка (психофармакологические препараты, аспирин), то его запивать молоком, кефиром, киселем.
* НЕЛЬЗЯ запивать: газированной водой, минеральной водой.

**Хранение лекарственных препаратов**

Таблетки хранятся в специально отведенном месте, желательно по группам: сердечные, обезболивающие, противовоспалительные, мочегонные, гипотензивные и т. д.

Хранить лекарства отдельно от продуктов, средств гигиены, предметов бытовой химии и недоступном для детей месте. Все лекарственные препараты от действия солнечного света разлагаются и не оказывают лечебного действия.

Настойки, отвары, свечи хранят в холодильнике, на специально отведенной полочке, подальше от продуктов.

Перевязочный материал (бинты, вата, лейкопластырь) хранятся в сухом, защищенном от света месте, недоступно для детей.

Лекарственные препараты с вышедшими сроками годности к употреблению не годны.

**Ургентные состояния в психиатрии**

###  1.Отказ от еды в связи с психическими расстройствами

Основные  причины:

‒ Дисморфомания и дисморфофобия ‒ патологическая убеждённость в наличии мнимого физического недостатка (особенно у молодых девушек)

‒ Тяжелая или среднетяжелая депрессия

‒ Бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации

‒ Относительные причины:

1) беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу;

2) беспомощность при кататоническом ступоре.

**Признаки отказа от еды:**

* Характерное поведение больного - при депрессии, бреде отравления, обонятельных и вкусовых галлюцинациях – такие больные редко диссимулируют (сознательно скрывают) 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, что они всегда диссимулируют отказ от еды.
* Снижение массы тела и появление признаков истощения у одиноких пожилых больных

**Важные  особенности:**

* Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача онкологическую настороженность, настороженность в отношении депрессии и деменции (особенно у пациентов пожилого и среднего возраста), а так же настороженность в отношении дисморфомании (молодые пациенты, чаще женщины)
* Истощенные больные с дисморфоманией часто сохраняют достаточно высокий уровень активности (ходят на работу и учёбу) и погибают внезапно на фоне нарушений ритма сердца (электролитные расстройства и дистрофические изменения в миокарде усугубляются постоянным приёмом пациентами слабительных и мочегонных с целью похудания)

**Неотложная  помощь:**

 1) При тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) – госпитализация в реанимационное отделение или ПСО, обследование и **налаживание парентерального питания**: провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит, общий белок) – важно для адекватного лечения, так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»). Так же возможны разнонаправленные сдвиги в электролитном обмене, что важно учитывать в процессе инфузионной терапии.

**Алгоритмы кормления пациента при отказе от еды**

Показания: отказ от приема пищи (депрессия, бред отравления, ипохондрический бред, слуховые галлюцинации – голоса запрещают есть, обонятельные галлюцинации, суицидальные попытки.

Оснащение: шприцы, иглы, зонд, воронка, вазелин, инсулин, глюкоза.

Обязательные условия: жидкость должна быть жидкой и негорячей; кормить необходимо часто, маленькими порциями, с перерывами.

Алгоритм действий:

1.Выяснить мотивы голодания.

2.Попытаться уговорить пациента принять пищу, покормить с ложки.

По назначению врача:

1.Ввести подкожно 4-8 ЕД инсулина для усиления чувства голода.

2.Ввести в/в р-р глюкозы 40% - 20 мл, если в течение 1-2 часов после инъекции пациента не удалось накормить.

3.Кормить пациента через зонд при отсутствии эффекта от медикаментозных средств:

-смазать зонд вазелином для профилактики травматизации слизистой;

-ввести зонд через рот на глубину 50 см, разжав челюсть роторасширителем;

-убедиться, что зонд находится в желудке;

-соединить свободный конец зонда с воронкой;

-вылить в воронку немного воды для обеспечения контроля нахождения зонда в желудке;

-ввести 500-1000 мл подогретой питательной смеси; удалить воронку и зонд;

-оставить пациента в постели на 1-1,5 часа (для профилактики отрыгивания и рвоты) под наблюдением.

2) При выраженной дегидратации – регидратация физиологическим р-ром (объем определяется состоянием).

При выраженных «голодных» отёках – осторожное введение гипертонического р-ра глюкозы и р-ра альбумина.

Начинать лечение в большинстве случаев следует с введения 5% р-ра глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом (панангином). Обязательно дополнить введением тиамина («В1») и аскорбиновой к-ты («С»).

После нормализации уровня глюкозы крови можно продолжать введение глюкозы с небольшими дозами инсулина короткого действия (8 ЕД на 400 мл 5% р-ра глюкозы) – для повышения «усвоения» глюкозы

Дальше к лечению можно подключить аминокислотные («аминоплазмаль», «инфузамин» и др.) и липидные  («липофундин» и др.) препараты, а при согласии больного – осторожно начать  энтеральное питание в минимальном объеме.

Психотропные препараты не применяются до консультации психиатра. За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств.

 3) После стабилизации соматического состояния – *обязательный* *перевод* (при необходимости – в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. № 29, пункты «а» и «в») *в психиатрический стационар* для продолжения лечения. Выписка «на руки» родственникам без консультации психиатра недопустима.

**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 (хлорпромазин, клозапин, левомепромазин, оланзапин, тиоридазин) и некоторых антидепрессантов (амитриптилин, миансерин). Отмечается резкая бледность, похолодание конечностей, нитевидный пульс, систолическое АД опускается ниже 60 мм рт. ст. Таких больных необходимо уложить в горизонтальное положение, голову опустить, ноги приподнять. Можно также ввести подкожно кордиамин или дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом и ввести подкожно 1 мл р-ра никетамида (кордиамина).

**Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС)** проявляется резким повышением тонуса всех мышц, подъемом температуры тела, тахикардией, профузным потом, нарушение сознания. Может возникать при приеме различных антипсихотических препаратов (иногда после их резкой отмены), но чаще всего его вызывают наиболее сильные типичные нейролептики (галоперидол, трифлуперазин, флуфеназин). Более высокий риск возникновения ЗНС отмечается у лиц с органическими поражениями ЦНС в анамнезе. При первом подозрении на ЗНС немедленно прекращают прием нейролептиков. Вводят солевые р-ры, 5% р-р глюкозы, плазму и плазмозаменяющие р-ры, реополиглюкин, полиглюкин, гемодез. При отсутствии глубокого выключения сознания (аменции, сопора, комы) проводят ЭСТ. Высокоэффективным считается плазмаферез. Для предупреждения шока назначают кортикостероиды.

**Злокачественная гипертермия** иногда рассматривается как вариант ЗНС. Однако не сопровождается мышечной ригидностью и тремором. Приступы гипертермии нередко возникают на фоне лечения клозапином, в этом случае они могут проходить без специального лечения. В случае резкой гипертермии угрозу представляет метаболический ацидоз.

**Серотониновый синдром** связан с антидепрессантами, влияющими на серотониновый обмен (флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам), которые в сочетании с ингибиторами МАО (ниаламид, моклобемид, фуразолидон), солями лития или трамадолом (трамалом), 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 ССС, что может стать причиной смерти. Лечение состоит в немедленной отмене всех антидепрессантов и нейролептиков, введении транквилизаторов (диазепам) и пропранолола (анаприлина). При повышении температуры тела проводят охлаждение льдом.

**Холинолитический делирий** может возникать при назначении больших доз средств с выраженным атропиноподобным действием. Этим свойством обладают многие нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, клозапин); антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин); противопаркинсонические средства (циклодол, акинетон, димедрол). Делирию свойственны спутанность сознания, истинные галлюцинации, психомоторное возбуждение и всегда расширение зрачков. Появлению делирия способствуют перенесенные травмы головы, злоупотребление алкоголем и наркотическая зависимость. После отмены холинолитических средств и назначении физостигмина бензодиазепиновых транквилизаторов отмечается полное выздоровление. Нейролептики для лечения данного психоза использовать нельзя!

**Острые аллергические реакции** могут возникать при приеме любых лекарственных средств. Опасность представляет *отек Квинке*, который проявляется резким покраснением лица и верхней половины тела, быстро нарастающим отеком, затруднением дыхания и глотания, потерей голоса, кашлем. Потеря сознания, коллапс, судороги могут указывать на *анафилактический шок*. Для купирования острой аллергической реакции вводят антигистаминные средства (1-2 мл р-ра димедрола или супрастина в/м), эпинефрин-адреналин (0,5 мл 0,1% р-ра п/к), эфедрин (1мл 5% р-ра), преднизолон (1 мл-30 мг) или гидрокортизон (до 5 мл- 125 мг), при выраженном отеке – фуросемид.

**Агранулоцитоз** — резкое снижение количества нейтрофильных лейкоцитов (гранулоцитов) в крови. Проявляется гнойничковой сыпью, стоматитом, тяжелой ангиной, пневмонией, гипертермией, расстройствами ЖКТ. Чаще агранулоцитоз вызывают клозапин, противосудорожные (суксилеп, триметин, карбамазепин), фенотиазиновые производные (хлорпромазин, пипольфен). Требуется немедленная отмена препарата, вызвавшего агранулоцитоз. Чтобы своевременно выявить агранулоцитоз, необходимо регулярно исследовать кровь.

**4.Отравление психотропными средствами**

Встречается редко, серьезная угроза для жизни возникает при употреблении чрезвычайно больших доз (30-50 стандартных таблеток). Данное количество лекарств применяется с суицидальным намерением. Иногда такую дозу принимают лица, страдающие токсикоманией.

Персонал психиатрического отделения несет ответственность за хранение психотропных препаратов. В стационаре следует совершенно исключить возможность доступа больных к сильнодействующим средствам. Прием препаратов должен происходить в присутствии персонала («из рук в рот»), чтобы не допустить накопления лекарств у пациентов.

Лечение отравлений в большинстве случаев начинают с промывания желудка (даже если с момента приема прошло несколько часов). В отделениях интенсивной терапии при тяжелом отравлении могут применять плазмаферез (удаление части крови и замена ее плазмозамещающими растворами). При коматозном состоянии – ИВЛ.

***Отравление нейролептиками*** (хлорпромазин, левомепромазин, дипразин) проявляется коматозным состоянием с резким снижением АД и температуры тела, расширением зрачков, урежением дыхания, частым нитевидным пульсом, прекращением мочеиспускания. Проводят промывание желудка и высокие очистительные клизмы. Вводят средства, повышающие АД (мезатон, норадреналин, кордиамин, кофеин, преднизолон). При парезе кишечника назначают прозерин (1мл 0,05% р-ра п/к). Отравление галоперидолом, дроперидолом неопасно для жизни, основным проявлением становится тяжелый нейролептический синдром, для купирования которого назначают противопаркинсонические средства (акинетон), димедрол, диазепам, левомепромазин.

***Отравление антидепрессантами*** (амитриптилин, имипрамин). В проявлениях коматозного состояния преобладают сердечные нарушения (тахикардия, периоды мерцания предсердий, атриовентрикулярная или внутрижелудочковая блокада). Иногда возникают психотические эпизоды по типу делирия, иногда судорожные припадки. Наблюдается атония кишечника и мочевого пузыря. Терапевтические мероприятия описаны выше. Особого внимания требует коррекция сердечных расстройств, необходим постоянный ЭКГ-контроль. При сердечной недостаточности назначают сердечные гликозиды (строфантин, коргликон) и антиаритмические средства (новокаинамид 3-5 мл 10% р-ра в/в медленно). Причиной отравления может быть недопустимое сочетание разных групп антидепрессантов, сочетание ТЦА с нейролептиками, психостимуляторами, адреналином, резерпином. В этом случае возникает либо резкий подъем АД, либо снижение вплоть до коллапса. Возможны психозы по типу делирия, отек легких и анурия. При коллапсе **абсолютно противопоказано** введение симпатомиметических средств (адреналина, норадреналина, мезатона, эфедрина), а также цититона, лобелина. Гипотензия купируется глюкокортикоидами (преднизолон, дексаметазон). При гипертонических кризах назначают эуфиллин, но-шпу, адренолитики (1 мл 0,5% р-ра фентоламина или 1-2 мл 1% р-ра тропафена).

**Формы психомоторного возбуждения**

***Галлюцинаторно-бредовое возбуждение*** характеризуется наплывом зрительных (враги, звери, чудовища) или слуховых (угрожающие, обвиняющие голоса) галлюцинаций и/или бредовыми идеями (преследования или воздействия). Галлюцинаторно-бредовое возбуждение наблюдается при шизофрении, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, инволюционном психозе, алкогольном делирии и галлюцинозе. Поведение пациентов зависит от характера галлюцинаторно-бредовых переживаний. Пациенты разговаривают с воображаемыми собеседниками («голосами»), отвечают на их вопросы и ведут оживленный диалог. Пациент во всем окружающем усматривает опасность для себя и не всегда понимает смысл происходящего с ним. Такие больные эмоционально напряжены, насторожены, подозрительны (злобны), их ни на минуту не оставляет ощущение нависшей над ними угрозы. Это состояние сопровождается тревогой и страхом. Пациенты всюду видят опасность и считают, что все окружающие настроены против них. Это побуждает к **самообороне**: защищаясь, они пытаются спастись бегством, нападают на окружающих, могут предпринимать суицидальные попытки, чтобы избавить себя от мучений. Разновидностью такого состояния является делириозное состояние.

***Кататоническое возбуждение*** – проявляется пролонгированным или приступообразным моторным беспокойством, чаще в виде бессмысленных однообразных (стереотипных) движений. Кататоническое возбуждение обычно наблюдается при шизофрении или органических заболеваниях головного мозга. Для таких больных характерен негативизм (активное или пассивное противодействие окружающим, в том числе бессмысленное сопротивление осуществлению или полный отказ выполнять какие-либо действия и движения), вербигерации (речевая стереотипия, склонность к монотонно-однообразному повторению одних и тех же слов и фраз, часто совершенно бессмысленных), эхолалия (повторение фраз или слов из высказываний окружающих), эхопраксия (повторение движений), парамимия (несоответствие мимических реакций эмоциональному и интеллектуальному переживанию). Выделяют «немое» и импульсивное кататоническое возбуждение. «Немое» возбуждение – безмолвное хаотичное, бессмысленное, с яростным сопротивлением окружающим, часто с агрессией и (или) аутоагрессией. Импульсивное возбуждение характеризуется неожиданными, внешне немотивированными поступками больных – внезапно вскакивают, куда-то бегут, с бессмысленной яростью нападают на окружающих (могут «застывать» в оцепенении на непродолжительное время и вновь возбуждаться).

***Гебефреническое возбуждение*** проявляется крайне манерным, нелепо-дурашливым поведением с поступками парадоксально-вычурного характера (пациенты кривляются, гримасничают, коверкают слова, танцуют, прыгают, кувыркаются), сопровождающимся немотивированным весельем и нелепыми высказываниями.

***Депрессивное возбуждение*** возникает в связи с нарастанием у пациентов тревоги и страха на фоне пониженного настроения и отсутствием двигательного торможения, что проявляется двигательным возбуждением, доходящим до буйства. Обычно такое возбуждение характерно для маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, но может встречаться и при других психических расстройствах. Клинические проявления ажитированной депрессии характеризуются сочетанием выраженного аффекта тоски и тревожного беспокойства. Пациенты мечутся, испытывают «страшные душевные муки», высказывают идеи самообвинения и самоуничтожения. Часто они считают, что только уход из жизни принесет облегчение им и окружающим, поэтому велика опасность суицидных действий, обычно тщательно подготавливаемых. Меланхолический раптус – наивысшая форма депрессивного возбуждения, с развитием на фоне выраженной мучительной тоски и растерянности внезапных «взрывов» - приступов неистового двигательного возбуждения и отчаяния, с выражением ужаса на лице, стонами, рыданием, заламыванием рук, метанием пациентов ( не могут «найти себе места», способны на суицид.

***Маниакальное возбуждение*** сопровождается повышенным настроением, стремлением к постоянной активной деятельности и речевым возбуждением. Маниакальное возбуждение характерно для МДП, шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при лечении стероидными гормонами и отравлении акрихином. Такие пациенты беспричинно веселы, находятся в постоянном движении, испытывают физическое чувство бодрости, неистощимы и неутомимы в своей деятельности, легко входят в контакт, берутся за любое дело, но не доводят до конца. При разговоре легко переключаются с одной темы на другую, не закончив обсуждения предыдущей. Когда возбуждение достигает своего максимума, пациенты не могут усидеть на месте, громко кричат, все попытки их успокоить остаются безрезультатными. Присоединяется стойкая бессонница. Веселое настроение может сменяться гневливостью, пациенты не терпят возражений, открыто выражают свое недовольство, не соблюдая субординацию, проявляя бурные агрессивные реакции с разрушительными действиями при попытках окружающих помешать реализации их планов. Переоценка пациентом собственных возможностей и неспособность контролировать свои поступки в сочетании с приступами агрессивности приводят к агрессивным поступкам (изнасилование, убийство). В детско-подростковом возрасте наиболее частым вариантом маниакальных фаз является гневливая мания: на фоне повышенного настроения встречаются выраженные вспышки агрессии и часто такой пациент попадает на комиссию по делам несовершеннолетних, родители избегают обращения к психиатру.

***Паническое (психогенно обусловленное) возбуждение*** представляет бессмысленное моторное возбуждение в форме так называемой «двигательной бури». Причиной возбуждения бывают внезапно возникшие сильные эмоциональные потрясения от психотравмирующих ситуаций, несущих непосредственную угрозу жизни людей (аварии на транспорте, промышленные катастрофы, пожары, землетрясения, наводнения, взятие в заложники, похищения, начальные этапы пребывания в секте). На фоне возникающих расстройств сознания, от аффективно суженного до глубоких сумеречных состояний, преобладает двигательное возбуждение – от однообразно монотонного до беспорядочно-хаотичного. Характерны бессмысленные движения и поступки (пациенты мечутся, куда-то стремятся, в панике убегают, часто навстречу опасности), не реагируя на вопросы окружающих, могут наносить себе повреждения, пытаться покончить с жизнью. При ЧС, когда в толпе преобладает аффект ужаса, одной из задач, помимо оказания медицинской помощи, является выявление «лидера», создающего панику (или группы людей) и немедленное удаление его (их) с помощью сотрудников полиции из очага.

***Психопатическое возбуждение*** характерно для психопатий и психопатоподобного поведения на фоне органического поражения головного мозга. Возбуждение обусловлено психологическими причинами, но отличием его является **целенаправленность против конкретного лица** – мнимого обидчика. Характерно несоответствие чрезмерно бурной эмоциональной реакции минимальному по силе и качеству раздражителя. Такие пациенты крайне возбуждены, крикливы, злобны, нецензурно бранятся, сопротивляются собеседованию, склонны к агрессивным, разрушительным действиям, могут шантажировать суицидом или демонстративно наносить себе повреждения. Гнев всегда направлен против мнимого обидчика (учитель сделал замечание или поставил оценку, которая пациенту кажется заниженной). Пациенты «работают на публику» - возбужденно (со слезами) жалуются на обидчика. При попытках удержать таких лиц возбуждение нарастает, содержание речи (требования, угрозы, брань) меняется в зависимости от действий окружающих.

***Эпилептическое возбуждение*** возникает внезапно и сопровождается выраженным аффектом злобы, агрессивно-разрушительными действиями на фоне галлюцинаций и бредовых переживаний устрашающего характера. Возникает при сумеречном помрачении сознания, перед судорожным припадком или после него, при эпилептических психозах и органических заболеваниях головного мозга. Эпилептическое возбуждение обычно протекает на фоне сумеречного расстройства сознания (исключающего возможность контакта с пациентом и критику пациента к своим действиям) и по своей интенсивности превосходит все остальные варианты, встречающиеся в психиатрической практике. Силу аффекта определяют яркие, устрашающего характера галлюцинации с картинами мировых катастроф, бушующих пожаров, массовых убийств; пациент слышит угрозы, крики, стоны, видит льющуюся кровь. Характерна крайняя степень агрессивности (как разрядка аффекта), направленной на окружающих, возможны тяжелые последствия (убийства, детоубийство, аутоагрессия).

**ст.21 УК РФ. Невменяемость**.

1.Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного расстройства психики

***Старческое (суетливое) возбуждение*** наблюдается при выраженном атеросклерозе мозговых сосудов и атрофических процессах в головном мозге у пожилых (при нарастании деменции). Развивается постепенно на фоне старческой бессонницы, является проявлением «захватывающих» пациента тревожных мыслей и опасений. Сопровождается бесцельными действиями и двигательным беспокойством (пациенты рвутся из постели и комнаты, суетливо собираются, укладывают вещи, стремятся выйти на улицу, при попытке удержать оказывают активное сопротивление).

**Применение мер физического стеснения в психиатрической практике.**

На основании ст. 30 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1992 г. и письма МЗ РФ «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи» от 2002г., меры физического стеснения (МФС) и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц.

***Формы физического стеснения***:

1.Помещение в наблюдательную палату (***изоляция***).

2.***Фиксация*** с помощью специальных ремней, манжет, бинтов.

**Изоляция**

Основной метод изоляции – помещение пациента в наблюдательную палату. ***Принципы устройства наблюдательной палаты***:

1.Усиленный контроль за пациентами: в ней организован круглосуточный медицинский пост и пациенту запрещено покидать ее по собственному желанию. Покинуть наблюдательную палату, в т.ч. для удовлетворения физиологических потребностей, пациент может только в сопровождении персонала. Кроме того, в таких палатах часто лежат возбужденные пациенты, поэтому здесь могут применяться МФС.

2.Основное правило: *безопасность* – в палате не должно быть ничего, что может быть использовано пациентом для нанесения себе травм *и прочность* (для того, чтобы выдержать все агрессивные действия пациента). Желательно использовать специальное синтетическое покрытие стен и пола.

3.Необходима хорошая вентиляция, т.к. у пациентов с кататоническим синдромом имеются нарушения терморегуляции.

4.Особенно важен температурный режим.

5.Важно правильное устройство двери: она должна открываться наружу и обеспечивать быстрый вход и выход, замок должен запираться на ключ.

6.Желательно, чтобы наблюдательная палата располагалась рядом с сестринским постом и имела систему телемониторинга.

***Показания к изоляции***:

-приступы эндогенных психозов (кататоническое и галлюцинаторно-бредовое возбуждение при шизофрении, маниакальный приступ МДП);

-отравления и абстинентные синдромы (психозы, вызванные галлюциногенами, делирий любой природы);

-органические психические расстройства (деменции);

-тяжелые реактивные психические расстройства, сопровождающиеся паникой, гневом, агрессией по отношению к себе и окружающим;

-высокий риск самоубийства, когда изоляция временно лишает пациента опасных предметов.

**Изоляцию НЕЛЬЗЯ применять:**

**-как наказание за плохое поведение,**

**-как средство воздействия на раздражающего пациента, если это поведение осознанное**.

Изоляция должна служить лечению пациента, а не потребностям медицинского персонала!

***Побочные эффекты изоляции***

Если изоляция назначена неоправданно или наблюдательная палата оборудована неправильно, нет должного наблюдения, то такая изоляция ведет к травмам, истощению, дегидратации, пневмонии и даже к смерти пациента.

**Фиксация**

Самый распространенный метод фиксации – **фиксация в четырех точках**.

Приспособление для фиксации состоит из запястных и лодыжечных петель, снабженных поролоновыми прокладками. Петли прочно прикрепляют к кроватной раме, оставляя небольшую слабину, чтобы пациент мог двигать руками и ногами, поворачиваться с боку на бок, оправляться. Фиксация в четырех точках показана, когда неуправляемость пациента достигает опасных масштабов, а медикаментозное лечение, временная изоляция и словесные убеждения неэффективны.

***Противопоказания к применению фиксации***:

-если есть другие методы лечения;

-вместо наблюдения и ухода;

-если агрессивность - постоянная черта у возбудимых или импульсивных личностей и в этих случаях предпочтительнее другие методы лечения.

***Осложнения фиксации***:

Ссадины, травмы от контакта с ремнями, манжетами или кроватью, аспирация желудочного содержимого или пищи, расстройства мочеиспускания и дефекации в результате постоянного лежачего положения. При длительной фиксации возможны пролежни, мышечные атрофии, деминерализация костей, поэтому должное внимание необходимо уделять питанию и ЛФК. Сенсорная депривация (лишение ощущений) дементных пациентов может ухудшить их психическое состояние.

**Алгоритм фиксации пациента**

**-**подходить к больному со спины (3-4 человека);

**-**накинуть на голову одеяло;

**-**уложить в кровать на спину;

**-**руки и ноги выпрямить;

**-**зафиксировать с помощью фиксационных ремней или мягким матерчатым материалом (матерчатые жгуты, полотенца, простыни) плечи, предплечья, бедра, голени, плечевой пояс, голову (через лоб).

**ПАМЯТКА**

**Для выполнения фиксации больного нельзя:**

**Пережимать сосудисто-нервные сплетения.**

**Надавливать на грудь и живот.**

**Оставлять больного без надзора.**

**Фиксация продолжается до начала действия психотропной терапии.**

**Алгоритм НМП при психомоторном возбуждении**

**-**строгий надзор;

**-**изоляция пациента;

**-**соблюдение мер безопасности для больного и окружающих;

**-**исключение доступа к оружию, транспортным средствам;

**-**Аминазин 2,5%-3,0 в/м с обязательным введением кордиамина 2,0 в/м и контролем АД

или Тизерцин 2,5%-3,0 в/м

или Галоперидол 0,5%-2,0 в/м

Реланиум 2,0 в/м

***Особенности обслуживания пациентов в психиатрическом стационаре***

**-Принцип закрытых помещений**: запираются двери, в окнах – закаленное стекло или частые переплеты.

-**Усиленный надзор и наблюдение за поведением больных и меры его коррекции**: контроль за корреспонденцией; недопущение в передачах колющих, режущих, бьющихся предметов; наличие наблюдательной палаты для больных, требующих постоянного надзора; принудительное лечение и кормление пациентов.

***Постоянного надзора*** требуют пациенты:

а) с тенденцией к побегу,

б) опасные для окружающих,

в) опасные для себя.

По синдромальной характеристике - это пациенты в состоянии:

а) нарушенного сознания,

б) психомоторного возбуждения,

в) выраженного нарушения мышления (с бредом),

г) нарушения настроения (депрессия),

д) нарушения поведения (импульсивность),

е) с нарушениями личности (асоциальные психопаты).

***В мерах принуждения при кормлении*** нуждаются пациенты, наиболее часто отказывающиеся от еды:

а. в состоянии кататонического ступора,

б. депрессивные пациенты с идеями самообвинения,

в. пациенты с бредом отравления,

г. пациенты с нервной анорексией.

***В мерах принуждения при лечении*** нуждаются эти же пациенты и все, отказывающиеся от лечения в силу непонимания болезненности своего состояния.

***-*Систематическое проведение трудотерапии**. В каждом отделении имеется штатный трудинструктор.

**Стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента**

Сестринская проблема *приоритетная*: психомоторное возбуждение.

Планирование вмешательств.

*Краткосрочная цель*: у пациента не будет психомоторного возбуждения в течении трех дней.

*Долгосрочная цель*: к моменту выписки из стационара у пациента не будет психомоторного возбуждения.

Реализация вмешательств.

1.По назначению врача-психиатра применить МФС (меры физического стеснения с использованием специальных фиксационных ремней – широких лент из плотной хлопчатобумажной ткани).

По назначению врача ввести инъекции антипсихотических средств: аминазин, галоперидол, тизерцин, дроперидол и др.

2.Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

3.При необходимости организовать около пациента круглосуточный индивидуальный пост.

4.Проводить измерение АД и PS каждые 3 часа и фиксировать полученные данные в сестринском дневнике динамического наблюдения.

5.Осуществлять динамическую оценку психического и соматического состояния пациента за смену записью в журнале наблюдения.

6.Обеспечить пациента калорийной, легкоусвояемой пищей и витаминизированным питьем, в соответствии с врачебными наблюдениями.

7.Следить за естественными отправлениями пациента и в случае необходимости предоставить ему утку или судно.

8.При стабилизации психомоторной сферы сообщить об этом врачу, по его назначению освободить пациента от фиксационных ремней, продолжая осуществлять за ним непрерывное наблюдение.

9.Вести мониторинг психомоторной сферы, отражая полученные данные в журнале наблюдений и сестринском листе динамического наблюдения.

10.При всех дальнейших изменениях в психическом состоянии пациента немедленно сообщать лечащему или дежурному врачу.

 **Приложение 2**

**Кейс 1**

Пациент Федорин Дмитрий Дмитриевич, 17 лет. Отец оставил семью и никогда не интересовался ребенком. Мать проживает в психоневрологическом интернате. Мальчик воспитывался бабушкой. В детстве был активен, подвижен, имел много друзей. В школе учился без особого интереса. В 16 лет стал постепенно меняться: забросил спорт, перестал общаться с ребятами, ничего не читал, совершенно не выполнял домашние задания, все свободное время смотрел телевизор. В школе на уроках отказывался отвечать. Последние 3 месяца все дни просиживал в своей комнате, ничего не делая. Перестал мыться, чистить зубы, за прической и одеждой не следил, ел неохотно. К окружающему безразличен.

При поступлении в клинику жалоб не высказывал, нехотя отвечал на вопросы. Лицо гипомимично, разглядывает кисти своих рук. Бреда и галлюцинаций не обнаружено. В больнице был совершенно бездеятелен, пассивно подчинялся режиму, склонен к уединению.

**Задания:**

1.Определите предположительное хроническое психическое расстройство и его синдромальную форму.

2.Назовите негативную симптоматику данной формы хронического психического расстройства.

3.Обоснуйте основания для госпитализации больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

4.Перечислите критерии опасности для себя, беспомощности, причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния (Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

5.Расскажите о сестринском уходе при данном хроническом психическом расстройстве.

**Кейс 2**

 Пациент Максимов Андрей Ильич, 35 лет, находится под наблюдением психиатров с 16 лет в связи с нелепыми высказываниями и необычным поведением. Среди родственников официально душевнобольных нет, однако отец пациента отличается вычурным складом мышления, не считает сына больным. В старших классах школы стал жаловаться родителям, что классный руководитель придирается к нему, отказывался идти в школу, стал говорить, что там «ничему хорошему не учат». Родители замечали, что сын разговаривает сам с собой, дружить не умеет, ни с кем не общается, ничем не интересуется. Был осмотрен психиатром, которому пациент рассказал, что последнее время чувствует на себе постороннее влияние. Считал, что влияние исходит от соседей, живущих двумя этажами ниже, у которых есть незамужняя дочь 32 лет. Считал, что с помощью приборов у него вызывают половое возбуждение, показывают ему картинки обнаженных женщин, для того, чтобы заставить его жениться на их старой деве. Пытался мысленно ответить своим преследователям и убедить их, что он не может стать мужем, так как «является импотентом». Неоднократно проходил лечение в психиатрических больницах, на фоне приема лекарств становился спокойнее, но полностью бредовые идеи не исчезали никогда. Оформлена инвалидность второй группы. Со временем понял, что сосед является сотрудником ФСБ и хочет привлечь его в данной организации через женитьбу на его дочери. По «связи»» узнал от соседа, что на него также оказывают воздействие с помощью «регистра и излучателя», посредством этих приборов они якобы пытаются разработать план поимки «государственного преступника Семенихина». В отделении постоянно мысленно переговаривается с «Мариной Владимировной и Аркадием Анатольевичем». Никогда не видел этих людей, но уверен, что они сотрудники спецслужб. Возбужден, на месте не удерживается, пытается убегать. Беседуя с врачами витиевато описывает свои переживания, используя множество физических и биологических терминов, неправильно трактуя их смысл. Критика отсутствует. В последние годы стал пассивен и спокоен. Дома неделями не выходит на улицу, ни с кем не общается, нигде не работает. Гигиенические навыки утеряны. Считает, что на гигиену у него нет времени, так как занят важной государственной деятельностью.

**Задания:**

1.Определите предположительное хроническое психическое расстройство и его синдромальную форму.

2.Определите нарушенные потребности и проблемы пациента.

3.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

4.Обучите пациентов психиатрической больницы правилам приема лекарственных средств:

-необходимость приема лекарств;

-последствия нерегулярного приема лекарств;

-прием лекарств в выходные и праздники;

-лекарственные препараты и алкоголь;

-побочные действия лекарственных препаратов;

-группы лекарственных препаратов;

-как отличить настоящее лекарство от подделки;

-лекарства и прием пищи;

-хранение лекарственных препаратов.

5.Перечислите ургентные состояния в психиатрии.

Продемонстрируйте на фантоме алгоритм кормления пациента при отказе от еды.

**Кейс 3**

 Пациент Воробьев Степан Трифонович, 41 год, находится под наблюдением врачей с 17 лет. Инвалид первой группы. Мать больного здорова, отец покончил с собой при невыясненных обстоятельствах. Две сводные сестры также здоровы, многие годы заботятся о пациенте. В детстве пациент развивался обычно, в школе учился средне, не проявлял большого прилежания, был тихим, послушным, любил играть в шахматы, был чемпионом школы. В выпускном классе появилась выраженная заторможенность. Долго одевался, мог 10 минут сидеть на постели и держать носок в руках, пока мать не потребует немедленно надеть его. В школу приходил ко второму уроку, на вопросы учителей ничего не отвечал, пожимал плечами. Дома часто застывал, стоя смотрел телевизор. Ел медленно, уходил от стола, не съев и трети порции. Сильно похудел, был осмотрен психиатром и отправлен в больницу. Не сопротивлялся госпитализации, но на следующий день после поступления побил санитара шваброй, прокусил ухо медсестре, мычал, отказывался от еды, не отвечал на вопросы врачей. Под воздействием лекарств, назначенных в виде инъекций, начал принимать пищу, давать отдельные ответы на вопросы, но не мог объяснить своей прежней агрессии. Молча ходил по отделению, подолгу наблюдал за игрой в шахматы, если кто-либо делал неудачный ход, не говоря ни слова, переставлял фигуру назад и делал другой ход. При этом, если ему предлагали принять участие в игре, поворачивался и молча уходил.

В дальнейшем ежегодно лечился в стационаре, поскольку дома прекращал принимать лекарства, отказывался от еды. В стационаре большую часть времени лежит, не отвечает на вопросы. Изредка бывает неопрятен (упускает мочу). Три раза в неделю возникает беспокойство, сам идет в ординаторскую и заявляет, что у него «остановилась кровь», повторяет это стереотипно, с удивительной настойчивостью, вербально не корригируется, пока не будут сделаны инъекции нейролептиков.

**Задания**:

1.Определите синдромальную форму данного хронического психического расстройства.

2. Охарактеризуйте основную группу психических расстройств, требующую неотложной помощи. Перечислите формы психомоторного возбуждения.

3.Расскажите о применении мер физического стеснения в психиатрической практике. Продемонстрируйте алгоритм действий медицинского персонала при применении мер физического стеснения (МФС).

4.Составьте алгоритм практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента.

**Кейс 4**

 Пациент Николаев Михаил Юрьевич, 19 лет, инвалид первой группы. Младший брат отца пациента страдает шизофренией. Пациент с детства отличался капризностью, не ходил в детское дошкольное учреждение, был привязан к матери. В школе учился плохо, был непослушен, одноклассники его не любили и часто обижали. Дома мог долго играть в одиночестве. С 9 лет увлекся изучением метро, выучил название всех станций, просил, чтобы его возили туда, где он еще не бывал. Будучи школьником, нередко просил машиниста взять его в кабину, задавал множество вопросов, интересовался системой регулировки движения поездов, заучивал принятые сокращения. Очень любил кошек, однако наряду с ласками допускал весьма жестокое обращение с ними, однажды сломал кошке ногу в процессе игры.

Примерно в 12 лет изменилось отношение больного к матери, стал грубить ей, требовать точного выполнения своих требований, если она не слушалась, грубо бранился, кусал её. Перестал справляться с учебой, своими замечаниями мешал проведению уроков. Был осмотрен психиатром и госпитализирован. Лечение нейролептиками помогало лишь частично, после выписки учился на дому, получил диплом об окончании 8 классов, но сам признается, что знаний по школьным предметам не имеет.

Последние 3 года госпитализируется ежегодно в психиатрические больницы. В больнице так назойлив, что его избивали другие больные. Ни минуты не сидит на месте, задает множество неуместных вопросов, речь изобилует нецензурной бранью. Если ему делают замечания, начинает смеяться и громко повторяет неприличное слово. Отказывается выполнять простейшие математические вычисления. При этом помнит имена всех врачей в отделении, без труда перечисляет названия всех действующих и строящихся станций метро. Дома постоянно играет « в метро», выдумал свою систему « метрополитена имени Карла Маркса», состоящую из 16 линий и 147 станций.

**Задания:**

1.Определите синдромальную форму данного хронического психического расстройства.

2.Назовите особенности обслуживания психиатрических пациентов в психиатрическом стационаре.

3.Определите проблемы пациента.

4.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

5.Расскажите стандарт практической деятельности медицинской сестры при психомоторном возбуждении пациента

  **Приложение 3**

**Тест – контроль по теме: «Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз»**

1. Распространённость шизофрении в популяции составляет в среднем (*1,3,10,25*) на 1000 населения.
2. Среди различных факторов, определяющих возникновение шизофрении, важнейшим является *(эмоциональный стресс, отрыв от родителей в детстве, патологическая наследственность, повторные травмы головы*).
3. Внутренняя противоречивость, дискордантность психических процессов обозначаются термином *(схизис, аутизм, резонерство, шуб).*
4. Согласно Е. Блейлеру важнейшими диагностическими признаками шизофрении являются (*бред и галлюцинации, аутизм и расстройства мышления, помрачнения сознания, амнезия и дезориентировка).*
5. Синдромом первого ранга для диагностики шизофрении является *(депрессия или мания, паранойяльный синдром, синдром Корсакова, синдром психического автоматизма).*
6. Проявлением шизофрении НЕ может быть (*бред воздействия, ступор, помрачнения сознания, судорожный припадок).*
7. Признаком дебюта шизофренического процесса могут быть (*упорная утренняя головная боль, увлечения религией и философией, приступы сонливости в дневное время, снижение памяти и интеллекта).*
8. Типичными расстройствами мышления при шизофрении являются (*резонерство и разорванность, патологическая обстоятельность, ускорения или замедления, бессвязность).*
9. В эмоциональной сфере больным шизофрении свойственны (*эйфория или слабодушие, дисфория и ригидность, амбивалентность или апатия, тоска и тревога).*
10. Самой частой формой шизофрении является (*простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая*).
11. Наиболее злокачественно из всех вариантов шизофрении протекает (*параноидная, гебефреническая, циркулярная, психопатоподобная*).
12. Признаком благоприятного прогноза при шизофрении является (*острое начало заболевания, преобладание негативной симптоматики, отказ от приема нейролептиков, задержка психического развития).*
13. Наиболее благоприятным типом течения шизофрении является (*непрерывный, шубообразный, рекуррентный*).
14. Дурашливость, возбуждение, сквернословие наблюдается обычно при (*простой, гебефренической, кататонической, параноидной*) форме шизофрении.
15. Синдром Кандинского-Клерамбо – типичное проявление (*простой,* *гебефренической, кататонической, параноидной*) формы шизофрении.
16. Простая форма проявляется в первую очередь (*бредом и галлюцинациями, ступором или возбуждением, депрессией и манией, апатией и абулией).*
17. Синдром онейроидной кататонии обычно наблюдается при (*непрерывной, шубообразной, рекуррентной*) шизофрении.
18. Для лечения шизофрении НЕ используют (*ЭСТ, противосудорожные средства, антипсихотические препараты, инсулино-коматозную терапию).*