

**Санкт-Петербургское государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
«Медицинский колледж № 2»**

**Методическая разработка практического занятия для преподавателя
на тему «Особенности организации сестринского ухода при шизофрении,
аффективных расстройствах»**

**ПМ 04. Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского
ухода и наблюдение за пациентами при заболеваниях и состояниях.**

**МДК 04.02. Сестринский уход и реабилитация пациентов
терапевтического профиля разных возрастных групп**

34.02.01 «Сестринское дело»

Составитель: Соловьева А.А.

Санкт-Петербург
2024

Утверждаю

Согласовано

Зам.директора по УР

Методист

И.Г.Максимова

Е.В.Полякова

Рассмотрено на заседании ЦМК «Профилактическая деятельность»

Протокол от « » 2024г. №

Председатель ЦМК _____ Пугашкина В.В.

Пояснительная записка

Методическая разработка по теме составлена в соответствии с программой и требованиями ФГОС. На данном занятии студенты обобщают пройденные знания по дисциплине.

На занятии осуществляется формирование профессиональных компетенций ПК 2.2, ПК 2.4, ПК 2.5, также общих компетенций ОК 02, ОК 04, ОК 05, ОК 06, ОК 07, ОК 08, ОК 09.

В методической разработке по теме «Особенности организации сестринского ухода при шизофрении, аффективных расстройствах» представлены все необходимые элементы проведения занятия: обоснование темы, цель, задачи занятия, знания и умения по данной теме, осваиваемые профессиональные и общие компетенции, оснащение, схемы межпредметных и внутрипредметных связей, план проведения занятия, карта самостоятельной работы студентов, контрольно-оценочные средства, список литературы.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

иметь практический опыт:

оказания неотложной доврачебной помощи при психомоторном возбуждении, маниакальном и депрессивном возбуждении

уметь:

- оказать СП при эндогенных психозах (шизофрения, аффективные расстройства)

Данные методы, позволяют обеспечить усвоение знаний, умений и формировать общие и профессиональные компетенции.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Введение (пояснительная записка)	3
Место проведения занятия, оснащение	5
1. Продолжительность изучения темы	5
2. Вид занятия	5
3. Актуальность темы	5
4. Основная цель занятия	5
5. Задачи занятия	5
6. Перечень основных показателей оценки результатов, элементов практического опыта, знаний и умений, подлежащих формированию	6
7. Формирование элементов общих компетенций	12
7.0 Внутрипредметные связи	16
8.0 Межпредметные связи	15
9. Задание для самоподготовки	17
10. Литература, рекомендуемая для самоподготовки	18
11. План занятия	19
12. Этапы занятия и контроль их усвоения	19
13. Учебная карта самостоятельной работы студентов на занятии	20
14. Контрольные задания для исходного контроля по теме занятия	22
15. Система оценивания и критерии оценки	22
Оценочный лист	22
Приложение 1	24
Приложение 2	27
Приложение 3	31
Приложение 4	39
Приложение 5	58
Приложение 6	60

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ практического занятия: учебная комната.

ОСНАЩЕНИЕ занятия:

1. Методические рекомендации к практическому занятию № 1 для студентов.
2. Алгоритмы действий.
3. Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни: учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html>

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ: 270 мин

ВИД ЗАНЯТИЯ: практическое занятие

Актуальность темы

Медсестра психиатрической помощи проводит больше времени с пациентом, чем другие сотрудники. Знает его переживания, способна оценить личность пациента, резервы адаптационности, спрогнозировать осознанность выполнения пациентом предписаний врача. Поэтому медицинские сестры психиатрических учреждений представляют собой потенциал качественного ухода за пациентами, компетентного выполнения назначений врача. Основная роль медсестры заключается в четком определении проблем пациента и создании индивидуализированного ухода за ним. Важным элементом в работе медсестер является поддержание в отделении лечебного охранительного режима, способствующего эффективному лечению.

Для осуществления помощи психически больным на доврачебном этапе необходимо точно знать перечень ведущих проблем больного, владеть синдромологическим подходом с целью определения приоритетной проблемы и тактики ухода за пациентом.

Цели обучения:

Общая цель:

Студент должен овладеть элементами **общих компетенций:**

ОК 02. Использовать современные средства поиска анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности.

ОК 03. Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях.

ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде.

ОК 06. Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих

ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения.

ОК 07. Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях.

ОК 08. Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности.

ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.

Студент должен овладеть элементами **профессиональных компетенций**:

ПК 4.1. Проводить оценку состояния пациента.

ПК 4.2. Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту.

ПК 4.3. Осуществлять уход за пациентом.

ПК 4.4. Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода.

ПК 4.5. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.

ПК 4.6. Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации.

Учебная цель:

1. Изучить особенности исследования психического статуса.

2. Изучить сестринскую помощь при шизофрении, аффективных расстройствах.

Сформировать умения:

1. Неотложная доврачебная помощь при психомоторном возбуждении.

2. Неотложная доврачебная помощь при маниакальном возбуждении.

3. Неотложная доврачебная помощь при депрессивном возбуждении.

Задача занятия

- образовательная – расширить знания студентов об исследовании психического статуса; сформировать у них четкое представление о сестринской помощи при шизофрении и аффективных психозах; ознакомить с неотложной доврачебной помощью при психомоторном возбуждении.
- развивающая – содействие активизации мышления студентов, воспитание творческого отношения к учебной деятельности, формирование научного мировоззрения.
- воспитательная – формирование сознательного отношения к процессу обучения, стремления к самостоятельной работе и всестороннему овладению специальностью, воспитание сознательной дисциплины и норм поведения обучающихся, развитие интереса к учебной дисциплине.

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ,
ЭЛЕМЕНТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА, ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ,
ПОДЛЕЖАЩИХ ФОРМИРОВАНИЮ**

Компетенция	Наименование элемента умений	Наименование элемента знаний
ПК 4.1. Проводить оценку состояния пациента.	проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении; выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе; выявлять факторы риска падений, развития пролежней; проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике; осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств; определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода; выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни; проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли	основы теории и практики сестринского дела, методы определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе; диагностические критерии факторов риска падений, развития пролежней и контактного дерматита у пациентов; анатомо-физиологические особенности и показатели жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правила измерения и интерпретации данных
ПК 4.2. Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту.	выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту: - кормление тяжелобольного пациента через рот и /или назогастральный зонд, через гастростому; - установку назогастрального зонда и уход за назогастральным зондом; - введение питательных смесей	технология выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода; основы клинической фармакологии, виды лекарственных форм, способы и правила введения лекарственных препаратов, инфузионных сред; правила и порядок подготовки

	через рот (сипинг); - хранение питательных смесей; - зондирование желудка, промывание желудка; - применение грелки, пузыря со льдом; - наложение компресса; - отсасывание слизи из ротоглотки, из верхних дыхательных путей, из носа; - осуществление ухода за носовыми канюлями и катетером; - оказание пособия при трахеостоме, при фарингостоме; - оказание пособия при оростоме, эзофагостоме, гастростоме, илеостоме; - осуществление ухода за интестинальным зондом; - оказание пособия при стомах толстой кишки, введение бария через колостому; - осуществление ухода за дренажом; - оказание пособия при дефекации тяжелообольного пациента; - постановку очистительной клизмы; - постановку газоотводной трубки; удаление копролитов; - оказание пособия при недержании кала; - постановку сифонной клизмы; - оказание пособия при мочеиспускании тяжелообольного пациента; - осуществление ухода за мочевым катетером; - осуществление ухода за цистостомой и уростомой; - оказание пособия при недержании мочи; - катетеризацию мочевого пузыря; - оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов; - введение лекарственных препаратов внутрикочно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи; - катетеризацию периферических	пациента к медицинским вмешательствам; медицинские изделия (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемые для проведения лечебных и (или) диагностических процедур, оперативных вмешательств; требования к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента; порядок и правила учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртосодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания; правила ассистирования врачу (фельдшеру) при выполнении лечебных или диагностических процедур; правила десмургии и транспортной иммобилизации
--	--	---

	вен; - внутривенное введение лекарственных препаратов; - внутрипросветное введение в центральный венозный катетер антисептиков и лекарственных препаратов; - осуществление ухода за сосудистым катетером; проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача; собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача; проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача; обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов; ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств; проводить транспортную иммобилизацию и накладывать повязки по назначению врача или совместно с врачом.	
ПК 4.3. Осуществлять уход за пациентом.	осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения; осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по	особенность сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента; современные технологии медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших

	назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов; выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни; оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям).	способность к общению, передвижению и самообслуживанию; особенность и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания; порядок оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента; процесс и стадии умирания человека, клинические признаки, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенность сестринского ухода; признаки биологической смерти человека и процедуры, связанные с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке; психология общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам (законным представителям)
ПК 4.4. Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода.	проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода; разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача	методы и способы обучения пациентов (их законных представителей), лиц, осуществляющих уход, навыкам самоухода и ухода; физические и психологические особенности пациентов разного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья; психологические, психопатологические, соматические, морально-этические проблемы, возникающие у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

ПК 4.5. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.	оказывать медицинскую помощь в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний; получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения зрения, слуха, поведения;	побочные эффекты, видов реакций и осложнений лекарственной терапии, меры профилактики и оказания медицинской помощи в неотложной форме; клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, отравлений, травм без явных признаков угрозы жизни пациента; показания к оказанию медицинской помощи в неотложной форме; правила оказания медицинской помощи в неотложной форме
ПК 4.6. Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации.	выполнять работу по проведению мероприятий медицинской реабилитации	порядок медицинской реабилитации

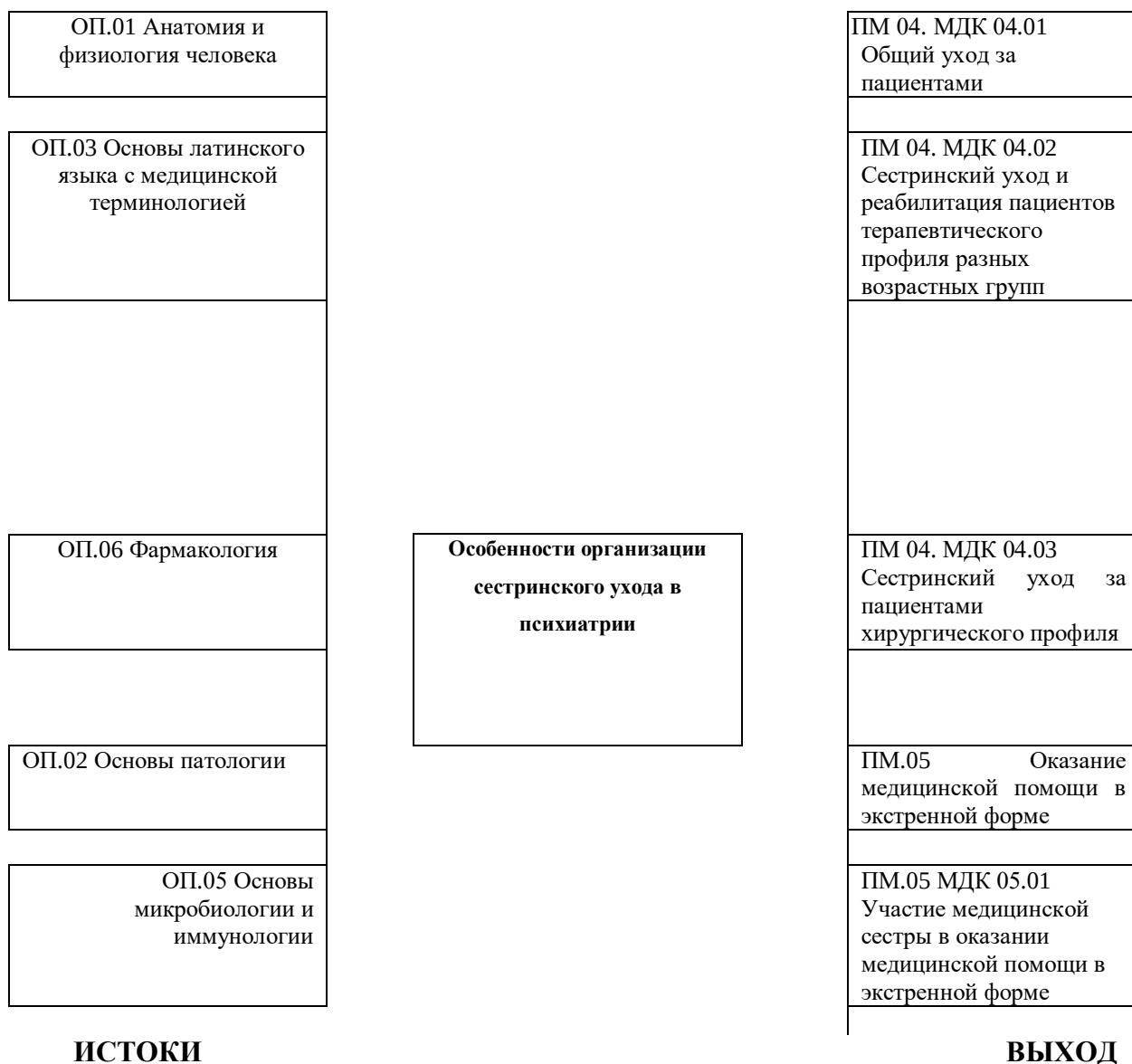
ФОРМИРОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ОБЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ

КОМПЕТЕНЦИЯ	ФОРМИРУЕМЫЙ ЭЛЕМЕНТ
ОК 02. Использовать современные средства поиска анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности.	Умения: определять задачи для поиска информации; определять необходимые источники информации; планировать процесс поиска; структурировать получаемую информацию; выделять наиболее значимое в перечне информации; оценивать практическую значимость результатов поиска; оформлять результаты поиска, применять средства информационных технологий для решения профессиональных задач; использовать современное программное обеспечение; использовать различные цифровые средства для решения профессиональных задач. Знания: номенклатура информационных источников, применяемых в профессиональной деятельности; приемы структурирования информации; формат оформления результатов поиска информации, современные средства и устройства информатизации; порядок их применения и программное обеспечение в профессиональной деятельности, в том числе с использованием цифровых средств.
ОК 03. Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях.	Умения: определять актуальность нормативно-правовой документации в профессиональной деятельности; применять современную научную профессиональную терминологию; определять и выстраивать траектории профессионального развития и самообразования; выявлять достоинства и недостатки коммерческой идеи; презентовать идеи открытия собственного дела в профессиональной деятельности; оформлять бизнес-план; рассчитывать размеры выплат по процентным ставкам кредитования; определять инвестиционную привлекательность коммерческих идей в рамках профессиональной деятельности; презентовать бизнес-идею; определять источники финансирования. Знания: содержание актуальной нормативно-правовой документации; современная научная и профессиональная терминология; возможные траектории профессионального развития и самообразования; основы предпринимательской деятельности;

	основы финансовой грамотности; правила разработки бизнес-планов; порядок выступления презентации; кредитные банковские продукты
ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде.	Умения: организовывать работу коллектива и команды; взаимодействовать с коллегами, руководством, клиентами в ходе профессиональной деятельности Знания: психологические основы деятельности коллектива, психологические особенности личности; основы проектной деятельности
ОК 06. Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения.	Умения: описывать значимость своей специальности; применять стандарты антикоррупционного поведения Знания: сущность гражданско-патриотической позиции, общечеловеческих ценностей; значимость профессиональной деятельности по специальности; стандарты антикоррупционного поведения и последствия его нарушения
ОК 07. Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях.	Умения: соблюдать нормы экологической безопасности; определять направления ресурсосбережения в рамках профессиональной деятельности по специальности, осуществлять работу с соблюдением принципов бережливого производства; организовывать профессиональную деятельность с учетом знаний об изменении климатических условий региона. Знания: правила экологической безопасности при ведении профессиональной деятельности; основные ресурсы, задействованные в профессиональной деятельности; пути обеспечения ресурсосбережения; принципы бережливого производства; основные направления изменения климатических условий региона.
ОК 08. Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности.	Умения: использовать физкультурно-оздоровительную деятельность для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей; применять рациональные приемы двигательных функций в профессиональной деятельности; пользоваться средствами профилактики перенапряжения, характерными для данной специальности Знания: роль физической культуры в общекультурном, профессиональном и социальном развитии человека; основы

	здорового образа жизни; условия профессиональной деятельности и зоны риска физического здоровья для специальности; средства профилактики перенапряжения
ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.	Умения: понимать общий смысл четко произнесенных высказываний на известные темы (профессиональные и бытовые), понимать тексты на базовые профессиональные темы; участвовать в диалогах на знакомые общие и профессиональные темы; строить простые высказывания о себе и о своей профессиональной деятельности; кратко обосновывать и объяснять свои действия (текущие и планируемые); писать простые связные сообщения на знакомые или интересующие профессиональные темы Знания: правила построения простых и сложных предложений на профессиональные темы; основные общеупотребительные глаголы (бытовая и профессиональная лексика); лексический минимум, относящийся к описанию предметов, средств и процессов профессиональной деятельности; особенности произношения; правила чтения текстов профессиональной направленности

МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ



ВНУТРИПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ

ВХОД	ТЕМА	ВЫХОД
• Организация психиатрической службы в России и за рубежом. • Обязанности медицинской сестры психиатрического профиля. • Медицинская документация. • Сестринская помощь при эндогенных психозах. • Понятие о сенильных и пресенильных психозах. • Понятие об умственной отсталости. • Определение возможных проблем пациента.	«Особенности организации сестринского ухода при шизофрении, аффективных расстройствах»	• Организация и оказание сестринской помощи психиатрическим пациентам. • Методы исследования психического статуса. • Принципы лечения пациентов с заболеваниями психики. • Профилактика эндогенных психозов. • Организация и оказание сестринской помощи при эндогенных психозах. • Роль медицинской сестры в профилактике умственной отсталости • Зачёт.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

№ п/п	Раздел темы	Литература	Установочная инструкция	Вопросы для самоконтроля
1	Исследование психического статуса	Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html	Указать методы исследования психического статуса в рабочей тетради	Ответить на вопросы: 1. Назовите основной метод диагностики психических расстройств. 2. Расскажите о клиническом методе. 3. Перечислите психологические методы.
2	Сестринская помощь при эндогенных психозах	Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html	Составить индивидуальный опорный конспект	Ответить на вопросы: 1. Дайте определение шизофрении 2. Охарактеризуйте формы шизофрении 3. Назовите определение эпилепсии. 4. Укажите принципы исследования при эпилепсии. 5. Дайте определение большому эпилептическому припадку, эпистатусу.
3	Пресенильные и сенильные психозы	Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д : Феникс,	Студенты самостоятельно выполняют	Ответить на вопрос: 1. Назовите признаки

		2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html	тесты	сенильных и пресенильных психозов. 2. Расскажите о СП при сенильных и пресенильных психозах.
--	--	--	-------	---

ЛИТЕРАТУРА, РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Бортникова, (Цыбалова) С. М. Нервные и психические болезни: учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. - Ростов н/Д: Феникс, 2020. - 479 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35190-1. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222351901.html>
2. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
<https://doctorsan.ru/clinical-guidelines>
<http://mniip.serbsky.ru/home-page/klinicheskie-rekomendacii/>
3. Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г., МЗ РФ Москва, 2018
4. Соловьева А. А. Сестринская помощь при нарушениях психического здоровья / А. А. Соловьева. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 364 с. — ISBN 978-5-8114-9652-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/198557> (дата обращения: 07.02.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
5. Справочник для медицинской сестры психиатрической службы. Методические рекомендации. - Общероссийская общественная организация «Ассоциация медсестер России», СП-б, 2009.
6. Тюльпин Ю.Г. Психические болезни с курсом наркологии: Учебник.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
7. Консультант студента [Электронный ресурс]: ЭБС. – М.: ООО Доступ «ИПУЗ». - URL: <http://www.studmedlib.ru>
8. Med-Edu.ru [Электронный ресурс]: медицинский видеоportal. - URL: <http://www.med-edu.ru/>
9. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России Открытый [Электронный ресурс]. - URL: <http://cr.rosminzdrav.ru>
10. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - URL: <http://www.femb.ru/feml/> , <http://feml.scsml.rssi.ru>
11. Альманах сестринского [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека. URL: <https://www.elibrary.ru/>
12. Медицинская сестра [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека. URL: <https://www.elibrary.ru/> URL: <https://www.elibrary.ru/>
13. Медсестра [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека. URL: <https://www.elibrary.ru/>

ЭТАПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ЗАНЯТИЯ (ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ)

№п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организационный	4	Проверка посещаемости внешнего вида обучающихся.
2.	Формулировка темы и цели	6	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль входного уровня знаний	30	Тестирование
4.	Методические указания для самостоятельной работы студентов.	20	1.Студенты с преподавателем разбирают кейсы 2.Студенты решают кейсы
5.	Самостоятельная работа обучающихся – работа в парах	200	Студенты обучаются методам удержания больного с агрессивными и суицидальными намерениями
6.	Подведение итогов	10	Заполнение и проверка дневников ДЗ. Итог занятия. Выставляются отметки.

УЧЕБНАЯ КАРТА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИИ

№	этапы работы	Способы выполнения (описываются ориентировочные основы действий или ссылка на алгоритмы)	вопросы для самоконтроля
1.	Организация занятия	Мобилизовать внимание студентов на работу. Создание благоприятного климата. Организовать собранность, аккуратность	
2.	Формулирование темы и ее обоснование	Раскрывают теоретическую и практическую значимость темы. Активизировать познавательную деятельность.	
3.	Определение целей занятия	Определить цели конечного результата работы на занятии. Активизировать познавательную деятельность.	
4.	Предварительный контроль знаний	Письменно отвечают на тесты. Участвуют в обсуждении ошибок.	
5.	Формирование новых знаний, умений и навыков.	Презентация по теме	
6.	Инструктаж №1 Задание для самостоятельной работы	Отработка методов исследования в психиатрии	1.Клинический метод. 2. Технические и лабораторные методы. 3. Психологические методы.
7.	Самостоятельная работа	Делятся на пары. Отрабатывают алгоритмы неотложной доврачебной помощи при психомоторном возбуждении.	
8.	Инструктаж № 2 задание для самостоятельной работы	Решение кейсов индивидуально.	Ответить на все задания.
9.	Самостоятельная работа	Алгоритмы неотложной доврачебной помощи при маниакальном и депрессивном возбуждении. Преподаватель оказывает индивидуальную помощь. Отвечает на вопросы. Выделяет и разбирает общие ошибки. Оценивает и комментирует работу малых групп.	
10.	Итоговый контроль	Выявить итоговый уровень знаний и умений. Развитие профессионального мышления.	
11.	Обобщение, подведение итогов занятия. Оценка работы студентов	Анализ и стимуляция познавательной деятельности студентов	

КОНТРОЛЬ ИСХОДНОГО УРОВНЯ

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

Выберите правильный ответ:

1. Распространённость шизофрении в популяции составляет в среднем
 - а. 1*
 - б. 3*
 - в. 10*
 - г. 25 на 1000 населения.*
2. Среди различных факторов, определяющих возникновение шизофрении, важнейшим является
 - а. эмоциональный стресс*
 - б. отрыв от родителей в детстве*
 - в. патологическая наследственность*
 - г. повторные травмы головы*
3. Внутренняя противоречивость, дискордантность психических процессов обозначаются термином
 - а. схизис*
 - б. аутизм*
 - в. резонерство*
 - г. шуб*
4. Согласно Е. Блейлеру важнейшими диагностическими признаками шизофрении являются
 - а. бред и галлюцинации*
 - б. аутизм и расстройства мышления*
 - в. помрачения сознания*
 - г. амнезия и дезориентировка*
5. Синдром первого ранга для диагностики шизофрении является
 - а. депрессия или мания*
 - б. паранойяльный синдром*
 - в. синдром Корсакова*
 - г. синдром психического автоматизма*
6. Проявлением шизофрении НЕ может быть
 - а. бред воздействия ступор*
 - б. помрачения сознания*
 - в. судорожный припадок*
7. Признаком дебюта шизофренического процесса могут быть
 - а. упорная утренняя головная боль*
 - б. увлечения религией и философией*
 - в. приступы сонливости в дневное время*
 - г. снижение памяти и интеллекта.*
8. Типичными расстройствами мышления при шизофрении являются
 - а. резонерство и разорванность*
 - б. патологическая обстоятельность*
 - в. ускорения или замедления*
 - г. бессвязность*
9. В эмоциональной сфере больным шизофренией свойственны
 - а. эйфория или слабодушие*
 - б. дисфория и ригидность*
 - в. амбивалентность или апатия*
 - г. тоска и тревога*
10. Самой частой формой шизофрении является

- а. *простая*
 - б. *гебефреническая*
 - в. *параноидная*
 - г. *кататоническая*
11. Наиболее злокачественно из всех вариантов шизофрении протекает
- а. *параноидная*
 - б. *гебефреническая*
 - в. *циркулярная*
 - г. *психопатоподобная*
12. Признаком благоприятного прогноза при шизофрении является
- а. *острое начало заболевания*
 - б. *преобладание негативной симптоматики*
 - в. *отказ от приема нейролептиков*
 - г. *задержка психического развития*
13. Наиболее благоприятным типом течения шизофрении является
- а. *непрерывный*
 - б. *шубообразный*
 - в. *рекуррентный*
14. Дурашливость, возбуждение, сквернословие наблюдается обычно при
- а. *простой*
 - б. *гебефренической*
 - в. *кататонической*
 - г. *параноидной форме шизофрении*
15. Синдром Кандинского-Клерамбо – типичное проявление
- а. *простой*
 - б. *гебефренической*
 - в. *кататонической*
 - г. *параноидной формы шизофрении*
16. Простая форма проявляется в первую очередь
- а. *бредом и галлюцинациями*
 - б. *ступором или возбуждением*
 - в. *депрессией и манией*
 - г. *апатией и абулией*
17. Синдром онейроидной кататонии обычно наблюдается при
- а. *непрерывной*
 - б. *шубообразной*
 - в. *рекуррентной шизофрении.*
18. Для лечения шизофрении НЕ используют
- а. *ЭСТ*
 - б. *противосудорожные средства*
 - в. *антипсихотические препараты*
 - г. *инсулино - коматозную терапию*

Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ
1-в 2-в	5-г 6-в	9-в 10-в	14-б 15-г
3-а	7-б	11-б 12-а	16-г 17-б
4-а	8-а	13-а	18-б

Приложение 1

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 Рс 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.

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 избавиться 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, стоном, 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 раздражителю. 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).

Приложение 2

Особенности работы в беспокойном отделении психиатрической больницы:

1. Дверь отделения постоянно закрыта на ключ.
2. У наблюдательной палаты (это палата наибольшего контроля и внимания) организуется круглосуточный пост. Необходимо настойчиво следить за тем, чтобы даже на короткое время наблюдательная палата не находилась без присмотра. Ночью в наблюдательной палате включают дежурный свет. Сон на круглосуточном посту недопустим.
3. Процедурный кабинет и медсестринский пост имеют окно для наблюдения за отделением.
4. Сведения о поведении больных фиксируются в журнале наблюдения.
5. Врач вносит в журнал наблюдения фамилии пациентов, нуждающихся в наиболее тщательном надзоре.
6. Прием лекарств проходит под присмотром персонала по принципу «из рук в рот». Персонал следит за тем, чтобы в отделении не оставались без присмотра острые, стеклянные, тяжелые предметы, шнуры и ленты.
7. Прием пищи проходит под присмотром медицинского персонала.
8. Проводится еженедельное взвешивание и отмечается наличие стула.
9. Беспокойные отделения рассчитаны на прием пациентов одного пола (мужские или женские). Для эффективного надзора необходимо, чтобы в отделении работало достаточное количество персонала того же пола, что и больные. Это позволит регулярно проводить осмотр тела больных и санитарную обработку беспомощных пациентов, сопровождать пациента в туалет.
10. В дневное время пациенты преимущественно проводят время вне палаты в специально отведенном помещении.
11. Прогулки и трудотерапия проходят под присмотром.

Опасность больных для окружающих и для самих себя. Безопасность медицинского персонала.

Статистика показывает, что соотношение больных и здоровых среди лиц, совершивших убийства, и в среднем в популяции не различается. Это означает, что здоровые люди совершают столько же агрессивных действий, сколько и душевнобольные. Реальная опасность того или иного пациента во многом связана с чертами характера и мировоззрением, которые у него сформировались до заболевания. Так многие исследователи отмечают, что среди истинно верующих православных пациентов почти не наблюдается актов агрессии, которые осуждаются верой.

Социальная опасность больного с психическим расстройством может быть обусловлена:

- двигательным возбуждением;
- импульсивными поступками;
- расстройством сознания и сценopodobными галлюцинациями;
- ситуацией «преследуемый преследователь»;
- императивными галлюцинациями;
- стремлением к самоубийству;
- отказом от приема пищи;
- слабоумием и отсутствием чувства опасности.

Вместе с тем факты агрессивного и суицидального поведения в психиатрической клинике не являются редкостью и требуют специального рассмотрения. В некоторых случаях поведение самого медицинского работника провоцирует больного на агрессию. Так, явное оскорбление и унижение, необоснованное стеснение свободы больного, резкий грубый отказ в удовлетворении его требований закономерно вызовут возмущение и протест.

Поэтому вежливость и внимание по отношению к пациенту являются не только требованием этики, но и способствуют повышению безопасности. Любая просьба больного, какой бы нелепой она ни казалась, имеет для него большое значение, поэтому, как правило, просьбу следует удовлетворить, если это допустимо.

Особенно велика социальная опасность больных в состоянии **острого двигательного возбуждения**. Они могут бежать, отталкивая всех оказавшихся на пути, угрожать тяжелыми острыми предметами. При этом они проявляют удивительную физическую силу, несоответствующую их телосложению и состоянию здоровья. В отдельных случаях, чтобы задержать больного приходится прибегать к насилию. При этом никогда не следует забывать о личной безопасности и безопасности окружающих. Бессмысленно пытаться из рук безумца оружия, подвергаясь опасности быть раненым. Важнее громко, но спокойно позвать на помощь, предупредить окружающих о возникшей опасности, закрыть двери на пути больного и попытаться вступить с ним в диалог, стараясь отвлечь его внимание. При этом говорить надо спокойно, не проявляя страха, подчеркивая свою силу и настойчивость, одновременно необходимо освободить руки для защиты, снять очки и украшения, которые могут поранить вас при нападении. Не следует поворачиваться к больному спиной. В исключительных случаях приходится обращаться за помощью в полицию.

Опыт показывает, что в большинстве случаев удастся договориться с больным и убедить его принять лекарство (лучше в виде раствора, а не в таблетках). В противном случае можно совместными усилиями задержать больного и попытаться фиксировать его. Помочь в задержании больного могут и выздоравливающие пациенты. Известно, что схватить человека за голое тело довольно сложно, поэтому необходимо следить, чтобы больные в беспокойном отделении были одеты в пижаму. Нежелательно, чтобы беспокойный больной пользовался в отделении обычной ежедневной одеждой, так как в этом случае за ним трудно следить и не всегда возможно отличить его от других посетителей. Легче всего задержать больного, схватив его сзади за грудь и рукава одежды. Если у одежды нет рукавов, можно попытаться накинуть на него жгут из двух связанных простыней, при этом узел должен располагаться сзади шеи, свешивающимися концами обвивать руки наподобие смертельной рубашки. Если в руках у больного оружие, можно попытаться накинуть на него одеяло или матрац, а затем зафиксировать больного в постели мягкими широкими ремнями. Окончательно прекратить возбуждение можно с помощью инъекций антипсихотических средств хлорпромазин (аминазин), галоперидол, левомепромазин (тизерцин) дроперидол и др. Эти средства действуют довольно быстро, не редко уже через 30-40 минут больной успокаивается и потребность в фиксации отпадает.

Своевременно заметить и предотвратить опасное возбуждение возможно не всегда. В ряде случаев поступки больного бывают обусловлены импульсивно возникшим порывом (например, при эпилепсии или кататоническом синдроме). Поэтому важно избегать опасных ситуаций. Не следует разговаривать наедине с больным в состоянии резкого возбуждения в запертой комнате. Если вы останетесь в кабинете один, закрывайте входную дверь, чтобы возбужденный больной не зашел неожиданно и не отрезал вам путь к отступлению.

Нередко опасность больного бывает обусловлена расстройством сознания и сценopodobными галлюцинациями. В этом случае пациент сам не понимает последствия своих поступков. Он может выйти в окно, считая, что это дверь, напасть на санитаря, считая, что это демон. Такой больной не понимает смысла медицинских процедур, поэтому он может встать с постели в то время, когда ему проводится капельное внутривенное вливание, отсоединить электроды приборов, через которые осуществляется контроль работы сердца, и др.

Чтобы предотвратить подобное поведение, приходится фиксировать больного к постели широкими мягкими ремнями. Важно фиксировать не только руки и ноги (каждую

отдельно), но и грудь (плечи) больного, чтобы он не мог подняться с постели. При этом нужно убедиться, что ремни не пережимают крупных сосудов и нервов, что никакие части тела больного не опираются на твердые предметы (иначе неизбежно возникнут пролежни). Фиксируют больного только по распоряжению врача. Следует напомнить, что фиксация - мера исключительная и не может применяться регулярно. Фиксация больного не означает, что надзор за ним может быть прекращен. Требуется, чтобы кто -нибудь из персонала находился с больным постоянно. Это важно и для безопасности окружающих, ведь никакая фиксация не гарантирует того, что больной не сможет освободиться самостоятельно. Даже при наличии явной необходимости меры стеснения не должны применяться на длительный срок, что прямо указано в Законе РФ. Как только состояние больного изменяется к лучшему, врач дает распоряжение освободить больного от ремней. Агрессивность больного может быть следствием бредовой убежденности в том, что окружающие являются его врагами. Особенно опасна ситуация «преследуемый преследователь» , когда больной по понятным только одному ему причинам выбирает среди окружающих человека, который якобы является его преследователем и начинает следить за ним. Если пациент проявляет явную агрессию к кому либо из работающих в отделении, никогда не следует относиться к этому беспечно. Напротив, необходимо предотвращать тесные контакты данного работника с больным.

Иногда пациент отрицает наличие каких -либо недобрых чувств к окружающим, однако ведет себя опасно, объясняя свое поведение воображаемым воздействием на его психику: « Это не я вас ударил, это они моими руками управляли». Часто больные страдающие галлюцинациями слышат приказы (императивные галлюцинации) убить кого-либо или нанести увечье себе самому. Хотя в большинстве случаев эти больные испытывают внутреннее сопротивление, в конце концов они могут не выдержать и попытаться выполнить приказ.

В случае бреда и галлюцинаций своевременное назначение нейролептиков позволяет значительно снизить вероятность опасных действий.

Особого внимания в психиатрии заслуживают больные, высказывающие мысли о нежелании жить (суицидальные мысли). Такие больные никогда не должны оставаться без присмотра. Хотя они выглядят пассивными и малоподвижными, однако в любой момент их тоска может настолько обостриться, что они смогут привести в действия свой опасный замысел. Следует понимать, что больной, который сообщает персоналу о нежелании жить, как бы просит о спасении, он признается, что без посторонней помощи не сможет преодолеть стремления к самоубийству. Особенно часто больные совершают суицид в ранние утренние часы, поэтому надзор в это время должен быть максимально строгим, особенно если больного мучает бессонница.

Опасные поступки больных бывают связаны с патологическим отсутствием чувства опасности, непониманием возможных последствий. Больные с тяжелой олигофренией (идиотией и имбецильностью), глубоким шизофреническим дефектом, тотальным слабоумием могут наносить себе порезы, ожоги сигаретой , пытаться повредить себе глаз без какой -либо особой цели. Так, один больной шизофренией во время прогулки осколок стекла и разрезал им себе мошонку; другой, подобно Ван Гогу, отрезал себе ухо. Такие действия очень трудно предвидеть, поскольку они лишены логики. Больные при этом не всегда в полной мере испытывают боль, не зовут на помощь. Все это подтверждает необходимость постоянного надзора, даже в том случае, если больной выглядит внешне спокойным. К чрезвычайно опасным ситуациям относят так же отказ от приема пищи. Причиной такого поведения может быть двигательная скованность (кататонический синдром); императивные галлюцинации, запрещающие больному прием пищи; бред отравления или патологическая боязнь прибавить в весе. При кататоническом синдроме больные ведут себя особенно нелепо, отказываются открыть рот, сжимают зубы, выплевывают пищу. Однако нередко, если оставить тарелку перед больным, он через некоторое время съедает все без посторонней помощи. Некоторые больные едят очень

медленно, совершая при этом множество странных символических действий (например дожидаются, когда все остынет или мелко крошат еду, раскладывают ее на столе) . Бессмысленно ругать больного и пытаться отнять остатки пищи, важнее сообщить об этом врачу. В некоторых случаях больные вызывают рвоту после того, как съели свою порцию. В случае полного отказа от еды приходится прибегать к парентеральному питанию или к кормлению зондом.

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

Алгоритм оказания неотложной помощи при суицидальном поведении

- Строгий надзор
- Тизерцин 2,5% - 2,0 в/м
- Реланиум 0,5% - 2,0 в/м
- Срочная госпитализация

Алгоритм фиксации пациента

- подходить к больному со спины (2-3 человека);
- накинуть на голову одеяло;
- уложить в кровать на спину;
- руки и ноги выпрямить;
- зафиксировать 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.

Особенности ухода за пациентами с психическими расстройствами в стационаре В приемном отделении.

Больной поступает в приемное отделение психиатрической больницы. Госпитализация начинается с врачебного осмотра. Врач должен определить тяжесть психического состояния больного и на основании этого показания к госпитализации, а также профиль отделения, в котором больному предстоит лечиться. При обязательном соматоневрологическом обследовании у больного, особенно возбужденного, необходимо выявить кровоподтеки, вывихи и переломы, тяжелые внутренние или инфекционные заболевания, препятствующие госпитализации в психиатрическую больницу. Сочетание психического заболевания с соматическим заставляет врача сделать выбор: в одних случаях соматическое (незаразное и не требующее специальной терапии) заболевание можно лечить в психиатрическом стационаре; в других случаях нужно направить больного в специализированное психосоматическое отделение другой больницы, а при особо тяжелой патологии — в соответствующий стационар (с организацией при необходимости индивидуального психиатрического поста).

Когда решение о госпитализации принято, оформляется история болезни, содержащая паспортные данные, краткий анамнез, результаты осмотра, описание психического и соматического статуса и предположительный диагноз.

Документы, деньги, ценные вещи, имеющиеся при больном, его одежда по описи сдаются на хранение до выписки из стационара. При больном не должно быть предметов, которыми он может нанести повреждения себе или окружающим, и в приемном отделении нужно убедиться в их отсутствии. Двери приемного отделения всегда должны быть закрыты на ключ.

В отделении. Еще в приемном отделении больной впервые вступает в контакт не только с дежурным врачом, но и со средним и младшим персоналом больницы. Медицинский работник, обслуживающий психически больных, должен быть вежлив и приветлив, обладать достаточной выдержкой, хладнокровием и находчивостью, уметь в любых ситуациях сохранять спокойствие и самообладание.

Отношение персонала к больным должно быть ровное, заботливое, гуманное, но в то же время лишенное фамильярности. Важно, чтобы персонал всегда имел аккуратный вид. Сотрудникам отделений для беспокойных больных не следует носить на работе серьги, кольца, браслеты, которые могут быть сорваны возбужденными больными.

В отделении установлен обязательный для всех *распорядок дня* с точно фиксированным временем утреннего подъема, приема пищи, лекарств и других лечебных процедур, прогулок, трудотерапии, культурных развлечений, отхода ко сну. Режим способствует нормализации поведения больных, восстановлению часто нарушенного у них ритма сна и бодрствования. Ночной сон больных должен продолжаться 8—9 ч, послеобеденный отдых — не менее 1 ч; пищу больные принимают 4 раза в день. Длительность лечебного труда зависит от профиля отделения и состояния больных. *Больные еженедельно принимают гигиеническую ванну, после чего им меняют постельное и нательное белье.*

Больным в состоянии психомоторного возбуждения, а также соматически ослабленным, неопрятным, ступорозным назначается постельный режим. Как правило, таких больных помещают в наблюдательную палату или в специальную палату для слабых больных.

Лекарства выдаются средним медицинским персоналом строго по назначению врача. *Разовая доза медикаментов должна быть принята в присутствии медицинской сестры.* В противном случае возникает опасность накопления и приема лекарств в суицидальных целях. При накладывании повязок, компрессов также необходимо следить, чтобы больной не собирал бинтов и марли, так как их тоже можно использовать для самоубийства. Если

нет специальных противопоказаний, то больных регулярно, не реже одного раза в день, выводят на прогулку под руководством и наблюдением персонала. Список больных для прогулки визирует врач. Персонал обязан знать число больных, выводимых на прогулку. *Во время прогулки особое внимание уделяется больным со склонностью к побегу и суициду.* Те же правила соблюдаются при сопровождении больных в лечебно-трудовые мастерские, на наружные работы, в клуб и другие помещения.

Родственники и знакомые посещают больных в установленные часы по определенным дням недели. Лечащий врач с ведома заведующего отделением может по показаниям увеличить количество свиданий. Предварительно врач информирует родственников о состоянии больного и возможных темах беседы. Во время свиданий посетители должны избегать неприятных или травмирующих разговоров. Посетителям запрещено передавать больным острые предметы (ножи, вилки и т. п.), а также продукты в стеклянной посуде, возбуждающие напитки (кофе). Во время эпидемических вспышек (грипп и др.) посещение больных запрещается (карантин). *Не разрешается посещение больных в остром состоянии с психомоторным возбуждением.* Принимать от родственников продукты для больных может только старшая сестра или дежурная медицинская сестра отделения. Продукты хранятся в специальном шкафу и выдаются больным по мере надобности.

Обслуживающий персонал не имеет права передавать больным письма или записки. *Всю корреспонденцию, адресованную больному, прочитывает врач. Врач может и должен проверять перед отправкой письма больных.* Особого внимания требует письменная продукция параноидных, депрессивных больных. Нежелательно, чтобы бредовые идеи и идеи самообвинения (греховности и т. д.) стали известны родным и близким. Такие сведения могут доставить родственникам излишнее беспокойство, иногда повод для превратного толкования его поведения. Изучение писем больных, особенно малодоступных и склонных к диссимуляции, может обогатить представление врача об их истинных переживаниях.

При уходе за больными в отделении надо следить как за психическим, так и за физическим их состоянием.

Уход за слабыми и депрессивными больными требует особой внимательности. Необходимо мыть таким больным лицо и руки дважды в день, регулярно проводить им туалет полости рта, помогать одеваться, провожать их в уборную, следить за деятельностью кишечника и мочевого пузыря. Неопрятным больным необходимо как можно чаще делать гигиенические ванны, менять постельное и нательное белье. У лежачих больных нужно также следить за состоянием кожи. Для профилактики пролежней, которые чаще всего образуются на спине и ягодицах, подкладывают надувные резиновые круги, места, подвергающиеся давлению, протирают камфорным спиртом. Лежачим больным для профилактики застойных явлений в легких необходимо несколько раз в день менять положение в постели.

В обязанности персонала входит внимательное наблюдение за тем, как питаются больные, съедают ли они полностью свой рацион, не проявляют ли обжорства. Большое значение в этом аспекте имеет регулярное взвешивание. Питание слабых больных — предмет особой заботы. Они получают пищу в полужидком или размельченном виде. Пища должна быть умеренно теплой, чтобы не вызвать ожогов слизистых оболочек.

Уход за больными, отказывающимися от еды, требует специальных мероприятий. Отказ от еды, сопротивление кормлению возможны при депрессии с суицидальными тенденциями и бредом самообвинения, у больных с бредом отравления и ипохондрическим бредом, при явлениях императивного вербального («голоса» запрещают есть) и обонятельного галлюциноза, а также у ступорозных больных (кататонический ступор с негативизмом, депрессивный ступор). При отказе от еды нет необходимости сразу же прибегать к искусственному питанию. Прежде всего надо выяснить по возможности мотивы голодания, попытаться уговорить больного поесть или накормить

его с ложки. Если он обнаруживает доверие к кому-либо из персонала или к родственникам, надо поручить кормление этим лицам. Ступорозным больным с выраженным негативизмом оставляют пищу рядом с постелью: они могут ее съесть, когда никого нет рядом.

С целью стимуляции аппетита подкожно вводят инсулин (4—8 ЕД). Если, несмотря на это, больного в течение последующих 1—2 ч не удалось накормить или напоить сладким чаем, то необходимо ввести внутривенно 20 мл 40% раствора глюкозы. Наряду с этим парентерально вводятся психотропные средства (аминазин, френолон, седуксен, амитриптилин). В некоторых случаях эффективно амитал-кофеиновое растормаживание. Подкожно вводят 0,2 г кофеина, через 5 мин после этого внутривенно вливают 2—5 мл 5% раствора амитал-натрия. Растормаживающее и эйфоризирующее действие кофеина и амитал-натрия длится 15—30 мин, и за это время иногда удается накормить больного. Если все указанные меры не привели к желательному результату, то на 3—4-й день (а при появлении запаха ацетона изо рта и раньше) приступают к искусственному кормлению через зонд. Зонд смазывают вазелином или глицерином, а затем вводят либо через рот (разжав челюсти роторасширителем), либо через нос в глотку, пищевод и желудок. Введя зонд приблизительно на глубину 50 см (на зонде в этом месте имеется отметка), необходимо убедиться, что он находится в желудке. Об этом могут свидетельствовать свободное дыхание больного, естественный, без синюшности, цвет лица, отсутствие кашля. Правильность введения зонда проверяют, вдвывая в него баллоном или шприцем небольшое количество воздуха. При попадании воздуха в желудок возникает характерный звук, похожий на урчание. Прежде чем вводить питательную смесь, через воронку в зонд вливают немного воды.

Свободное прохождение воды и отсутствие кашля служат еще одним доказательством того, что можно начинать кормление. Вводят 500—1000 мл подогретой питательной смеси. Смеси, вводимые через зонд, готовят либо на молоке, либо на бульоне. В состав смеси входят сырые яйца (2—3 шт.), сливочное масло, сахар, соль, фруктовые и овощные соки, а при необходимости и лекарства. Искусственное кормление проводят не чаще 1 раза в сутки. Во избежание срыгивания или рвоты больной после кормления должен некоторое время оставаться в постели. Искусственное кормление осуществляется либо врачом, либо медицинской сестрой в его присутствии.

Кроме пищи, больным, длительно и упорно отказывающимся от еды, вводят подкожно изотонический раствор хлорида натрия и 5% раствор глюкозы (250—300 мл), делают инъекции витаминов В₁, В₆, В₁₂ и С.

Уход за больными, находящимися под особым надзором. За больными, представляющими опасность для себя или окружающих, в отделении устанавливается особый надзор. *В наиболее тщательном наблюдении нуждаются больные с тенденциями к самоубийству, самоповреждению, агрессии, отказывающиеся от еды, и, наконец, стремящиеся к побегу.* Таких больных помещают в наблюдательную палату, где они всегда на виду у обслуживающего персонала. При наблюдении за депрессивными больными со стремлением к самоубийству, подчас удивительно изобретательными в реализации своего замысла, наибольшая бдительность необходима утром, когда у них, как правило, усиливаются тоска и подавленность.

Необходимо полностью исключить любое соприкосновение поднадзорных больных с острыми, колющими или режущими предметами. Особая опасность в этом отношении возникает во время прогулок и при свиданиях с родными. После возвращения в палату необходимо осматривать одежду больных. Различные острые предметы (ножницы, спицы и т. д.), применяемые во время трудотерапии, по окончании работы принимаются по счету инструктором по труду. Систематически осматривают и убирают прогулочные участки, удаляя оттуда осколки стекла, куски железа, гвозди, консервные банки и т. д.

Периодически в отсутствие больных следует осматривать их постели, личные вещи и прикроватные тумбочки. Тщательные меры предосторожности принимаются во время бритья и стрижки, которые происходят только под наблюдением персонала.

Уход за спокойными и выздоравливающими больными. В психиатрической больнице находятся не только больные с острыми и тяжелыми проявлениями болезни. Благодаря активным методам терапии в ряде случаев острые симптомы психоза, возбуждение, агрессивность быстро прекращаются. Такие больные продолжают лечение в стационаре, но уже не нуждаются в строгом надзоре и изоляции. Одна из основных задач — постепенное восстановление нарушенных за время болезни навыков, работоспособности, контактов с привычной средой. Пациенты находятся в отделениях для спокойных больных, где стимулируются их социальная активность, самообслуживание, самодеятельность, самоуправление. Они носят свою одежду, пользуются электробритвой, посещают парикмахерскую. Им предоставляются значительно большая свобода в смысле распорядка дня, более частые свидания с родственниками. После утренних лечебных процедур больным разрешается прогулка не только на прогулочном участке отделения, но и по всей территории больницы. Некоторым больным (с разрешения заведующего отделением) предоставляется отпуск, который они проводят в кругу семьи.

Выздоровливающие больные широко привлекаются к лечебному труду. Они читают художественную литературу и книги по специальности, активно участвуют в деятельности советов больных, в спортивных (волейбол, теннис и др.) и культурных мероприятиях, смотрят телевизор, слушают радио, выпускают стенгазету, выступают в концертах художественной самодеятельности.

Социально-трудовая реабилитация. Это комплекс медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий, направленных на максимальное приспособление больного к профессиональной деятельности. Необходимыми условиями для реадaptационных и реабилитационных мероприятий являются длительное медикаментозное и психотерапевтическое воздействие и трудовая терапия. Рееадаптация начинается уже в период пребывания в больнице. Этим целям служат лечебно-восстановительные мероприятия, активизирующий лечебный режим, способствующий максимальному вовлечению больных в жизнь отделения, трудотерапия, физиотерапия и лечебная физкультура, работа в лечебно-трудовых мастерских, наружные работы и т. д. Широкое применение психотропных средств и других методов биологической терапии, психо- и трудотерапия, терапия занятостью (развлекательно-познавательные мероприятия, музыкотерапия, арттерапия) позволяют сократить пребывание больного в стационаре и перенести основную часть восстановительной терапии за стены психиатрической больницы.

Особенности работы медсестры с пациентами с суицидальным поведением.

Суицидальное поведение (СП) — аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

Самоубийство (**суицид**) — намеренное, осознаваемое и быстрое лишение себя жизни.

Суицидальная попытка (**парасуицид**) — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление.

Суицидальные намерения — решение выполнения плана самоубийства.

Особенности работы медсестры с пациентами с суицидальным поведением.

1. Кровать депрессивного пациента должна находиться далеко от окна и на виду у дежурного медперсонала.

2. Не разрешать таким пациентам укрываться с головой одеялом.

3. Полотенце им предоставляется только при гигиенических процедурах. 4. Повышенное внимание этим пациентам уделяется в утренние часы (усиление тоски и тревоги).

5. Медицинский персонал должен следить за тем, чтобы каждый пациент принял разовую дозу медикаментов. Важно исключить накопление лекарств для последующего однократного приема в целях самоубийства.
6. При накладывании повязок, компрессов следить, чтобы пациенты не собирали бинты и марлю для использования их в стремлении покончить с собой.
7. В распоряжении пациентов, склонных к суициду, не должно быть никаких острых, режущих, колющих предметов, которые он мог бы использовать в целях аутоагрессии.
8. Необходимо осматривать одежду пациентов при возвращении их с прогулок, свидания с родственниками или посещения других подразделений больницы.
9. Персонал должен внимательно следить за тем, как питаются пациенты (съедают ли они полностью свой рацион или отдают порции другим).
10. Пациента сопровождать в туалет и помогать ему с утренним туалетом должен медперсонал.
11. Постоянно внимательно следить за поведением пациентов, изменениями настроения, их высказываниями. Депрессивные пациенты молчаливы, ни о чем не просят. Их лучше излишне не тревожить, дать полежать, не принуждать к участию в труде. Все изменения поведения описать в дневнике наблюдения и сообщить о них врачу.
12. При получении новой психотравмирующей информации суицидальные попытки могут повториться. Родственники, посещающие пациентов в психиатрическом стационаре не должны огорчать их своими новостями.
13. За суицидальными пациентами с агрессивными тенденциями устанавливается строгий надзор, заключающийся в непрерывном наблюдении с постоянного поста медсестры.

Помощь лицам, совершившим суицид.

При *самоповешении*: слегка приподнять тело повесившегося, перерезать веревку, на которой он висит и, опустив его на твердую кушетку или на пол, быстро снять петлю, очистить рот от слизи, вывести язык и приступить к реанимационным мероприятиям (искусственному дыханию рот в рот, наружному массажу сердца).

При *отравлении медикаментами* произвести промывание желудка через зонд, используя 12-15 л воды температурой 20 градусов порциями по 300 мл. До и после промывания дать внутрь активированный уголь с водой в виде кашицы (по 1 столовой ложке) для адсорбции ядов.

При *нанесении себе ранений и других повреждений*, проводится первичная обработка раны, при необходимости – иммобилизация, введение медикаментозных средств по показаниям.

Во всех случаях суицидальных попыток (отравления, травмы, отсутствие дыхания) – вызывается бригада скорой медицинской помощи или специализированная бригада СМП в зависимости от состояния пациента.

Суицидальные попытки считаются показанием к немедленной госпитализации.

Алгоритмы неотложной помощи при отравлении снотворными веществами.

Первая помощь

1. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
2. Провести обследование пострадавшего.
3. Обеспечить нормализацию дыхания (проходимость верхних дыхательных путей) и гемодинамику (АД, ЧСС).
4. При развитии комы повернуть голову набок, очистить ротовую полость, укрыть пострадавшего одеялом, следить за дыханием и характером пульса.
5. При наличии психомоторного возбуждения уложить в постель, мягко фиксировать.
6. При развитии судорожного синдрома предотвратить травмы и прикус языка.
7. По показаниям – СЛР.

Экстренная медицинская помощь амбулаторно

1. Вызвать бригаду СМП.
2. Провести туалет полости рта.

- 3.Промыть желудок в горизонтальном положении пациента.
- 4.После промывания желудка ввести активированный уголь в дозе 60-100 гр (1г/кг массы тела) пер ос или в желудочный зонд в виде взвеси.
- 5.Дать солевое слабительное.
- 6.При развитии терминального состояния – СЛР.
- 7.Госпитализация пациента в горизонтальном положении.

Алгоритмы промывания желудка

Промывание желудка механическим способом.

Стимуляция рвоты

Показания:

Ранняя помощь при отравлениях в первые минуты после приема токсиканта.

Противопоказания:

- отравление прижигающими ядами;
- отравления у детей.

Методика:

- усадить или уложить пациента на бок со слегка опущенной головой;
- надеть перчатки, маску, фартук;
- порциями воды комнатной температуры (по 300-500 мл) напоить больного (обычно используют 5-10 порций);
- после каждой выпитой порции воды наклонить голову пациента над емкостью для промывных вод;
- попросить пациента открыть рот, ввести 2 пальца в ротовую полость до корня языка;
- после окончания рвотных движений салфеткой очистить полость рта от оставшихся в ней рвотных масс;
- процедуру повторять до чистых промывных вод и завершить ее туалетом полости рта.

Промывание желудка зондовым методом

Показания:

- ранняя помощь при отравлениях в первые 120 минут с момента употребления токсического вещества; если токсическое вещество в таблетках, то их остатки могут находиться в складках желудка до 24 часов, следовательно, метод эффективен и в более поздние сроки;
- удаление токсического вещества;
- уменьшение концентрации и удаление прижигающих жидкостей из желудка, также при подготовке к эндоскопии;
- в некоторых случаях промывание желудка необходимо выполнять и при внутривенном поступлении яда (алкалоиды группы опия секретируются слизистой желудка и повторно всасываются).

Противопоказания:

- нарушение сознания, кома, судороги;
- при заглатывании острых предметов и крупных частей растений;
- отравление прижигающими веществами;
- язвенная болезнь желудка, варикозно расширенные вены пищевода;
- недавно перенесенные операции на органах желудочно-кишечного тракта.

Осложнения:

- перфорация пищевода или желудка;
- кровотечение в результате травмы слизистой в момент проведения зонда;
- аспирация желудочного содержимого.

Оснащение:

- желудочный зонд;
- резиновый фартук 2 шт.;

- емкость с раствором для промывания 20°C;
- таз для промывных вод ;
- лоток для оснащения;
- лоток для отработанного материала;
- марлевые салфетки, шпатель;
- стерильная емкость для промывных вод;
- бланк-направление;
- емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь, резиновые перчатки.

Обязательное условие:

- *раствор для промывания не должен быть теплым (будет всасываться) и не должен быть холодным (может вызвать спазм желудка).*

Подготовка к процедуре:

- поставить таз для промывных вод у ног пациента (для защиты одежды от загрязнения и промокания и предупреждения загрязнения окружающей среды);
- подготовить необходимое оснащение для обеспечения четкости выполнения процедуры;
- надеть фартук, вымыть и осушить руки, одеть перчатки (для обеспечения инфекционной безопасности).

Методика:

1. Осмотреть ротовую полость, удалить зубные протезы (если такие есть).
2. Пациента уложить на левый бок, чтобы избежать продвижения содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку в течение процедуры.
3. Использовать зонд большого диаметра (наружный диаметр – 12-13,3 мм).
4. Измерить зондом расстояние до желудка (от мочки уха до кончика носа и до мечевидного отростка).
5. Смочить «слепой» конец зонда в воде и положить на корень языка, предложить пациенту дышать через нос, делать глотательные движения и в этот момент провести зонд на заданную длину по пищеводу в желудок.

Примечание: если во время введения зонда пациент начал задыхаться, кашлять – немедленно извлечь зонд.

6. Присоединить к зонду воронку или шприц Жане без поршня.
7. Проверить местонахождение зонда с помощью аспирационной или аускультационной пробы – вдувание воздуха в зонд с параллельной аускультацией области желудка.
8. Первую порцию желудочного содержимого в количестве 50-100 мл собрать для токсикологического исследования в стерильную емкость.
- Отправить в лабораторию в сопровождении направления.
9. Медленно поднимая воронку вверх, в желудок влить жидкость. Вливать водопроводную воду комнатной температуры или изотонический раствор натрия хлорида в дозе 5-7 мл/кг массы тела.

10. После введения жидкости наружный конец поместить ниже уровня желудка, следя за вытеканием жидкости.

11. Общее количество жидкости для промывания – 10-15% массы тела больного. Показателем адекватности проведения методики могут служить «чистые» промывные воды (повторять промывание до получения «чистой воды»). При промывании желудка необходимо следить, чтобы количество введенной и выделенной жидкости были примерно равными.

12. Завершают процедуру введением взвеси активированного угля – 60-100 г (1г/кг массы тела) для адсорбции ядов.

13. Отсоединить воронку и быстрым движением удалить зонд через салфетку, пережав наружный конец зонда, чтобы предупредить аспирацию содержимого зонда.

14. Прополоскать пациенту рот.

15. Весь инструментарий, фартуки подвергнуть дезинфекции.

Снять перчатки, вымыть и осушить руки (обеспечение инфекционной безопасности).

Наиболее часто встречающиеся ошибки при промывании желудка

1. При положении пациента сидя создаются условия для поступления жидкости в кишечник под действием тяжести введенной жидкости.
2. Большой объем однократно введенной жидкости способствует открытию привратника и устремлению жидкости с содержащимся в желудке ядом в кишечник, где происходит наиболее интенсивный процесс его всасывания.
3. Отсутствие контроля за количеством введенной и выведенной жидкости приводит к накоплению большого количества жидкости в желудке, что способствует развитию так называемого отравления водой (гипотонической гипергидратации), особенно у детей.
4. Использование для промывания желудка концентрированных растворов перманганата калия опасно, так как они вызывают развитие химического ожога желудка.

К промыванию желудка необходимо подходить дифференцировано, в зависимости от конкретной ситуации. При субъективных и объективных трудностях, связанных с невозможностью промывания желудка (отсутствие зонда, набора для интубации трахеи, выраженном психомоторном возбуждении пациента) и при небольшом сроке после отравления (до 30 минут) оправдана быстрая госпитализация пациента в специализированное отделение.

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..

Эталон ответа

1. Шизофрения. Простая форма. Проявляется в первую очередь негативной симптоматикой, т.е. апатико--абулическим синдромом. При простой форме это главное и единственное проявление болезни.

2. Негативные симптомы: апатия, абулия, утрата высших эмоций--сострадания, уважения к окружающим, вины, стыда, любви. Больной не испытывает привязанности к родным, не чувствует стыда за свое иждивенчество, не страдает от одиночества, не стремится к работе.

Апатия – стойкая утрата переживать какие-либо эмоции (как положительные, так и отрицательные). Синонимами апатии являются равнодушие и безразличие. Отсутствие эмоций приводит к пассивности и бездеятельности.

Абулия – резкое снижение воли. Для оценки воли следует обращать внимание не на мечты и планы, а на конкретный результат деятельности (если человек говорит, что хочет бросить курить, но не делает этого, он не обладает достаточной волей). При абулии пациенты отказываются от задуманного при малейшем препятствии, не выносят даже кратковременную нагрузку: учеба, домашние заботы, забота о внешности, соблюдение режима и диеты – воспринимаются упорным отказом). Требуют, чтобы окружающие немедленно исполняли их желания. Охотно предаются развлечениям: целыми днями смотрят телевизор, слушают музыку, едят деликатесы.

3. Психиатрическая деятельность регулируется законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (от 01.01.93г).

Статья 29 «Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке»: лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в стационар без его согласия, если его психическое расстройство обуславливает:

а. его опасность для себя;

б.его беспомощность (неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности);

в.вред его здоровью, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

4.Критерий опасности для себя: при выявлении у больного аутоагрессивного поведения, наличия суицидальных попыток.

Критерий беспомощности: утрата бытовых навыков - невозможность самообслуживания, пренебрежение заботой о своих интересах. Оставаясь без надзора, больные начинают бродяжничать, голодать, становятся объектами насилия.

Критерий причинения вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния: когда оставление больного без психиатрической помощи, если он отказывается от лечения, может привести к прогрессированию заболевания.

5. Основные мероприятия по уходу за больными 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 больного 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. Больным в состоянии кататонического ступора следует обеспечить кормление, приходится также следить за тем, чтобы больные лежали удобно, требовать от них перемены позы для того, чтобы избежать пролежней. Важно отмечать наличие стула и мочеиспускания у беспомощных больных, 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 больного, 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 ободрить 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 больной 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 «держаться в руках». Это весьма опасная позиция, поскольку в настоящее время есть только один способ, который действительно уменьшает вероятность приступа — это прием лекарств. Приходится убеждать больного, 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 больного 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 больной выполнил поручение, от которого он отказывается. Нет необходимости оберегать пациента от неприятных известий, поскольку больные 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.

Больные 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. Больные, 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 больного 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

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 убежать. 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 urgentные состояния в психиатрии.
- Продemonстрируйте на фантоме алгоритм кормления пациента при отказе от еды.

Эталон ответа

1. 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.

Параноидная форма шизофрении проявляется преимущественно бредом воздействия, преследования или отравления. Самым частым вариантом *параноидного синдрома* является синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо):

-психический автоматизм: пациент считает, что его психические акты (мысли, ощущения, действия, эмоции) не принадлежат ему, не подвластны его воле, совершаются сами по себе (автоматически) или под действием других лиц (ощущение, что мысли вкладывают ему в голову читают, передают на расстоянии; радость и печаль «наведены» с помощью гипноза и аппаратов; чувство, что его руками, ногами и языком управляют другие люди или существа);

-псевдогаллюцинации: вербальные галлюцинации (голоса в голове); обонятельные и вкусовые псевдогаллюцинации;

-бред воздействия: пациенты 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.

2. У пациента нарушены потребности: быть здоровым, общаться, избегать опасности, быть чистым.

Настоящие проблемы: слуховые галлюцинации, психический автоматизм, психомоторное возбуждение.

Приоритетная проблема: галлюцинаторно-бредовое возбуждение.

Потенциальная проблема: затяжное течение психоза.

3. *Краткосрочная цель:* уменьшить состояние возбуждения к концу дня.

Долгосрочная цель: к моменту выписки пациент будет знать необходимость постоянного поддерживающего лечения.

№ п/п	Мероприятия	Мотивация
1	<i>Независимые</i> Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение.	Для лечения и безопасности пациента и окружающих.
2	Проветривание палаты, влажные уборки, тишина.	Для создания психического и физического комфорта.
3	Беседы с пациентом на отвлеченные темы ненавязчиво, стараясь расположить к себе, не вступать в спор, уметь искренне сопереживать.	Для снятия эмоционального напряжения.
4.	Не допускать пребывания пациента в постели с покрытой одеялом головой	
5.	Проверять индивидуальные вещи пациента, постель, тумбочку (во избежание хранения острых предметов).	
6.	Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере.	Для профилактики обострения.
7.	В период стихания психоза привлечь пациента без насилия к трудовой занятости.	Для повышения активности
	<i>Взаимозависимые</i> Подготовка к обследованию.	Для улучшения диагностики и исключения соматической патологии.
	<i>Зависимые</i> Выполнение назначений врача контролировать прием лекарств, проверять полость рта и карманы; контролировать прием пищи	Для оказания квалифицированной помощи.

Оценка результата: к концу дня пациент стал несколько спокойнее.

4. 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 (1 час), 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.
- Антikonвульсанты: 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; хлорпротексен – 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, сонапакс, 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.

5. Ургентные состояния в психиатрии.

1. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами

Основные причины:

- Дисморфомания и дисморфофобия (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 диссимилируют 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 диссимилируют 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 больными слабительных и мочегонных с целью похудения)

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. Попытайтесь 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) присоединяется 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, нарушением сознания. Может возникать при приеме различных антипсихотических препаратов (иногда после их резкой отмены), но чаще всего его вызывают наиболее сильные типичные нейролептики (галоперидол, трифлуоперазин, 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 (амении, 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 назначения 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 (новокаиномид 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 тропafenа).

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 санитаров 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 корректируется, 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.

Эталон ответа

1. Шизофрения, кататоническая форма (преобладают двигательные расстройства в виде ступора или возбуждения). Симптомы **кататонического синдрома**:

- кататонический ступор (полная или частичная обездвиженность в неестественной позе: «эмбриональная поза», «симптом воздушной подушки», «симптом капюшона»);
- негативизм (пассивный - не выполняет инструкций врачей и персонала; активный - оказывает явное сопротивление при изменении его неестественной позы, которая способствует образованию пролежней и контрактур; закрывает рот при попытке его накормить); мутизм-полное молчание;
- общее повышение тонуса мышц (мышечная ригидность) и каталепсия (восковая гибкость);

- **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).

В психиатрии симптомы делятся на **продуктивные и негативные** (это важно для понимания прогноза заболевания). К продуктивной симптоматике (позитивная симптоматика, плюс-симптом) относят появление у пациента на фоне заболевания новых функций, психических симптомов, которые принесла болезнь и которых до нее не было (бред, галлюцинации, эпилептиформные припадки, кататония, психомоторное возбуждение). Продуктивные симптомы хорошо поддаются лечению.

Негативная симптоматика (минус-симптом, дефект) проявляется утратой в связи с болезнью ранее имевшихся функций, ущербом психики, нанесенным болезнью (амнезия, слабоумие, апатия). Негативные симптомы отличаются стойкостью, эффективных методов лечения негативной симптоматики не существует.

2. 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, стоном, 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 раздражителю. 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 картинками 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 (суеусливое) 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).

3. Применение мер физического стеснения в психиатрической практике.

На основании ст. 30 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1992г. 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 запирается 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 кровати раме, оставляя небольшую слабинку, 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:

Садины, 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 дементных пациентов может ухудшить их психическое состояние.

Алгоритм фиксации пациента

- подходить к больному со спины (2-3 человека);
- накинуть на голову одеяло;
- уложить в кровать на спину;
- руки и ноги выпрямить;
- зафиксировать 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.

4.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

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.

Эталон ответа

1. Шизофрения, гебефреническая форма. Симптомы гебефренического синдрома:

- детскость, дурашливость, кривлянье, гримасничанье;
- гебефреническое возбуждение;
- непродуктивная эйфория, бессодержательно-веселое настроение (их веселость раздражает, не вызывает сочувствия).

2. 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.

3.У пациента нарушены потребности: быть здоровым, общаться, учиться работать, избегать опасности, быть чистым.

Настоящие проблемы: негативизм, непродуктивная эйфория, гебефреническое возбуждение, безразлично-благодарное настроение.

Приоритетная проблема: гебефреническое возбуждение.

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.

Потенциальная проблема: затяжное течение психоза.

3. **Краткосрочная цель:** уменьшить состояние возбуждения к концу дня.

Долгосрочная цель: к моменту выписки пациент будет знать необходимость постоянного поддерживающего лечения.

№ п/п	Мероприятия	Мотивация
1	<i>Независимые</i> Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение.	Для лечения и безопасности пациента и окружающих.
2	Проветривание палаты, влажные уборки, тишина.	Для создания психического и физического комфорта.
3	Беседы с пациентом на отвлеченные темы ненавязчиво, стараясь расположить к себе, не вступать в спор, уметь искренне сопереживать.	Для снятия эмоционального напряжения.
4.	Не допускать пребывания пациента в постели с покрытой одеялом головой	
5.	Проверять индивидуальные вещи пациента, постель, тумбочку (во избежание хранения острых предметов).	
6.	Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере.	Для профилактики обострения.
7.	В период стихания психоза привлечь пациента без насилия к трудовой занятости.	Для повышения активности
	<i>Взаимозависимые</i> Подготовка к обследованию.	Для улучшения диагностики и исключения соматической патологии.
	<i>Зависимые</i> Выполнение назначений врача контролировать прием лекарств, проверять полость рта и карманы; контролировать прием пищи	Для оказания квалифицированной помощи.

Оценка результата: к концу дня пациент стал несколько спокойнее

4. 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 Рс 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.

Применение мер физического стеснения в психиатрической практике.

На основании ст. 30 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1992г. 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 кровати раме, оставляя небольшую слабинку, 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 дементных пациентов может ухудшить их психическое состояние.

Алгоритм фиксации пациента

- подходить к больному со спины (2-3 человека);
- накинуть на голову одеяло;
- уложить в кровать на спину;
- руки и ноги выпрямить;
- зафиксировать 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

Ургентные состояния в психиатрии

1. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами

Основные причины:

- Дисморфомания и дисморфофобия (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 диссимилируют 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 диссимилируют 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 больными слабительных и мочегонных с целью похудения)

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) присоединяется 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, нарушением сознания. Может возникать при приеме различных антипсихотических препаратов (иногда после их резкой отмены), но чаще всего его вызывают наиболее сильные типичные нейролептики (галоперидол, трифлуоперазин, 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 (амении, 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 назначения 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, дроперидалом опасно 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 (новокаиномид 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 тропифена).