



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

д. мед. н., професор Васильєва Ганна Юріївна

ШИЗОФРЕНІЯ

— ендогенне прогредієнтне поліморфне психічне захворювання, характеризується дисоціацією психічних процесів, довготривалим безперервним або нападopodobним перебігом і різною вираженістю продуктивних (позитивних) і негативних розладів, що приводить до психічного дефекту у вигляді зміни особистості, емоційно-вольовому збідненню, зниженню енергетичного потенціалу.

σχίζω

— розколюю

φρήν

— розум

ІСТОРІЯ ШИЗОФРЕНІЇ

чотири «А» E. Bieuler

АУТИЗМ

АМБІВАЛЕНТНІСТЬ

АПАТІЯ

АБУЛІЯ

ІСТОРІЯ ШИЗОФРЕНІЇ

Еміль Крепелін:

- "Раннее слабоумие"
(Dementia praecox, 1896)
- Початок в пубертатному віці
- Прогредієнтний перебіг



ІСТОРІЯ ШИЗОФРЕНІЇ

Еуген Блейлер

- ◎ «шизофренія» (1911)
- ◎ «основні симптоми»

Чотири «А»:

- ◎ Аутизм
- ◎ розлади Асоціативного синтеза
- ◎ Емоційно-вольові розлади (Апатія і Амбівалентність)



ЕПІДЕМОЛОГІЯ ШИЗОФРЕНІЇ

- Розповсюдженість шизофренії в світі оцінюється в межах 0.8 - 1%
- Захворюваність складає 15 на 100 000 населення
- Найбільша захворюваність в віці 20-29 років
- Чоловіки : Жінки = 1 : 1

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ШИЗОФРЕНІЇ

- Найбільш інвалідизуюче із всіх психічних захворювань
- Зниження якості життя самих хворих та їх близьких
- Соціальний «дрейф» – зниження соціального рівня життя хворих
- Рідше вступають в шлюб і мають дітей
- Зменшення тривалості життя в середньому на 10 років
- 30% хворих здійснюють суїцидні спроби, 10% здійснюють завершений суїцид
- 75% палять, 40% алкоголізуються, до 30% вживають ПАВ
- 40% всіх госпіталізацій
- Високі затрати на лікування (США – 50 млн.)

ЕТІОЛОГІЯ ШИЗОФРЕНІЇ

ГІПОТЕЗИ

Генетична

Несприятливий
вплив середовища

Психодинамічна

«Стрес-діатез»

Аутоімунна

Інфекційна

Нейромедіаторна



КЛІНІКА ШИЗОФРЕНІЇ

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

НЕГАТИВНІ СИМПТОМИ

(дефіцитарні)

– визначають нозологічну
діагностику шизофренії

Порушення волі та потягів

Емоційні розлади

Формальні
порушення мислення

ПОЗИТИВНІ СИМПТОМИ

(продуктивні)

– визначають форму
захворювання

Маячні ідеї

Галюцинації

Психічні автоматизми

Маніоформні,
депресивні прояви

Рухово-вольові порушення

«СХІЗИС»

– «розщеплення», порушення цілісності функціонування окремих сфер психічної діяльності і всієї психіки хворого як цілого

❖ Розумові процеси – розірвані, не маючи зв'язку між собою асоціації

❖ Емоційні процеси – емоційна суперечливість, неадекватність, амбівалентність

❖ Аутизм – розрив між внутрішнім світом хворого і зовнішнім

❖ Втрата кордону свого «Я»: відчуття, що власні психічні процеси нав'язані, «зроблені» кимось ззовні (психічні автоматизми при синдромі Кандинського-Клерамбо)

❖ Вольові процеси - втрата єдиного вольового стрижня особистості, направляючого діяльність людини, визначаючого його поведінку.

Класифікація

Клінічні форми

- F20.0 Параноїдна шизофренія
- F20.1 Гебесфренічна шизофренія
- F20.3 Нсдиференційована шизофренія
- F20.4 Постшизофренічна депресія
- F20.5/ Залишкова шизофренія
- F20.6/ Простий тип шизофренії
- F20.8/ Інший тип шизофренії
- F20.9/ Шизофренія неуточнена

Типи перебігу

- F20.x0 безперервний;
- F20.x1 епізодичний з наростаючим дефектом;
- F20.x2 епізодичний з стабільним дефектом;
- F20.x3 епізодичний ремітуючий (рекурентний);
- F20.x7 інший;
- F20.x9 період нагляду менше року.

ТИПИ ПЕРЕБІГУ

БЕЗПЕРЕРВНИЙ

ЕПІЗОДИЧНИЙ



Проста форма шизофренії

- Позитивні симптоми відсутні
- негативні симптоми швидко наростають, досягаючи ступеня шизофренічного дефекту
- Перебіг преривно-прогресивне



Проста форма шизофренії
(анорексія через апато-абулічний дефект)

Гебефренічна шизофренія

- Починається в підлітковому віці
- Домінує гебефренний синдром (емоційно-вольові і грубі поведінкові розлади: дурашливість, розгальмованість потягів, стрибають, кривляються, танцюють, недоречно жартують, нецензурно сваряться, можуть проявити немотивовану агресію).
- Кататонічні включення
- Іноді - спізодичні галюцинації і окремі маячні переживання
- Перебіг злоякісний, безперервний
- зупинка психічного розвитку на віці маніфестування захворювання



Гебефренічна шизофренія (гебефренічне збудження)

Параноїдна шизофренія

- Домінує галюцинаторно-параноїдний синдром.
- Можлива трансформація синдрому: паранояльний —> параноїдний -> парафренний
- Перебіг безперервний або нападopodobний
- безперервно-прогресивний і нападopodobно-прогресивний



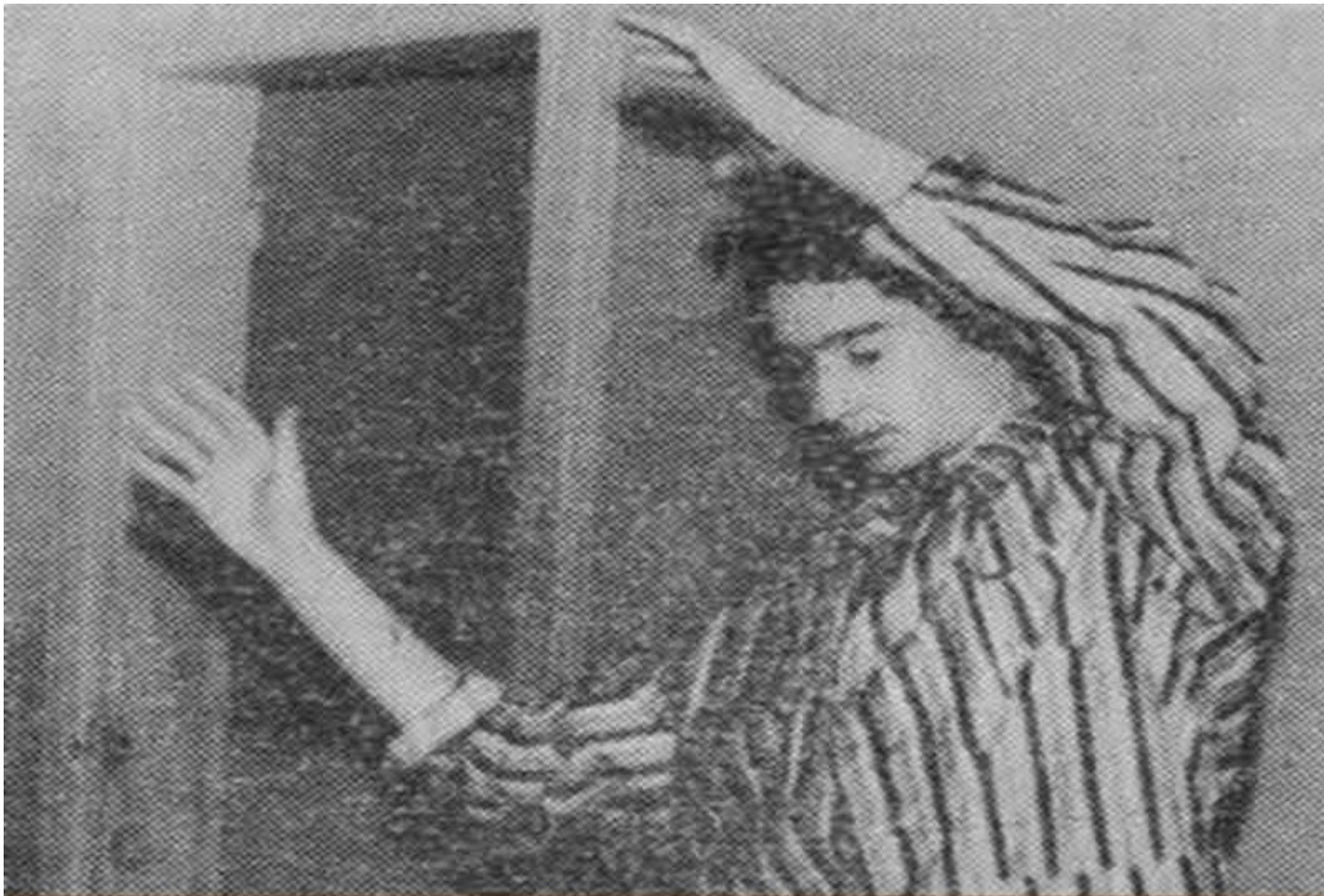
Параноїдна шизофренія
(вичурна поза, галюцинаторно-параноїдний синдром)



Параноїдна шизофренія
(парафренний синдром)

Кататонічна шизофренія

- Починається з епізоду психомоторного збудження.
- Ведучий синдром – *кататонічний*
- *Варіанти:*
 - люцидна (світла) кататонія (без порушення свідомості, має злоякісний перебіг)
 - онейроїдна кататонія (з поліморфною продуктивною симптоматикою, відносно доброякісним перебігом)
 - Іноді – онейроїдне, параноїдне включення
 - Перебіг – нападоподібний
 - Дефект: мінливість афективних проявів з раптовими переходами від афективної тупості до немотивованої вибуховості



Кататонічна шизофренія (воскова гнучкість)



Кататонічна шизофренія (воскова гнучкість, симптом хоботка)



Кататонічна шизофренія (воскова гнучкість)

*НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА
ПРИ ЗАГОСТРЕННЯХ
ШИЗОФРЕНІЇ*

До гострих станів при шизофренії належать:

1. **Кататонічне збудження** – нецілеспрямована, хаотична, безглузда поведінка, раптові імпульсивні вчинки, нерідко агресивні дії.

Характерні пустування, гримасування, манірність, безглуздість поведінки. У таких хворих зазвичай відзначаються страхітливі психотичні стани, що супроводжуються вегетативними ознаками: розширенням зіниць, тахікардією, пітливістю. Дії пацієнтів бувають імпульсивними, можливі раптові прояви агресії і насильства.

1. **Галюцинаторно-маячне збудження** найчастіше пов'язане з маячінням переслідування і слуховими галюцинаціями.

Хворі відчувають страх, тривогу, розгубленість, іноді виконують галюцинаторні накази і потенційно здатні до насильства.

Нерідко вони злісні, напружені і не йдуть на контакт, часто розмовляють із «галюцинаторними голосами», відповідають на їх питання або до чогось прислухаються. При різкому збудженні хворі під впливом марення і галюцинацій нападають на уявних переслідувачів або втікають, рятуючись від них.

При обох шизофренічних синдромах слід уникати форм поведінки й інтонацій, які можуть налякати пацієнта.

Невідкладна допомога включає призначення всередину або внутрішньом'язово однієї з похідних фенотіазину: аміназину, етаперазину, трифтазину

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ АЛКОГОЛЬНИХ ПСИХОЗАХ

Виділяють наступні форми алкогольних психозів:

1. Алкогольний делірій.
2. Алкогольний галюциноз.
3. Алкогольні маревні психози.
4. Патологічне сп'яніння.

АЛКОГОЛЬНИЙ ДЕЛІРІЙ

- гострий алкогольний психоз у вигляді галюцинаторного потьмарення свідомості з перевагою справжніх зорових галюцинацій, ілюзій і парейдолій, образного марення, мінливого афекту, супроводжуваного страхом, руховими порушеннями і схоронністю самосвідомості (аутопсихічне орієнтування).

Алкогольний делірій виникає через 72–96 год після прийому алкоголю.

Спочатку характерний похмільний стан, потім нарастають страх, несвідома тривога, передчуття біди, що насувається.

Іноді перед засипанням виникають галюцинації, сон стає тривожним, зі страхітливими сновидіннями.

На 3–4-у ніч з'являються агрипнія і яскраві зорові галюцинації, хворому бачиться безліч рухливих комах, дрібних тварин, змій, іноді бісів із страхітливими фантастичними образами на цьому фоні.

Спостерігаються також слухові галюцинації: пацієнтові здається, що його дратують, лають та ін.

Можуть бути тактильні галюцинації – відчуття повзання комах по шкірі. Хворі дуже збуджені, відповідають «голосам», відбиваються від «чудовиськ», ловлять «комах».

Сильне психомоторне збудження несподівано може змінитися тимчасовим заспокоєнням, афект страху чергується з добросердям, гнівливо-агресивний стан – із безглуздими веселощами.

Уранці стан хворого покращується, він розповідає про пережите вночі, розуміє, що хворий, проте до вечора знову нарастають страх, тривога і розгубленість.

Алкогольний делірій зазвичай триває 3–5 днів.

До характерних симптомів відносять наступні:

- порушення сну, млявість (аж до агрипнії);
- вегетативні розлади;
- надмірну пітливість;
- гіперемію обличчя і кон'юнктиви;
- почастішання пульсу до 150 уд/хв.

Важливими диференційно-діагностичними ознаками алкогольного делірію є:

- тремтіння усього тіла;
- міоклонії;
- хореоформні гіперкінези;
- атаксія.

Невідкладна допомога

Передусім слід обстежити хворого, щоб виключити у нього наявність інфекцій і переломів.

Потрібна також корекція порушення електролітного балансу, особливо *магнію* і *калію*.

Внутрішньом'язове введення *діазепаму* сприяє купіруванню алкогольного делірію і знижує вірогідність розвитку епілептоїдного припадку.

Традиційний метод купірування психомоторного збудження і усунення безсоння – призначення *барбамілу* і 40 % *спирту*.

Сильні нейролептики типу аміназину і тизерцину слід застосовувати з обережністю, враховуючи їх гіпотензивну дію і ризик розвитку колапсу. Безпечніше і ефективне внутрішньовенне або внутрішньом'язове введення *феназепаму*.

Одночасно з психотропними засобами вводять *розчин корглікону* або *розчин дигоксину* і *розчин глюкози* внутрішньовенно, а також *розчин камфори* підшкірно.

Доцільне призначення *преднізолону* всередину і великих доз вітамінів групи В.

При вираженому делірії через небезпеку розвитку колапсу *нікотинову кислоту* слід застосовувати обережно, доцільніше ввести *розчин нікотинамід*у.

Одночасно внутрішньовенно вводять 40% розчин глюкози і 10% розчин натрію тіосульфату.

При наростанні церебральної гіпертензії повторно призначають внутрішньовенно 10% розчин натрію хлориду.

Для усунення набряку головного мозку у важких випадках застосовують сечовину або манітол.

АЛКОГОЛЬНИЙ ГАЛЮЦИНОЗ

– психоз, який характеризується наявністю *слухових галюцинацій*.

Клінічно проявляється у *гострій і хронічній формах*.

Гострий галюциноз виникає в період абстиненції або під час запою. Клінічна картина визначається слуховими галюцинаціями, що мають характер монологу, діалогу або полівербального слухового галюцинозу з тематикою звинувачення хворого в пияцтві, спогадами про його минулі вчинки, загрозою жорстокої розправи, яку він заслужив. Інколи частина голосів захищають хворого.

Внаслідок галюцинацій домінує афект напруженої тривоги, страху, відчаю, які посилюються ввечері і вночі.

Свідомість збережена.

Алкогольний галюциноз триває 2–4 тиж, інколи абортивно – 1–3 доби. Критичне ставлення до свого хворобливого стану під час гострого психозу відсутнє.

Хронічний алкогольний галюциноз триває місяцями і роками, поступово з'являється критичне ставлення до галюцинацій. Хворий звикається з ними і намагається не звертати уваги.

При гострому алкогольному галюцинозі хворий, боячись розправи або виконуючи волю наказових галюцинацій, може здійснити небезпечні дії (частіше самогубство). Такі самі вчинки інколи скоюють хворі на хронічний галюциноз при його загостренні.

Невідкладна допомога полягає у внутрішньом'язовому введенні розчину аміназину або розчину галоперидолу з розчином седуксену (реланіуму, сибазону). Хворий із гострим психозом підлягає негайній госпіталізації в психіатричну лікарню.

Алкогольний параноїд – психоз алкогольної етіології, який проявляється маяченням переслідування або ревнощів. Хворий упевнений, що йому загрожує фізична розправа або отруєння. Він упізнає переслідувачів у багатьох людях, які його оточують, у їх міміці, словах і діях убачає загрозу для свого життя. Вчинки таких хворих стають імпульсивними: вони раптово починають тікати, на ходу вистрибують з транспорту, звертаються до міліції з вимогою захистити їх від злочинців.

При *маяченні отруєння* відмовляються споживати їжу або готують її самі в окремому посуді. Інколи маячення переслідування супроводжується незначними вербальними ілюзіями та галюцинаціями. Здебільшого гострий алкогольний параноїд минає за декілька днів або тижнів, інколи затягується на кілька місяців (*хронічний алкогольний параноїд*).

Алкогольне маячення ревнощів найчастіше виникає в осіб віком понад 40 років на тлі спричиненої алкоголізмом значної зміни особистості та імпотенції. Спочатку ревнощі проявляються лише в стані сп'яніння. З часом підозри в подружній невірності поступово переростають у маячення. «Обманутий чоловік» звертається за допомогою до органів влади, починає стежити за дружиною і може застосувати до неї жорстоке насилля, особливо коли до маячення ревнощів приєднується ідея отруєння.

При алкогольному маяченні переслідування і ревнощів хворий може скоїти фізичну розправу над особою, яка, на його переконання, є ворогом хворого або коханцем дружини. Інколи хворі на гострий алкогольний параноїд учиняють самогубство, щоб не загинути жахливою смертю від рук переслідувачів.

Невідкладна допомога. Хворого з маяченням переслідування або ревнощів необхідно за невідкладними показаннями госпіталізувати в психіатричний стаціонар, де проводять лікування з приводу алкоголізму та психозу.

ПАТОЛОГІЧНЕ СП'ЯНІННЯ

– гострий алкогольний психоз, який може розвинутись як у хворих на алкоголізм, так і у здорових людей.

Після вживання алкоголю, інколи навіть незначної дози, об'єм свідомості раптово звужується.

З'являються тривога, страх, гнів, маячні ідеї з галюцинаціями, розвивається психомоторне збудження.

У вчинках хворого найчастіше виявляється захисна тенденція з агресивними діями відносно оточуючих його людей або у формі панічної втечі.

Інший тип поведінки проявляється епілептиформним збудженням із немотивованими руйнівними діями.

Ознаки алкогольного сп'яніння (ейфорія, тахікардія, гіперемія обличчя, дизартрія та ін.) під час психозу зникають.

Патологічне сп'яніння короткотривале, найчастіше воно закінчується глибоким сном і повною амнезією цього стану.

Діагноз установлює судовий психіатр на підставі показань свідків.

Надати медичну допомогу під час алкогольного психозу практично неможливо, оскільки він триває лише 15–40 хв (рідко декілька годин) і минає самостійно.

Осіб, які скоїли злочин у стані патологічного сп'яніння, суд визнає неосудними.

**Щиро дякую за Ваш
час
та увагу!**



**Бережіть себе
та своїх
близьких та
будьте
здорові!**