

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри, д.мед.н., професор В.В.Чугунов

“ _____ ” _____ 2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичного заняття по темі «Велика курація. Методи обстеження
та дослідження» для студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Лікувальна справа» та «Педіатрія»)

ОСОБЛИВОСТІ КУРАЦІЇ ХВОРИХ У ПСИХІАТРИЧНІЙ КЛІНІЦІ

Сучасна медицина потребує від лікаря будь-якого фаху застосування у своїй практиці лікувально-діагностичних знань й умінь як щодо основних психічних захворювань, так і межових нервово-психічних розладів. Це зумовлює необхідність оволодіння комплексними методами дослідження психічно хворих як у клінічних, так і в амбулаторних умовах з наступним проведенням кваліфікованого аналізу й диференційованим використанням сучасних методів терапії та реабілітації психічно хворих.

У психіатричній діагностичній практиці провідну роль відіграють клінічні й параклінічні методи обстеження хворих.

До клінічних методів належать такі:

- 1) спостереження за поведінкою хворого;
- 2) опитування хворого (бесіда);
- 3) аналіз даних анамнезу, що складаються із суб'єктивних (отриманих безпосередньо від хворого) й об'єктивних (зі слів рідних чи осіб, які добре знають хворого);
- 4) клінічне обстеження соматичного і неврологічного стану хворого й стану всіх сфер його психіки.

Бесіду з хворим потрібно вести спокійно, ввічливо, запитання ставити чітко, у зрозумілій формі, звертаючись до хворого на ім'я та по батькові. Чемний тон розмови сукупно з повільними, обережними рухами створює атмосферу доброзичливості, і хворий дещо заспокоюється, що дає лікареві змогу вести розмову в потрібному напрямку. Слід зважати на можливу сповільненість мислення пацієнта внаслідок дії заспокійливих лікарських засобів, тому після запитання лікар має витримати паузу і розмовляти спокійно, у повільному темпі.

Не слід обривати хворого на півслові, якщо він надто детально описує факти чи переходить до іншої теми. Потрібно віднайти паузу в мові хворого, співчутливо підвести підсумок його висловлюванням (наприклад: "Так, наскільки ми зрозуміли, вам було

дуже зле в той час"; чи: "Дякую, стосовно захворювання ваших нирок ми вже трішки визначилися"), і далі ввічливо спрямовувати бесіду в необхідне русло. Дуже важливо досягти довіри хворого, і тільки продумана, цілеспрямована й водночас доброзичлива розмова може гарантувати необхідну відвертість. У разі балакучості, постійного відволікання уваги, дратівливості хворого слід спокійно повторювати одні й ті самі запитання, можливо, дещо іншими словами, - м'яко, але наполегливо. Якщо хворий відмовляється відповідати на запитання, зміна напрямку розмови допоможе зняти зайве напруження, відволікти хворого, аби пізніше повернути бесіду до бажаної теми.

Якщо хворого з навчальною метою обстежує студент, він має розуміти, що несе певну частку юридичної відповідальності за свої дії, тому він не повинен надавати пацієнтові заздалегідь хибних обіцянок, інформації щодо результатів обстеження, втручатися порадами в лікувальну програму. Одночасно він не є і пересічним співрозмовником, тому теми, що не стосуються конкретної мети курації, також небажані. Закінчивши обстеження, доцільно подякувати хворому за спілкування, ввічливо попрощатися з ним і побажати йому найшвидшого одужання.

ЕТАПНІСТЬ ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ

Діагностика є однією з форм пізнавальної діяльності людини, до якої можна застосувати всі загальні закони пізнання. Уміле діагностування - це одна з найважливіших умов ефективності лікування хворого. Етапність діагностичного пошуку передбачає дотримання послідовної схеми виявлення специфічних закономірностей складного патологічного процесу, що дає змогу встановити остаточний діагноз. Основні елементи, на яких ґрунтується процес діагностування, - це симптоми, синдроми і нозологічні форми.

Симптом є окремим проявом хвороби, одиничним наслідком перебігу патогенетичного процесу. Усіх складових ланок останнього ми не спостерігаємо, маючи справу лише з його проявами, тобто симптомами.

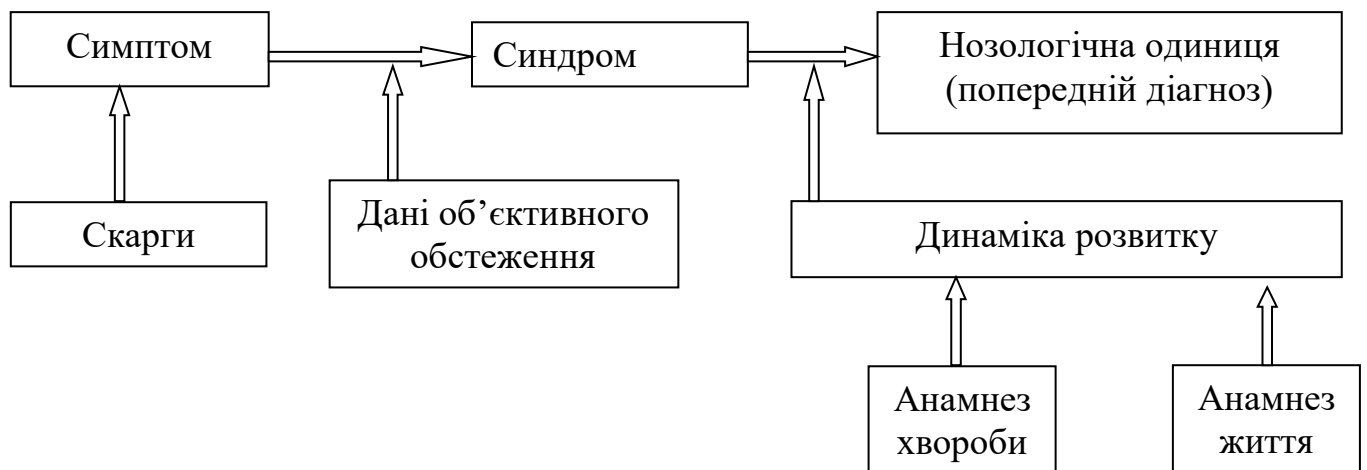
Синдром - це певна сукупність взаємопов'язаних окремих симптомів, які об'єднані спільним патогенезом.

Нозологічна форма (власне хвороба) становить групу патогенетично пов'язаних синдромів, що мають особливу, індивідуальну динаміку розвитку.

Образно кажучи, симптоми є окремими цеглинками, з яких будуються стіни (синдроми), а останні складають будівлю (нозологічна форма, хвороба), де в якості будівельного розчину виступає індивідуальність перебігу (динаміка).

Діагностичний пошук має три взаємопов'язані етапи: встановлення попереднього, клінічного і остаточного діагнозу.

Перший етап має відбуватися за схемою, яку наведено на мал. 1.



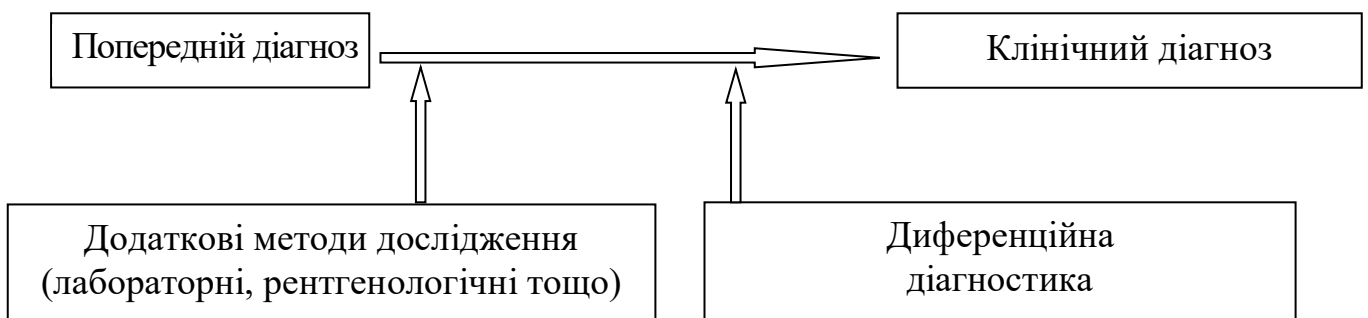
Мал. 1. Схема першого етапу діагностики психічних захворювань

Згідно зі схемою, на підставі зібраних скарг і результатів об'єктивного обстеження виділяють симптоми, з яких шляхом їхнього групування за

патогенезом психопатології утворюються синдроми. Дані анамнезу хвороби і життя дають змогу виявити індивідуальні особливості й динаміку їхнього розвитку, що скеровує діагноста до певного захворювання. Лікар, таким чином, висловлює попередню думку щодо стану здоров'я пацієнта, яку формулюють у загально застосовуваних медичних термінах.

Другим етапом є встановлення клінічного діагнозу, що також має здійснюватися за схемою (мал. 2).

Як демонструє схема, додаткові методи дослідження дають змогу лікареві заглибитися в сутність патологічного процесу, виявити його індивідуальні особливості, змінити або уточнити попередній діагноз.



Мал. 2. Схема другого етапу діагностики психічних захворювань

Диференціальна діагностика є найскладнішим елементом діагностування. Вона ґрунтується на найважливіших операціях мислення - порівняння, узагальнення, класифікування, відображаючи рівень клінічного мислення лікаря.

Третім етапом діагностичного пошуку є встановлення остаточного діагнозу. Він ґрунтується на результатах проведеного лікування і динаміці стану здоров'я

пацієнта впродовж і після нього. Є навіть особлива форма діагностики "діагностика exuvanticus " (через лікування).

Залежно від кінцевих результатів лікування встановлений лікарем попередній діагноз підтверджується чи змінюється або уточнюється даними патоморфологічного дослідження (у разі смерті хворого). Якщо хвороба має хронічний перебіг і про цілковите одужання не йдеться, діагностичний пошук доповнюється спостереженням за хворим у стані ремісії (наприклад визначення типу перебігу шизофренії можливе лише за наявності даних щодо динаміки загострень і ремісій).

СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

Прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, національність, освіта, професія, сімейне положення. Адреса постійного місця проживання. Дата надходження в клініку (самостійно звернувся чи доставлений). Ціль надходження до клініки (лікування, військово-лікарняна експертиза, судово-психіатрична чи трудова експертиза).

Скарги хворого (перелічити без деталізації).

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ (збирається у хворого та його близьких)

1. Професія, вік та характер батьків. Їх шкідливі звички (алкоголізм). Кількість вагітностей, викідней та мертвонароджених у матері.
2. Склад сім'ї (характерологічні риси рідних, братів, сестер и ін.).
3. Побутові та матеріальні умови сім'ї. Взаємовідносини батьків, їх відношення до дітей. Умови виховання дітей, взаємовідносини між дітьми.
4. Психічні, неврологічні, соматичні захворювання у рідних (епілепсія, люес, туберкульоз).
5. Якою дитиною народився хворий за рахунком. Особливості пологів.
6. Ознаки захворювання дошкільного періоду (розмови у вісні, нічні страхи, енурез, випадки та ін.)

7. Коли вступив до школи. Скільки класів закінчив, як вчився. Здатності, схильності, успішність у школі. Захворювання шкільного періоду, вплив перенесених захворювань на характер та успішність.

8. Характер хворого після закінчення навчання у школі. Коли почав трудову діяльність. Коли і де придбав спеціальність, як справлявся з роботою.

9. Характер хворого у дитячому, підлітковому, юнацькому та зрілому віці. Відтінити психогенні і соматичні моменти, які визивали зміни у характері.

10. Статеве і сімейне життя. Склад сім'ї хворого. Кількість вагітностей, пологів, викиднів та мертвонароджених. Венеричні хвороби. У жінок початок менструацій, їх характеристика, клімакс, захворювання полові сфери.

11. Перенесені захворювання в зрілому віці та шкідливі звички (алкоголізм, паління та ін.).

12. Відношення до воїнського обов'язку, служба в армії, участь в війнах. Поранення, контузія (вказати наявність втрати свідомості та на який час); де і скільки часу находився на лікування, був лі після лікування демобілізований чи продовжив служити у армії.

13. Зміна характеру та працездатності після поранення і контузії.

14. Зміна характеру та працездатності при клімаксі та інволюційному періоді.

15. З'ясувати особливості соматичних та нервово - психічних реакцій на різноманітні шкідники. Психічні травми.

16. Прослідити типологічні особливості за наступними параметрами:

а) сила-працездатність, дисциплінованість, витривалість, поведінка в момент небезпеки, як переносив життєві труднощі, доводив лі почате до кінця, самостійність в прийнятті рішень, ініціативність, рішучість, вміння постояти за себе та інших, стійкість настрою, активність, розмах життєвих планів та їх здійснення, тривалість і глибина сну, вираженість інстинктів, глибина переживань та їх виявлення;

б) зрівняність - терпеливість, сповільненість, видержка, коливання настрою, здатність обмежувати свої спонукання та прояви почуттів, постійність прагнень,

відсутність чи наявність розгубленості при небезпеці, що ошадливість чи кваплення при виборі способу дії;

в) рухомість і швидкість прийняття рішень та відказу від них, знайомство з новими людьми, прив'язаність і постійність, вразливість, зміна настрою, швидкість переходу від дії до покою та навпаки, відношення до неможливості досягнути бажаного, швидкість дії та мови, улюблені заняття, живість міміки і пантоміміки;

г) інтереси, здатності: до музики, мистецтва, малювання, літератури, яскравість почуттєвих переживань та емоцій, мрійність, обдуманість своїх вчинків, схильність до аналізу, синтезу, абстракції, обрана професія та відношення до неї.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

1. Коли вперше з'явилися перші ознаки захворювання. Характеристика симптомів з моменту їх з'явлення (ілюзії, галюцинації, брід, зміни в емоціональній сфері у вигляді підвищеного чи зниженого настрою, приступи збудженого стану).

2. Психопатологічна симптоматика при подальшому розвитку захворювання. Поява неправильної поведінки, зміни характеру хворого.

3. Як протікало захворювання: безперервно, з постійним наростанням хворобливих симптомів чи захворювання протікало приступами, їх тривалість. В міжприступном періоді повне лі було одруження чи тільки затухання хворобливих симптомів. Лікувався лі в якихось психіатричних установах, як довго, яке лікування там приймав.

Примітка: анамнез психічного захворювання в схемі виділений штучно. В історії хвороби слід описати психічне захворювання в тому періоді, коли воно почалося, т.ч. анамнез в деяких випадках повинен представляти собою послідовне описання усього життя хворого.

4. Ким направлений та причина надходження до лікарні (неадекватна поведінка, агресивність, суїцидальні думки, спроби, відкази від їжі та ін.).

5. Поведінка хворого на шляху та під час надходження до стаціонару.

6. Дані о поведінці хворого у відділенні до моменту курації.

СОМАТИЧНИЙ СТАТУС

Будова, харчування, шкіра та слизові оболонки (зовнішні ураження). Лімфатична система. Кістково - м'язова система. Дихальна система: перкуторний звук, хрипи. Кровоносна система: межі відносної серцевої тупості, тони, пульс, кров'яний тиск. Печінка та селезінка, випорожнення, січостатева система.

НЕВРОЛОГІЧНИЙ СТАТУС

Загально-мозкові симптоми (блювота, головна біль, ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга). Описати стан черепно-мозкової іннервації. Рухлива сфера. Паралічі, парези. Активні та пасивні рухи, їх об'єм, сила, тонус м'язів. Координаторні проби. Хода, міміка. Чутлива сфера. Поверхова чутливість та глибоке м'язово-суглобове відчуття. Рефлекторна сфера. Сухожильні рефлекси. Кожні (очеревинні, підошовні) рефлекси. Патологічні рефлекси. Клонуси стоп та колінних чашечок. Захисні рефлекси. Смоктальний рефлекс. Вегетативна нервова система. Пітливість. Дермографізм. Проба Ашнера. Афотичні, агностичні, апрактичні порушення.

ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові та сечі. Аналіз калу на яйці глистів. Реакція Вассермана в крові. Аналіз спино-мозкової рідини: цитоз, білок, серологічні реакції Панди, Ноне-Аппельта, Вассермана. Дані рентгеноскопії, рентгенографії, ЕЕГ.

Висновок: окуліста, ЛОР спеціаліста, гінеколога та ін.

ПСИХІЧНИЙ СТАН

В психічному статусі повинен бути повний опис психологічних симптомів, виявлених при бесіді з хворим та при спостереженні за його поведінкою. Їх треба описати, а не тільки визначити термінами. Записувати

відмічені порушення в психічному статусі можливо в порядку схеми, запропонованої студентам, а опитувати треба так, як це зручно у відношенні даного хворого. При одержанні паспортних даних хворого ми вже одержуємо уявлення про збереження чи порушення цілого ряду функцій психіки: пам'ять, орієнтировка, ступень контакту, доступності хворого.

Загальний вид хворого, його поведінка при зустрічі з куратором, під час бесіди. Описати докладно, як протікала бесіда, охарактеризувати активність, відвертість хворого при обміркуванні різноманітних питань, привести приклади дивних, незвичайних висловлювань, питань, реакції хворого.

Відношення до хвороби, лікування, перебування в стаціонарі. Поведінка хворого у палаті серед хворих, під час трудових процесів, прогулянок, побачень з рідними (спостереження за хворим, дані із історії хвороби).

Стан свідомості: орієнтировка хворого у власній особистості, місті, часі та оточуючої обстановці.

Порушення сприйняття. Ілюзії, галюцинації: зорові, слухові, нюхові, смакові, соматичні, тактильні. Псевдогалюцинації. Створювання обманів сприйняття, їх множинність та постійність. Об'єктивні признаки галюцинацій. Сенестопатії. Явища деперсоналізації та дереалізації.

Порушення перебігу уявлень: уповільнення, прискорювання, патологічне виснаження, персеверація, нав'язливість, розірваність, резонерство, неологізми. Нав'язливі стани (думки, уявлення, страхи, ритуали, потяги). Марення та свержціні ідеї (їх зміст, систематизованість, вплив на поведінку). Описати вказані порушення, виділити синдроми: паранойяльний, параноїдний, парафренний, синдром Кандинського-Клерамбо та його варіанти, obsesivний, obsesivno-fobічний синдроми.

Відтворення події давно минулого, громадської та особистого життя (роки закінчення і початку останньої війни, дати інших громадських подій, дати вступу до школи, одруження та ін.). Відтворення шкільних знань, недавніх подій. Запам'ятання чисел. Прогалини спогад. Період часу, що охоплює цю прогалину та

відтворення останніх подій до цієї прогалини та перших до нього. Обмани пам'яті і їх зміст.

Відповідність інтелекту середовищу та отриманої освіти. Здатність користуватися понятійним мисленням, наприклад, здатність до абстракції та узагальнення (вичленення абстрактного смислу вислову, задачі на узагальнення и т.д.).

Особливості емоціональної сфери. Відповідність емоцій сприйняття, мислення та дії. Настрій (підвищений, знижений). Передача настрою в міміці та пантоміміці. Маніакальний стан. Депресивний стан. Ейфорія. Роздратована слабкість. Зниження емоційної збуджувальності, емоційна тупість. Дисфорія.

Вольові дії. Здатність до виконання прийнятого рішення. Підвищена навіюваність. Послаблення волі. Нерішучість. Абулія та її прояви у вигляді відсутності цілеспрямованої активності. Мутизм. Негативізм. Застигання в позах. Різноманітні форми рухливого збудження. Імпульсивність. Викривлення потягів. Суїцидальні думки, дії. Активна та пасивна увага. Об'єм, перемикаємість, стійкість уваги. Патологічна виснаженість, відволекаємість, прикованість. Поведінка у відділенні. Плани та установки хворого на майбутнє.

Щоденники за 5-7 днів курації.

ОБГРУНТУВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Перерахування психічних і соматичних симптомів. Визначення синдрому.
2. Оцінка передхворобливого стану і перебігу захворювання.
3. Попередній діагноз хвороби на підставі симптомів, характерних для даного захворювання.
4. Диференціальний діагноз хвороби (на підставі зіставлення з хворобами з подібною симптоматикою та урахування атипичних симптомів).
5. Остаточний діагноз.
6. Лікування. Прогноз і працевлаштування. Придатність до воєнної служби.

КАТАМНЕСТИЧНІ ДАНІ

Хто, коли і де створив, зі слів родичів чи при огляді досліджуємого. Дослідження на місці роботи. Жалоби, поведінка, взаємовідносини з оточуючими. Зміни в характері. Відхилення в поведінки, які потребують корекції. Позалікарняне лікування та його результати. Рекомендуємі заходи щодо лікування, диспансерного спостереження, реабілітації, працевлаштування.

НЕВІДКЛАДНІ ПСИХІАТРИЧНІ СТАНИ

Лікареві, викликаному до хворого з психічними порушеннями, слід враховувати, що форми спілкування з такими пацієнтами різко відрізняються від форм спілкування з хворими соматичними захворюваннями. Перш за все, необхідний індивідуальний підхід, заснований на характері психопатологічних симптомів під час огляду. Доцільно отримати попередню інформацію про мотиви виклику швидкої допомоги і стан хворого від родичів або осіб, що спостерігали поведінку пацієнта. Ці відомості, як правило, є достатніми для формування попередньої гіпотези про діагноз і тактику.

При встановленні контакту з пацієнтом, треба дотримуватися співчуваючого для довірителя тону. Ніколи не треба оспорювати ті або інші вислови пацієнта, доводити абсурдність його ідей і уявлень, але, в той же час, не висловлювати згоди з хворим або давати йому привід зробити подібний висновок. Не слід удаватися до обману, приписувати собі не відповідні дійсності роль або функції. Краще всього відразу оповістити хворого, що перед ним лікар, завдання якого обмежуються виключно встановленням стану здоров'я пацієнта і при необхідності наданням медичної допомоги.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

До обстеження хворого з гострим психічним розладом у родичів або осіб, що спостерігали поведінку пацієнта і що чули його вислови, з'ясовується привід виклику лікаря.

При встановленні контакту з пацієнтом і благополучному навколишньому оточенні проводиться об'єктивне обстеження. При цьому лікар повинен дотримувати наступні основні положення:

- бути спокійним, обережним, швидко оцінити обстановку, поводитися при виконанні виклику небоязливо і упевнено;
- уникати в своїх діях всього того, що почне провокувати подальший неспокій і збудження хворого;
- точно документувати всі отримані дані в карті виклику.

На підставі суб'єктивних даних і даних об'єктивного обстеження формулюється попередній діагноз на синдромальному рівні. Наприклад: “Гострий галюцинаторно-параноїдний синдром”.

ПОРЯДОК НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ

Гострі психічні розлади

1. Забезпечення безпечного для пацієнта і що оточують доступу до надання медикаментозної допомоги.
2. Проведення специфічної терапії, направленої на усунення психомоторного збудження.
3. Вирішення питання госпіталізації.

У містах, де є спеціалізовані психіатричні бригади лікар, діагностувавши гострі порушення психіки, зобов'язаний викликати собі в допомогу психіатричну бригаду. У населених пунктах, де відсутня психіатрична служба швидкої

допомоги, госпіталізація психічних хворих здійснюється відповідно до інструкцій місцевих органів охорони здоров'я.

Перед транспортуванням в стаціонар родичі хворого у присутності лікаря проводять огляд одягу, в якому поїде хворий. Одягається хворий, не виходячи з кімнати, в якій знаходиться лікар. По дорозі до машини хворого підтримують рукою в області нижньої третини передпліччя. Супровід хворого родичами бажано у всіх випадках, за винятком тих, коли сам хворий негативно відноситься до їх присутності.

У салоні машини лікар знаходиться поряд з хворим. У вечірній і нічний час в салоні включається освітлення. Хворий повинен лежати на носилках. Бесіда з хворим в дорозі відволікає його від хворобливих переживань.

У приймальному відділенні хворого передають медичному персоналу лікарні. Всі цінності, гроші і документи описуються в акті. У супровідному талоні необхідно обов'язково вказувати всі обставини, зв'язані з викликом лікаря, відомі анамнестичні дані, особливості поведінки хворого на місці виклику і при транспортуванні. Дані напрями часто є для лікаря стаціонару єдиним джерелом інформації про хворого і тому мають бути максимально повними.

Показаннями для госпіталізації є антигромадська поведінка психічно хворих і психотичні стани, що приводять до антигромадських дій і аутоагресії:

- галюцинаторні і маревні синдроми;
- синдроми затьмарення свідомості;
- важкі дистрофічні, депресивні, маніакальні та іпохондричні синдроми;
- важка декомпенсація у хворих з психопатією;
- алкогольні делірії і інші психози, загрозливі здоров'ю і життю хворого.

Хворі з психічними порушеннями на тлі важких соматичних захворювань підлягають госпіталізації в психосоматичні відділення.

ЗБУДЖЕННЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

Збудження є одним з проявів хвороби, в якому виявляються специфічні особливості для кожного захворювання. Яскраво виражене, афективне збудження, властиве гострим розладам, прогностично сприятливіше і краще піддається купіруванню.

Лікар повинен пам'ятати, що стани збудження часто розвиваються на тлі гострої черепно-мозкової травми, гострих порушень мозкового кровообігу, прекоматозних станів, отруєнь, інфаркту міокарду, інфекційних хвороб. Недооцінка соматичного стану може привести до неправильних лікувальних і тактичних дій.

Галюцинаторно-маревне збудження

Галюцинації (розлад сприйняття) мають широкий діапазон. Хворі чують голоси - множинні або одиничні, різні за змістом: загрозливі, такі, що наказують, схвалюють, коментують їх поведінку. Джерело голосів може знаходитися на відстані або в безпосередній близькості, він може бути усередині голови або тіла (псевдогалюцинації). У ряді випадків голоси беззвучні і сприймаються, як чужі думки.

Співвідношення розладів сприйняття і маревних переживань може бути різним. Іноді статус хворого вичерпується тільки розладами сприйняття або, навпаки, маревними ідеями, як правило, всі ці порушення супроводяться або загальним збудженням, або моторною скутістю.

Переконувати хворого в помилковості його переживань не слід. Краще спробувати встановити співчутливо-індиферентний контакт.

Галюцинаторно-маревне збудження спостерігається при шизофренії, органічних захворюваннях головного мозку, інволюційному психозі, алкогольному галюцинозі.

Невідкладна допомога

Найбільш ефективно застосування психотропних препаратів. Базисними засобами є нейролептики переважно седативної дії: розчин аміназину (хлорпромазину) 2,5% - 1-3 мл внутрішньом'язового з додаванням новокаїну або розчин тизерцину (левомепромазину) 2,5% — 1—3 мл під контролем

артеріального тиску, при необхідності попередньо ввести в м'яз 2 мл кордіаміну (нікетаміду).

При сильному збудженні, схильності до агресії, злості препарати можна вводити внутрішньовенно з розбавленням 10 мл 40% розчину глюкози. Ефективне введення розчину галоперидолу 0,5% - 0,5 - 1 мл внутрішньом'язового.

Госпіталізація в психіатричний стаціонар. У випадках, коли до прибуття швидкої допомоги хворий наніс собі істотні пошкодження, необхідна госпіталізація в хірургічний або токсикологічний стаціонар з подальшою організацією індивідуального спостереження.

Депресивне збудження (ажитація)

Найчастіше спостерігається в рамках депресивної фази маніакально-депресивного психозу.

Клінічні прояви

— виражене відчуття туги і відчаю, що супроводиться відчуттям особливого болю, тяжкість в серці (за грудиною);

— хворі кидаються, стогнуть, заламують руки, лягають, знову встають;

— мовна продукція може бути дуже мізерною або рясною; вона орієнтована на себе, на свої переживання; висловлюються ідеї винності, безвихідності, втрати сенсу життя;

— разом з тугою з'являються відчуття тривоги і страху;

— існує небезпека суїцидної спроби.

Менш виразні прояви при явищах глибокого гальмування або навіть ступору, часом з періодами раптово наступаючого збудження. Проте і в ступорі залишається скорботна міміка, вимерлий погляд, зігнута поза.

Невідкладна допомога

Полягає у внутрішньовенному або внутрішньом'язовому введенні 2-4 мл 0,5% розчину седуксену (Діазепаму) і (або) 1-2 мл 0,5% розчину галоперидолу внутрішньом'язового. Необхідна екстрена госпіталізація в психіатричний стаціонар.

Маніакальне збудження

Виникає при ендогенних психозах (маніакально-депресивний психоз, шизофренія), органічних захворюваннях ЦНС, а також деяких інтоксикаціях.

Клінічні прояви

Настрій підвищений, мова прискорена, виражена відволікаємість, увага постійно перемикається з одного предмету на інший; рухове збудження, що доходить до “рухової бурі”. Виявляється підвищене відчуття власної гідності, некритична переоцінка своєї особи. В окремих випадках висловлюються маревні ідеї світового і космічного значення. Періодично може спостерігатися стан гніву, що виникає при протидіях тим або іншим прагненням хворого.

Невідкладна допомога

Внутрішньовенне або внутрішньом'язове введення розчину аміназину (хлорпромазину) 2,5% - 2-4 мл (при внутрішньовенному введенні розбавляти 1-2 мл в 20 мл 40% розв'язку глюкози). Внутрішньом'язове введення розчину галоперидолу 0,5% - 0,5—1 мл або розчин тизерцину (левомепромазину) 2,5% — 2 мл внутрішньом'язового.

Госпіталізація в психіатричний стаціонар.

Дісфорічне збудження

Виникає зазвичай у хворих з органічною патологією головного мозку і у олігофренів.

Клінічні прояви

Розлад настрою з характером гнівливої незадоволеності, головним чином, до оточуючих. Все дратує, викликає гнів, лють. Можуть здійснюватися агресивні дії, іноді дуже жорстокі. Агресія, як правило, спрямована на тих, хто слабкий і незахищений. Такий стан зазвичай продовжується годинами або триває декілька днів.

Невідкладна допомога

У легких випадках внутрішньом'язове введення 2-4 мл 0,5% розчину седуксену (Діазепаму). При схильності до агресії і руйнівних дій: розчин аміназину (хлорпромазину) або левомепромазину (тизерцину) 2,5% — 2-4 мл внутрішньом'язового.

У важких випадках - госпіталізація в психіатричний стаціонар.

Кататонічне збудження

Спостерігається при шизофренії, органічних захворюваннях головного мозку, затяжних симптоматичних психозах.

Клінічні прояви

Імпульсне збудження виникає зазвичай у спокійного, часто навіть ступорозного хворого. Раптово і зовні не мотивований напад на тих, що оточують або проводяться руйнівні дії з подальшим поверненням в початковий стан. "Німе" (безмовне) збудження.

При пролонгованому перебігу збудження здійснюються різноманітні рухи, що мають химерний характер. Хворі згинаються, підстрибують, катаються по підлозі, застигають в безглузких позах. Іноді при цьому щось бурмотять, викрикують слова, обривки фраз. У цьому стані можуть здійснювати невмотивовану агресію або руйнівні дії.

Невідкладна допомога

Розчин аміназину 2,5% - 2-4 мл внутрішньом'язового або 1-2 мл внутрішньовенно з розчином глюкози - 20 мл. У тих же дозах - розчин тизерцинау (левомепромазину).

Добре купіруються збудження при введенні внутрішньовенного розчину галоперидолу 0,5% - 0,5-1 мл з розчином глюкози 40% - 20 мл.

Госпіталізація в психіатричний стаціонар.

Психопатичне збудження

Існує два основні варіанти: істеричний і експлозивний.

Клінічні прояви

Хворі з істерією поведуться демонстративно, театральньо-химерно: заламують руки, падають на підлогу, стогнуть, звертаються до тих, що оточують за допомогою в гротесковій манері або сваряться. Вони можуть здійснювати напад із спробою ударити, подряпати, розкидають предмети, іноді наносять собі поверхневі не небезпечні поранення, рвуть одяг. Такий стан може тривати годинами. Труднощі в діагностиці виникають при імітації епілептичного

припадку. Диференціювати треба на основі відсутності при істеричному припадку правильної послідовності тонічної і клонічної фаз, відсутність апное з ціанозом і реакції зіниць, що зберігається, на світло.

При експлозивному варіанті характерні афектні бурхливі вибухи, що виникають по неіснуючих приводах. Хворі кричать, дряпають себе, рвуть одяг, наносять поверхневі поранення гострими предметами, ламають меблі, б'ють посуд. Можуть бути агресивними по відношенню до тих, що оточують. На висоті збудження можливе звуження свідомості, іноді до істеричних сумеркових станів з напливом яскравих галюцинацій, що заміщають реальну обстановку.

Невідкладна допомога

Розчин Діазепаму 0,5% розчин — 2—4 мл внутрішньом'язовий або внутрішньовенно. Якщо не вдалося купірувати збудження введенням реланіуму (дізепаму), то вводиться внутрішньом'язовий розчин аміназину (хлорпромазину) 2,5% — 2—4 мл. Видалення осіб, що оточують хворого.

Госпіталізація в психіатричний стаціонар тільки в особливо важких випадках.

Тривожно-іпохондричне збудження (із страхом смерті)

Клінічні прояви

Зазвичай домінує побоювання або навіть страх померти від “розриву” або “зупинки” серця. Хворі кидаються, безперервно перевіряють пульс, прислухаються до себе або застигають в якій-небудь позі. Благають врятувати їх, вимагають негайної госпіталізації. На обличчі вираз страху, дихання і пульс прискорені, ніяких об'єктивних ознак порушення роботи внутрішніх органів не визначаються.

Невідкладна допомога

Введення розчину Діазепаму 0,5% — 2—4 мл внутрішньом'язового або внутрішньовенно. Перорально феназепам 0,5—1 мг . Рекомендувати звернутися в психоневрологічний диспансер. Госпіталізація не показана.

Нічний метушливий неспокій

Спостерігається при вираженому атеросклерозі мозкових судин і атрофічних процесах у головному мозку, головним чином при психічних розладах в старості.

Клінічні прояви

При напливі тривожних думок і побоювань хворі не сплять по ночах, бродять по квартирі, риються в своїх речах, зв'язують їх, намагаються розпалити вогонь, відкривають крани і так далі. Хворі не утримуються в квартирі, кудись збираються, прагнуть вийти на вулицю роздягненими.

Невідкладна допомога

Внутрішньом'язове введення Діазепаму 0,5% — 2 - 4 мл. Рекомендувати пероральний прийом транквілізаторів з переважаючим снодійним ефектом: тазепам (оксазепам) 5-10 мг, рогіпнол (флунитрозепам) 1 мг, радедорм (нитразепам) — 5-10 мг.

Невідкладної госпіталізації хворий не потребує.

Збудження при гіпоглікемії

Гіпоглікемічний стан може бути причиною психомоторного збудження. Спостерігається у осіб, страждаючих цукровим діабетом.

Клінічні прояви

Дезорієнтація в тому, що оточує, іноді галюцинації з поступовим переходом в коматозний стан. Раптовість виникнення, нерідко відсутність анамнестичних даних затрудняє діагностику.

Невідкладна допомога:

- розчин глюкози 40% - 20 - 60 мл внутрішньовенно;
- госпіталізація після виведення із стану гіпоглікемії не показана.

Синдроми затьмарення свідомості

Затьмарення свідомості виникає на тлі важкої інфекції, інтоксикації, органічних уражень головного мозку (травми черепа, пухлини мозку).

Факт затьмарення свідомості встановлюється на підставі цих чотирьох ознак:

— дезорієнтація в місці, часу і що оточує;

— відчуженість від навколишнього світу, що виявляється в неповному його обхваті, в нечіткому сприйнятті реального миру, у фрагментарності, або в повній неможливості його сприйняття;

— незв'язність мислення, слабкість думок;

— амнезія на період затьмарення свідомості.

Аментивний синдром

Характеризується розгубленістю і сплутаністю свідомості, розладами синтезу і психічної діяльності.

Клінічні прояви:

— рухове збудження в ліжку;

— безглузді рухи руками, ногами, головою, які уриваються епізодами загальмованості до субступорозного (рідше ступорозного) рівня;

— настрої нестійкий, з переважанням негативних ефектів тривоги і страху;

— грубо порушено орієнтування;

— хворі переживають окремі слухові галюцинації, ілюзії, помилкові пізнання і уривчаті образні маревні ідеї відношення, особливого значення і переслідування.

Для хворих в стані аменції найбільш характерні доступність зовнішнім враженням, можливість сприйняття окремих предметів, частковостей даної ситуації і в той же час нездатність зв'язати їх воєдино в свідомості, дати цілісну оцінку того, що оточує. Нездібні осмислити події, що відбуваються, хворі переживають болісне почуття власної психічної безпорадності, неможливості знатися на тому, що оточує.

Вираз обличчя у хворих тривожно-здивований, вигляд розгублений, мова незв'язна, така, що містить епізоди минулого і сьогодення без видимого логічного зв'язку.

Дезорієнтація хворих в тому, що оточує своєрідна. Найчастіше хворий, не будучи в силах знатися на тому, що оточує, висловлює ряд поверхневих припущень із цього приводу, звертається за допомогою до тих, що оточують і, не дивлячись на їх роз'яснення, так і не зупиняється ні на одному з них.

Частіше аменція затягується, продовжуючись від декількох тижнів до 2—3 міс (іноді і більше). Вихід поступовий з оголенням астенії. При виході з цього стану — повна амнезія. Найчастіше аментивний синдром спостерігається при інфекційних і соматогенних психозах, але зустрічається також при, органічних і судинних психозах інтоксикацій.

Невідкладна допомога

При збудженні показано введення розчину седуксену, реланіуму, валіуму (Діазепаму) 0,5% — 2-4 мл внутрішньом'язово або внутрішньовенно на 40% розчині глюкози 20 мл.

Госпіталізація в психосоматичне відділення.

Деліріозний синдром

Делірій — синдром помраченої свідомості, що характеризується дезорієнтацією в часі і місці при збереженні орієнтування у власній особі, напливом яскравих (переважно зорових) галюцинацій, що часто супроводжуються відчуттям страху і збудження.

У дебюті синдрому хворі переживають ясні, нерідко барвисті (“кольорові сні”) гіпнотичні галюцинації, грандіозні битви, вибухи атомної бомби, страшні катастрофи, руйнування. При розплющенні очей всі ці бачення зникають, але свідомість хворого захоплюють ясні, незвичайно образні і живі парейдолічні ілюзії: у узорах килима (на підлозі) з'являються і повзуть комахи, які на очах у хворого поступово збільшуються до великих розмірів, але, досягнувши кінця килима, кудись зникають; у гілках дерев хворі бачать змінні обличчя людей, в шумі листя — чують шепітну мову і так далі. Характерні комплексні галюцинації, що складно переплітаються в свідомості хворого з елементами реальної ситуації: з дальнього кута кімнати прямо на хворого повзуть одна за одною дві зелені змії і він вже відчуває їх запах: відкривши ковдру на ліжку, на простирадлі — бачить зграю щурів, що копошиться, навколо кривавого м'яса, відчуває їх запах.

В стані делірію хворий в центрі подій, складових його галюцинаторної дезорієнтації. Хворий завжди тікає, рятується, іноді нападає, захищається від

галюцинаторних образів і від цілком реальних людей, оцінюючи їх дії по маревному і випробовуючи по відношенню до них страх.

Інтенсивність галюцинаторних, маревних і афектних розладів і глибина затьмарення свідомості при делірії коливаються в ступені вираженості. Зазвичай в ранковий і денний час вся ця симптоматика слабшає, навіть редукується до нестійкого прояснення свідомості. Хворі заспокоюються, свідомо сприймають питання, доступні контакту. Проте до вечора симптоматика знову посилюється, досягає максимуму вночі.

Окрім цього типового делірію, виділяються два інших його клінічних варіанту — професійний делірій і важкий його варіант.

При гострому маренні, як важкій формі делірію, свідомість затьмарена найглибше. Рухове збудження обмежується вже межами ліжка і набуває характеру одноманітних, погано координованих примітивних рухів (у вигляді “оббирання“, спроб зняти щось з шкіри, хапальних і інших рухів). Виявляється хореотична мовна сплутаність (так званий “муситируючий делірій”). Соматичний стан стає загрозливим для життя.

Делірій найчастіше зустрічається при інфекційних, токсичних психозах, а також при судинних, травматичних і органічних захворюваннях ЦНС. Частіше він продовжується 3—5 днів, іноді - до 10 діб.

Невідкладна допомога

Розчин сибазону (Діазепаму, реланіуму, седуксену) 0,5% — 2—4 мл внутрішньовенно. Розчин галоперидолу 0,5% 1-2 мл на 10-15 мл 40% розчину глюкози внутрішньовенно або внутрішньом'язового в 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

Госпіталізація в психіатричну лікарню.

При професійному делірії і гострому маренні — госпіталізація на носилках в реанімаційне відділення. В дорозі — оксигенотерапія.

Онейроїд

Онейроїд — грезеподібное, сновидне затьмарення свідомості з порушеннями орієнтування і самосвідомості, з фантастичними переживаннями і

баченнями, що складаються в певний сюжет і створюючий єдине ціле (космічні польоти, пригоди і ін.), активним учасником якого хворий себе відчуває.

Епідеміологія онейроїда

Дійсний онейроїд часто є кульмінацією в розвитку нападу рекурентної шизофренії, рідше зустрічається при інших захворюваннях.

Клінічна картина

На перших етапах розвитку онейроїду відмічаються порушення сну, потім з'являється марення інсценування: хворому здається, що все навколо нього спеціально підстроєно і саме для нього розігруються сцени. В цей час у хворого з'являється подвійне орієнтування: він одночасно знаходиться на реальному і фантастичному світі, частково розуміючи це. Далі починає наростати фантастична маревна симптоматика, і з'являється помилкове усвідомлення винятковості власної особи і місії.

Хворий переживає барвисті фантазії: відвідує інші світи, може бути в раю або пеклі, є визволителем всього людства, управляє рухом планет і ін., але його поведінка не відповідає переживанням: він знаходиться відчуженим від навколишнього оточення в ступорообразному або субступорообразному стані, з розплющеними очима і спрямованим вдалину нерухомим поглядом (очі можуть бути і закриті); безмовний або безглуздо патетично збуджений, міміка застигла, напружена або захоплена. Іноді має місце воскова гнучкість, а деякі хворі можуть і ходити з «зачарованою усмішкою».

Грезеподобний стан може поєднуватися з ознаками делірію, вербального галюцинозу або гострого параноїду. На відміну від делірію, при онейроїді спостерігається не навіюваність, а негативізм.

Головними ознаками онейроїду є відчуженість від зовнішнього світу, фантастичні маревні переживання, подвійне орієнтування, винятковість власної особи і невідповідність переживань і поведінки хворого.

Після виходу з онейроїду виявляються часткові спогади, повніші і послідовні, — про суб'єктивні явища і недостатні, або повністю втрачені — про реальні події. Тривалість — до декількох тижнів.

Невідкладна допомога при онейроїді

Невідкладна допомога аналогічна лікуванню делірію.

Питання госпіталізації в психіатричну лікарню вирішуються в індивідуальному порядку, залежно від тяжкості і характеру основного захворювання.

Патологічне сп'яніння

Спостерігається рідко, головним чином, за наявності додаткових несприятливих чинників, що ослабляють нервову систему (вимушене безсоння, переважно, інтеркурентні соматичні і інфекційні захворювання). Частіше розвивається у осіб, не страждаючих алкоголізмом після вживання невеликої кількості алкоголю.

Клінічні прояви

Розвивається гостро. Характеризується звуженням свідомості. Хворий діє відповідно до своїх хворобливих переживань, не реагує на звернену до нього мову, вимовляє уривисті фрази.

Часом випробовує сильний страх, прагне врятуватися від “переслідувачів” або обороняється від них, здійснюючи при цьому руйнівні і агресивні дії. Такі стани тривають від декількох хвилин до декількох годин і припиняються також раптово, закінчуючись сном.

Ознаки, властиві звичайному сп'янінню, відсутні.

Невідкладна допомога:

— розчин левомепромазину (тизерцину) 2,5% — 2 мл або розчин седуксену (Діазепам) 0,5% — 4 мл;

— госпіталізація в психіатричну лікарню.

Гострий алкогольний галюциноз

Клінічні прояви

Виявляється напливом слухових вербальних галюцинацій. Хворий чує голоси два або безліч людей, які обговорюють його поведінку, дорікають в несприятливих вчинках, змовляються його убити, дають різні поради, насміхаються. Хворий живо реагує на те, що чує, вступає з голосами в

сперечання. Гострий слуховий галюциноз триває від декількох годинників до 2-3 тиж, зазвичай супроводиться тривогою і розгубленістю.

Свідомість не порушена — орієнтування в часі і місці повністю зберігається.

Невідкладна допомога:

— розчин галоперидолу 0,5% — 0,5-1 мл внутрішньом'язового;

— розчин реланіуму (седуксену, Діазепаму) 0,5% 2-4 мл внутрішньом'язового;

— госпіталізація в психіатричну лікарню.

Алкогольний параноїд (марення переслідування)

Розвивається гостро в стані абстиненції (або в кінці запою). Характеризується страхом, відчуттям ворожості що оточує, передчуттям загибелі, руховим збудженням. Хворі всюди бачать своїх “переслідувачів”, чують погрози в свою адресу, бачать в руках “ворогів” конкретні знаряддя вбивства (ножі, пістолети і т. д.). Поведінка визначається маренням. Вдома вони закриваються, шукають порятунку у відході в невідомі місця, ховаються або звертаються за захистом в міліцію.

Невідкладна допомога

Аналогічна такої, що надається при гострих алкогольних галюцинаціях. Госпіталізація в психіатричну лікарню.

Епілептичний статус

Це стан, при якому епілептичні випадки слідуєть один за іншим безпосередньо або через дуже короткі проміжки часу. Між нападами свідомість не повертається, що представляє загрозу для життя хворого.

Клінічні прояви

Хворі знаходяться в коматозному стані з частими і постійними судомами. У анамнезі - епілептичні випадки. Можливий летальний результат унаслідок набряку головного мозку або гострої дихальної недостатності.

Невідкладна допомога

Основними завданнями догоспитального етапу є: попередження травматизації голови і тулуба, відновлення прохідності дихальних шляхів, протисудомна терапія. Для цього хворому необхідно:

— положення, що виключає травматизацію голови і тулубу (покласти на горизонтальну поверхню, повернути голову набік, забезпечити прохідність дихальних шляхів);

— у проміжках між нападами судом слід витягувати знімні зубні протези, якщо такі є. Аспірівать слиз з порожнини рота і глотки;

— у випадках порушення самостійного дихання проводиться інтубація трахеї.

Протисудомна терапія

Седуксен, реланіум (Діазепам) 2 мл 0,5% розчину на 20 мл 40% глюкози внутрішньовенно або внутрішньом'язово, лазикс 20-40 мг на 5-10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду внутрішньовенно або внутрішньом'язово. За відсутності ефекту — внутрішньовенно тіопентал натрію або гексенал (гексобарбитал) з розрахунку 10 мг на 1 кг маси тіла хворого (60—80 мл 1% розчину). Можна використовувати 10—20 мл 20% розчину натрію оксибутирату (натрію оксибату). У резистентних випадках - інгаляційний наркоз закисом азоту і кисню в пропорції 2:1; лазикс (фуросемід) 20—40 мг внутрішньовенно або внутрішньом'язово.

Хворий госпіталізується на носилках в реанімаційне відділення.

Галюцинації

Галюцинації визначаються як помилкові сприйняття, що виникають в свідомості, без реальної наявності об'єкту сприйняття.

Головною клінічною ознакою галюцинацій є їх поява на тлі ясної свідомості. Виділяють слухові, зорові, нюхові, смакові, тактильні і ін. галюцинації. Всі галюцинації, незалежно від їх виду, підрозділяються на істинні та псевдогалюцинації.

Дійсні галюцинації проєктуються в зовнішній світ і пов'язані з навколишнім оточенням: хворий бачить перед собою прибульця з космосу, чує голос з сусідньої кімнати, відчуває запах конкретного предмету або речовини і так далі.

Псевдогалюцинації мають три характерних ознаки: не проєктуються в реальний світ (хворий чує голоси в своїй голові); у момент галюцинацій хворий сприймає тільки галюцинаторний світ і не сприймає реальність; псевдогалюцинації на будь-яку тему хворого вважає за підстроєні.

Найбільшу небезпеку для хворого і осіб, що його оточують представляють імперативні і загрозові галюцинації. При імперативних галюцинаціях хворий «отримує наказ» нанести собі ушкодження, втекти, вбити кого-небудь і ін. При загрозових галюцинаціях хворий чує в свою адресу і на адресу своїх близьких погрози фізичної розправи та ін. Це може спровокувати неадекватну реакцію.

Наплив рясних галюцинацій називається галюцинаторним синдромом (галюцинозом). Він може супроводитися афектами страху, тривоги та ін., що представляє небезпеку для хворого і що оточують.

Марення

Марення визначається як сукупність помилкових висновків, думок, виводів, що виникають на хворобливій основі, оволодівають свідомістю, спотворено відображають дійсність і не піддаються корекції.

Головними ознаками марення є: повна переконаність хворого в його істинності; неможливість корекції природним чином — роз'ясненням, переконанням, навіюванням; все, що відповідає змісту марення, розвиває і укріплює його, а що не відповідає — відкидається з тенденцією до його зміцнення і розширення.

Виділяють марення переслідування, дії, величі, засудження, багатства, депресивне марення та ін. Марення може виникати як ускладнення на тлі важкого соматичного захворювання, що протікає, з вираженим синдромом інтоксикації, після ЧМТ і ін. Марення досить часто поєднується з галюцинаціями, у такому разі говорять про галюцинаторно-мареневі стани.

Невідкладна допомога при маренні. Невідкладна допомога при галюцинаціях.

При виникненні гострого галюцинаторно-мареневого стану лікування складається з наступних напрямків:

1. Виклик психіатричної бригади.
2. Фізичне утримання хворого до її прибуття.
3. Заспокійлива психотерапія.
4. Лікарська терапія.

Фізичне утримання проводиться санітарами.

Заспокійлива психотерапія повинна носити постійний характер. Не слід розпитувати хворого про характер його переживань, не слід з ним сперечатися, але і не можна погоджуватися з його неправильними ствердженнями. Бажано добитися добровільного прийому препаратів.

Лікарська терапія включає призначення нейролептичних (седативних) препаратів. Препарати і дози — див. Деліриозний синдром.

Госпіталізація при галюцинаторно-мареновому стані. Необхідно терміново госпіталізувати в психіатричну лікарню.

Смерковий стан свідомості. Затьмарення свідомості

Смерковий стан (затьмарення) свідомості визначається як раптова і короткочасна втрата ясності свідомості з повною відчуженістю від того, що оточує або з його уривчатим і спотвореним сприйняттям при збереженні звичних автоматизованих дій.

Епідеміологія смеркового стану. Смеркові розлади свідомості є еквівалентами епілептичних випадків і можуть виникнути у осіб з підвищеною судорожною готовністю — при епілепсії, органічній патології головного мозку і істеричних реактивних психозах.

Клініка (ознаки) затьмарення свідомості.

Симптоми смеркового стану

У хворого збережено орієнтування у вузькій області того, що оточує. Він елементарно правильно оцінює ситуацію і більш менш правильно поводить себе, не будучи в змозі сприйняти і оцінити все те, що відбувається навколо. Домінуючого значення набувають галюцинаторні і маревні переживання страхітливого змісту, що обумовлюють афект страху, злобній тужливості і агресивно-руйнівні дії (насильство, напад, вбивство і ін.). Унаслідок зовнішньої впорядкованості рухів і

їх неусвідомлюваної односторонньої спрямованості вчинки хворого непрогнозовані і тому особливо небезпечні. Зовні діяльність людини здається послідовною, але 1—2 питання, задані хворому, указують на його повну дезорієнтацію: він не може назвати свого імені, не орієнтується в часі і просторі, не дізнається родичів і ін. Мова хворого зв'язана, побудована правильно, але він не відповідає на поставлені питання і сам не чекає відповіді.

Головними ознаками затьмарення свідомості є пароксизмальний характер виникнення і припинення, збереження автоматизованої діяльності під час пароксизму і повна ретроградна амнезія після його закінчення.

Вихід з даного стану частіше критичний, з повною амнезією, рідше — літичний.

До смеркових станів відносяться напади амбулаторного автоматизму, при яких миттєво вимикається свідомість і хворий продовжує виконувати автоматизовані, зовні впорядковані дії. Прокинувшись, він не розуміє, як опинився на незнайомій вулиці, не пам'ятає, як і що з ним відбувалося.

У дитячому і підлітковому віці можливі випадки сомнабулізму.

Невідкладна допомога при затьмаренні свідомості

При виникненні психомоторного збудження необхідно забезпечити безпеку хворого і навколишніх людей. Хворого ізолюють в окреме приміщення і з ним залишаються лише особи, що забезпечують нагляд, до приїзду спеціалізованої бригади швидкої допомоги. Перед транспортуванням слід купірувати психомоторне збудження. З цією метою, на тлі фізичного утримання, хворому в/в вводиться 2—4 мл 0,5% р-ра сибазону (синоніми: Діазепам, седуксен, реланіум). Приблизно у 70—80% випадків цієї дози буває достатньо. Якщо через 5—10 хвилин не настає купірування збудження, можна повторити введення даного препарату в кількості половинної дози від первинної. Можна використовувати аміназин або тизерцин (25—50 мг), але при їх використанні потрібно пам'ятати про можливе зниження АТ. Хороший ефект досягається при поєднанні нейролептиків з десенсибілізуючими препаратами (димедрол, супрастин і ін.).

Госпіталізація при затьмаренні свідомості. При синдромах затьмарення свідомості хворого необхідно терміново госпіталізувати в психіатричну лікарню.

Депресія

Депресія визначається як стан тужливо-пригніченого настрою у поєднанні з розумово-мовним і руховим гальмуванням, соматичними симптомами симпатико-тонічного ряду (меланхолійна депресія, меланхолія). Виділяють ендогенну, психогенну (реактивну) і соматогенну депресії.

Ендогенна депресія характеризується так званою «депресивною тріадою»: астеничним афектом (зниженим настроєм, депресією), розумово-мовною і моторною загальмованістю.

Діагностика депресії починається з виявлення маніфестації астеничного афекту у вигляді зниження настрою від печалі, до фізичного відчуття туги, що локалізується в області серця, які іноді досягають ступеня «фізичного страждання»: хворі заявляють про «нестерпний біль», «розриває серце», «стискує як лещата» і тому подібне. Мислення і мова сповільнені. Весь світ сприймається в сірому світлі. У хворого з'являються маревні ідеї самозвинувачення і самоуничиження, що доходять до абсурду: людина згадує малозначну провину багаторічної давності і ін.

Розумово-мовна загальмованість виявляється млявістю, пасивністю, безініціативністю і ін.

Моторна загальмованість виявляється в тому, що хворі вважають за краще лежати, випробовують утруднення при спробі привернути їх до якої-небудь діяльності, втрачають відчуття правильності в здійснюваних ними діях. Найвищим ступенем моторної загальмованості є депресивний ступор — стан повної знерухомленості.

Депресивні стани є найбільш частою причиною самогубств.

Психогенна (реактивна) депресія відноситься до затяжних реактивних психозів, що виникають після важких психічних переживань, пов'язаних із смертю рідних або близьких людей, реальною угрозою для життя хворого або його близьких, раптовим порушенням звичного благополуччя і так далі Настрій у

хворого пригнічений. Він постійно думає про колишню подію, нерідко починає вважати себе за його винуватця. Якщо померла близька людина, звинувачує себе в тому, що був неуважний до нього за життя, погано відносився. Всі ці переживання носять яскравий демонстративний характер. Порушується сон, з'являються сомато-вегетативні порушення.

Соматогенна депресія виникає при соматичних хворобах, в основному обумовлена ендогенною інтоксикацією і виявляється зниженим настроєм у поєднанні з астеничним синдромом: слабкістю, швидкою стомлюваністю, дратівливістю, вегетососудистими реакціями.

Невідкладна допомога при депресії

1. Призначення антидепресантів - іміпрамін (синоніми: меліпрамін, імізін, депсоніл та ін.) в дозі 1—2 мл 1,25% р-ру або амітриптилін в кількості 2 мл 1% р-ра в/м.

2. Ізоляція хворого в окреме приміщення і ретельне спостереження з метою попередження самоушкоджень і суїцидальних спроб.

3. Виклик психіатричної бригади.

Госпіталізація при депресії. При маніакально-депресивному психозі хворого необхідно терміново госпіталізувати в психіатричну клініку.

Ознаки суїцидальної депресії

Лікарі зазвичай стикаються з наступними групами суїцидентів:

1. Що поступили в профільне соматичне відділення для надання невідкладної допомоги (найбільш численна група).

2. Що зробили суїцидальну спробу під час лікування в соматичному стаціонарі.

3. Що зробили суїцидальну спробу в побутових умовах.

Невідкладна допомога даним групам суїцидентів зазвичай є соматичною, проте знання основ суїцидології необхідне лікареві будь-якого профілю для виявлення можливих ознак суїцидальної депресії і екстреного початку превентивного лікування.

Ознаки суїцидальної депресії можуть з'явитися у хворих в умовах стаціонарного лікування і включають наявність суїцидальних думок, безсоння рано вранці, повну втрату апетиту і інтересів, відчуття безнадійного відчаю, нездатність виразити власні думки або відчуття і прогресуючу соціальну ізоляцію. Хворі в такому стані підлягають безумовній госпіталізації в психіатричну лікарню.

Післяродова депресія, що розвивається в перші дні після пологів, також може бути причиною імпульсних суїцидальних спроб, тому у жодному випадку не можна ігнорувати небезпечні симптоми-передвісники, що розвиваються: неспокій, втрату апетиту, порушення сну, химерні нав'язливі ідеї і необґрунтовані страхи відносно своєї дитини. Якщо в анамнезі є вказівки на депресію після пологів, цю пацієнтку необхідно спостерігати і профілактично призначити антидепресанти.

Невідкладна (перша) допомога при суїциді (суїцидальній спробі)

Якщо соматичний стан суїциденту не представляє небезпеки, він підлягає госпіталізації в психіатричну лікарню. За наявності загрози життю суїциденти поступають у відділення реанімації або профільні відділення, залежно від виду суїциду: при отруєннях — у відділення токсикології, при пораненнях — у відділення хірургії і так далі. Незалежно від виду суїцидальної спроби, надання невідкладної допомоги здійснюється в наступному порядку:

1. Переконатися в наявності дихання, пульсу на сонних артеріях; якщо вони відсутні, почати реанімаційні заходи, як при зупинці серця.
2. Усунути ознаки ОДН і ОССН, при їх наявності.
3. За наявності судом купірувати судорожний синдром.
4. У разі травми, якщо є зовнішня кровотеча, зупинити його.
5. Перед транспортуванням постраждалого в лікарню потрібно виключити наявність у нього переломів, особливо черепа і хребта і проводити евакуацію у край обережно.
6. Залежно від виду суїциду після усунення загрози для життя проводиться специфічна і симптоматична терапія. При відновленні свідомості хворого

обов'язково консультиється психіатром для встановлення психіатричного діагнозу, узгодження тактики медикаментозної терапії і рішення питання про місце подальшого лікування.

Побічні ефекти і ускладнення психонаркотерапії

Колапс виникає, головним чином, при користуванні аліфатичними похідними фенотіазину (аміназин, тізерцин, пропазин). Характеризується різким зниженням АТ і розладом периферичного кровообігу. Відрізняється від шоку відсутністю ознак серцевої недостатності).

Клінічні прояви

Шкірні покриви бліді, холодний піт, адинамія, зниження температури кінцівок. Пульс частий, малого наповнення, АТ різко знижений (може не визначатися).

Невідкладна допомога

Необхідно покласти хворого горизонтально на спину, підвести ноги. Якщо цього недостатньо, то внутрішньовенно ввести 60-150 мг преднізолону на 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Якщо артеріальний тиск не нормалізується, то краплинно ввести реополіглюкин (декстран) — 400 мл; при неефективності - до розчину реополіглюкину (декстрану) додати Допамін 5 мл (200 мг). Отриманий розчин вводити із швидкістю 60 кап/мин. При неефективності - швидкість введення збільшити до 120 кап/мин.

Госпіталізація в спеціалізоване відділення (блок інтенсивної терапії з урахуванням основного захворювання).

Пароксизмальний екстрапірамідний синдром

Виявляється на початкових етапах нейрорепресії і характеризується виникненням рухових спастичних розладів в наступних основних варіантах:

- локальні: окілогірні кризи; оральний синдром — Куленкамппфа—Тарнова; тортиколізс; торсіонний спазм; тонічне скорочення інших груп;
- генералізовані: криз моторного збудження; вегетативно-екстрапірамідні кризи.

Тривалість пароксизмів 15-30 мін, рідше — декілька годин. Вони виявляються руховим збудженням з тривожно-боязливим забарвленням афекту і звуженням свідомості. Наголошується рухова вираженість вегетативних розладів: профузний піт, гіперсаливація, сльозотеча, коливання АТ, гіпертермія.

Гострий екстрапірамідний синдром

Виникає на початку лікування нейролептиками і при отруєнні ними, виявляється в швидкому наростанні м'язового тону і скруті, появі гіперкінезів, тремору, непосидючості, вегетативних розладах (гіперсаливація, сальність шкіри), порушень зору, розладах акомодатії. Ця симптоматика супроводжується афектними порушеннями у вигляді страху, тривоги, нетерплячості.

Виявляються: настирливість, запальність, імпульсивність вчинків з схильністю до агресивних дій.

Невідкладна допомога:

- циклодол 4-6 мг всередину;
 - розчин седуксену (Діазепам) 0,5% — 2-4 мл внутрішньовенно;
 - розчин димедролу (дифенгідрамін) 1% — 2 мл внутрішньом'язового;
 - розчин кофеїну 2% — 2 мл внутрішньовенно на 20 мл 40% розчину глюкози;
 - розчин магнію сульфату 25% — 5—10 мл внутрішньом'язового.
- Перераховані препарати вводять послідовно з невеликими (10-15 мін) інтервалами до зникнення дискінетичної реакції.

Токсичні реакції екзогенного типу

Гострий інтоксикаційний психоз (психофармакологічний делірій) виникає при:

- прийомі холінолітиків, нейролептиків, антидепресантів в ізольованому вигляді, частіше в дозах, що перевищують добові терапевтичні;
- комбінації холінолітиків і нейролептиків один з одним частіше в дозах, що перевищують разові терапевтичні;
- при поєднанні вищеперелічених препаратів;

- органічній недостатності ЦНС, в літньому або старечому віці;
- супутніх інфекціях і інтоксикаціях.

Розгортанню делірію передують короткочасна стадія (1—2 дні) наростання екстрапірамідних і вегетативних порушень: тремору, акатизії, скутості рухів, сухості слизових оболонок, пітливості, коливань АТ, тахікардії. На тлі цих розладів з'являються деліриозні епізоди при засипанні або пробудженні. З'являються сплутана свідомість, психомоторне збудження, зорові і слухові галюцинації.

Невідкладна допомога

Повна відміна терапії психотропними засобами. Лікування “лікарського” делірію не відрізняється від терапевтичної тактики при деліріях іншої етіології за винятком застосування препаратів-антагоністів.

ПРАВИЛА ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОГО ОБМЕЖЕННЯ ТА ІЗОЛЯЦІЇ ПРИ НАДАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

- правила ізоляції повинні затверджуватися наказом керівника закладу;
- застосовуються тільки у випадку надання психіатричної допомоги у

примусовому порядку;

- хворі повинні оглядатися лікарем не менше 1 разу на 3-4 години;
- тривалість разового призначення ізоляції - 8 годин;
- якщо термін ізоляції складає більше ніж 48 годин, хворого перед кожним

новим призначення має оглядати комісія лікарів психіатрів;

- зміни у стані хворого при проведенні ізоляції мають реєструватися персоналом у відповідних журналах не менше, ніж на 4 години.

-

ПРАВИЛА ФІКСАЦІЇ ХВОРИХ

- при збудженні;
- при інтоксикаційних психозах;
- для хворих з агресивною та аутоагресивною поведінкою;
- тривалість фіксації - до початку достатньої дії лікарських засобів;
- фіксація призначається лікуючим лікарем з обґрунтованим записом у

медичній документації що до причин її призначення та симптомів, на полегшення яких вона спрямована;

- хворого, до якого застосовано фіксацію, лікар повинен оглядати не менш як 1 раз на 2 години;

- необхідність продовження фіксації оцінюється 1 раз кожні 30 хвилин;

- хворого повинна оглянути комісія лікарів-психіатрів на що до відповідності призначення при загальній тривалості 8 годин.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Особливості клінічного обстеження психічно хворих у стаціонарі.
2. Основні принципи ведення бесіди з психічно хворими.
3. Етапи діагностичного процесу.

4. Збирання об'єктивного і суб'єктивного анамнезу в психічно хворих.
5. Послідовність описання психічних сфер.
6. Основні принципи експериментально-психологічного дослідження.
7. Методи дослідження сфери відчуттів і сприйняття.
8. Методи дослідження сфери мислення.
9. Методи дослідження пам'яті.
10. Методи дослідження уваги й інтелекту.
11. Методи дослідження емоційної сфери.
12. Методи дослідження рухово-вольової сфери.
13. Методи дослідження особистості (характеру, темпераменту).
14. Лабораторні дослідження в психіатрії.
15. Неврофізіологічні й невrorентгенологічні дослідження в психіатрії.
16. Збудження при психічних порушеннях.
17. Галюцинаторно-маревне збудження.
18. Депресивне будження (ажитація).
19. Дисфоричне збудження.
20. Кататонічне збудження.
21. Клінічні прови та невідкладна допомога при тривожно-іпохондричному збудженні (із страхом смерті).
22. Нічний метушливий неспокій.
23. Збудження при гіпоглікемії.
24. Синдроми затьмарення свідомості.
25. Невідкладна допомога при патологічному сп'янінні.
26. Гострий алкогольний галюциноз.
27. Невідкладна допомога при маренні переслідування.
28. Невідкладна допомога при епілептичному статусі.

Література

1. С. А. Сумин. Неотложные состояния . - 2-е видання, стереотип. – М., 2000.
2. З. И. Кекелидзе, В. П. Чехонин. Критические состояния в психиатрии .- М., 1997.
3. Г.В. Морозов. Неотложная помощь в психиатрии. В сб.: Проблемы неотложной психиатрии. - М., 1985.
4. Психіатрія: Підручник/Г.Т.Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков. – К.: Здоров'я, 2006. – 432 с.
5. Психіатрія. Під ред. професора О.К. Напрієнка. – К., 2001.
6. Банщіков В.М., Невзорова Т.А. Психіатрія - М., 1969.
7. Коркіна М.В., Лакосіна Н.Д. Психіатрія - М., 1995.
8. Жариков Н.М. Психиатрия - М., 1989.
9. Кербиков О.В. Психиатрия. – М., 1968.
10. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежевского. В 2-х т. – М., 1983.
11. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М., 1997.
12. Клиническая психиатрия. Под ред.. проф. Н.С. Бачерикова. – К., 1989.
13. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – 536с. – ISBN 978-966-526-140-7.
14. ПСИХІАТРІЯ : Нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с. – ISBN 966-8318-09-9.
15. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнецова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с. – ISBN 978-966-8689-18-5.

