

МДК 02.01

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел 1. Участие в лечебно-диагностическом
процессе**

«Сестринский уход в психиатрии и наркологии»

Тема 2

Шизофрения.

Формы.

Продолжительность: 90 мин.

Место проведения: учебная аудитория.

Преподаватель: Ленских Ольга Викторовна.

Санкт-Петербург

2015

Цель занятия

Ознакомиться с эпидемиологией, этиологией, симптомами и синдромами при шизофрении. Стадиями болезни. Типами заболевания. Сестринским уходом.

Формируемые компетенции:

ОК 1, ПК 1.1, ПК 4.2, ПК 4.6.

План занятия:

- 1. Знакомство с новой темой.**
- 2. Решение ситуационных задач.**
- 3. Подведение итогов занятия.**
- 4. Задание на дом.**

Дополнительная информация

В данной лекции нет рисунков (фотографий) психически больных людей.

С изменениями мимики, поведения вы можете ознакомиться в разделе «Дополнительные материалы по психиатрии» в специальных лекциях (доп.материал №1, 2, 3, 4, 5 и др.).

Материалы для дополнительных лекций взяты из книги Л.М.Сухаревского «Клиника мимических расстройств»,
М. Медицина, 1966 г.

Как работать с лекцией?

Студент не только обязан изучить имеющийся учебный материал, но и должен знать значение всех незнакомых слов, встречающихся в тексте (посмотреть их в словаре, запомнить значение, знать перевод с другого языка т.к. часто в психиатрии перевод слова и его значение не совпадают из-за исторически сложившихся понятий).

Студенту необходимо решить ситуационные задачи и ответить на контрольные вопросы.

Вопрос первый:

Shizophrenia (F20 по МКБ 10)

в переводе с греческого обозначает расщепление ума (разума).

Это группа эндогенных психических полиморфных расстройств, протекающих хронически в виде приступов или непрерывно и приводящих к распаду личности, процессов мышления и эмоциональных реакций.

Эпидемиология заболевания

Ежегодно в мире в независимости от места проживания, национальности, расы, государственного строя регистрируется

1 случай на 1000 населения.

Женщины заболевают в два раза чаще чем мужчины.

Выявляемость заболевания среди мужчин в два раза чаще, чем среди женщин.

Средний возраст начала заболевания у мужчин составляет **от 15 до 25 лет.**
Среди женщин от 25 до 35 лет.

Шизофрения редко начинается до 10 лет и после 50 лет.

Это самая распространенная психическая болезнь. $\frac{2}{3}$ больных нуждаются в госпитализации.

Болезнь имеет большое социальное и экономическое значение, т.к. возникает в молодом возрасте, быстро приводит к инвалидности и требует от государства большое количество денежных средств.

Этиология

Сегодня нет достоверных данных о причине развития заболевания. Ученые приходят к выводу, что это **полиэтиологическое** заболевание, возникновению которого способствуют многие факторы.

Несмотря на многочисленные исследования не удастся обнаружить в головном мозгу специфических **деструктивных** факторов.

Факторы, способствующие заболеванию:

1. наследственность – в семьях больных шизофренией гораздо чаще дети болеют данным заболеванием;
2. генетические факторы- больные с шизофренией имеют преимущественность в естественном отборе т.к. они более устойчивы к боли, радиационному излучению, температурному и гистаминному шоку;
3. конституция – чаще заболевают люди астенической конституции. При этом мужчины-астеники имеют непрерывную форму течения болезни, а женщины пикники склонны к периодическому течению заболевания;
4. Типы воспитания:
 - А) воспитание по типу «двойные пути»- ребенок стимулируется кем-то из родителей (воспитателей) к поведению, которое затем порицается (например: ребенка стимулируют откровенно высказать свое мнение, а потом его за это критикуют как не любящего родителей);
 - Б) воспитание по типу гиперопеки- повышенный контроль над ребенком родителями, как компенсация собственной неуверенности, социальной незрелости;
 - В) воспитание по типу «родительского креста»- ребенка фиксируют в роли больного, чтобы он стабилизировал распадающуюся семью.

Вопрос второй

Шизофрения имеет
следующие стадии течения:

- ❑ инициальную- начало проявлений болезни;
- ❑ манифест или психоз- доминирование галлюцинаторно-бредовых переживаний;
- ❑ ремиссию- период либо полного выздоровления, либо остаточных явлений;
- ❑ вновь психоз или обострение заболевания;
- ❑ дефицитарную или проявление дементного состояния (снижение памяти, эмоций, внимания, интеллекта, появление апатии и абулии).

Симптомы и синдромы

1. положительные или продуктивные - бред и галлюцинации всех типов, вычурное и дезорганизованное нарушение поведения, нарушение мышления, кататонические симптомы и др. Т.е. головной мозг продуцирует дополнительно «что-то»;
 2. и негативные (дефицитарные) – к ним относят изменения личности происходящие в процессе болезни. Это снижение памяти, воли, безразличие ко всему, извращение эмоций, снижение побуждений, аутизм, социальную запущенность и др. Т.е. из психики как будто «забирают что-то».
- Выделяют такое понятие как шуб от нем. Schub — толчок, сдвиг
Приступ шизофрении, после которого наблюдаются изменения личности или остаточные психопатологические расстройства. Такие приступы характерны для кататонической и т.н. приступообразнопрогредиентной (шубообразной) формы шизофрении. Обычно после каждого очередного шуба психический дефект углубляется.

Таблица по которой можно предположить тяжесть протекания заболевания

Факторы прогноза при шизофрении

Оценка	Относительно благоприятный	Относительно неблагоприятный
Пол	Женский	Мужской
Конституция	Пикническая	Астеническая
Дисплазии	Отсутствуют	Более трех
Сезон рождения	Весна	Холодное время года
Воспитание	Симметричная семья	Асимметричная и неполная семья
Преморбид	Норма	Шизоидный
Инициальный период	Около месяца	Более года
Манифест	Полиморфный и острый с продуктивными расстройствами, до 14 дней	Мономорфный, затяжной, негативные расстройства, более 2 месяцев
Интеллект	Высокий	Низкий
Первая ремиссия	Качественная, более 3 лет	С остаточной симптоматикой, менее года
Семья	Полная	Разведен

Источник:

Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под.ред. В.П.Самохвалова.-Ростов н/Дону.: Феникс, 2002.- 576 с.- С. 270

Под термином «воспитание» понимается родительская семья больного.

Под термином «семья» понимается личная семья больного во взрослом состоянии.

Зная подобные факторы медицинский работник может предвидеть течение шизофрении.

По течению болезненного процесса выделяют: непрерывно текущую шизофрению, шубообразную (приступообразно-прогредиентную), рекуррентную (периодическую).

Вопрос третий

Типы заболевания:

F20.0- параноидный тип.

Характеризуется преобладанием галлюцинаторно-параноидной картиной, более поздним началом по сравнению с другими типами. Менее выраженными дефицитарными симптомами типичной больно́й этой формой напряжен. Подозрителен, сдержан, часто враждебен и агрессивен. Его поведение в сферах, не связанных с психотическими переживаниями, часто интактно.

F20.1- гебефрeнный тип (от греческого юношеский ум) .

Характеризуется примитивным, дезорганизованным поведением, расторможенностью. Расстройства мышления затрудняют контакт с реальностью, внешний вид неопрятный, неухоженный, мимика неадекватная. Болезнь начинается в раннем возрасте с эмоционального уплощения, абулии, расстройств поведения, когнитивного снижения. Больные погружены в себя, по детски дурашливо гримасничают.

F20.2- кататонический тип.

Доминируют кататонические нарушения моторики. Возбуждение и ступор сменяют друг друга. Появляются онейроид, стереотипные движения, негативизм, вычурные позы, каталепсия, регидность, автоматизмы.

F20.5- резидуальный тип.

На первый план выступает заторможенность больного, снижение активности, уплощение аффекта, абулия, обеднение объема и содержания речи, снижение выразительности коммуникации, отсутствие контакта взора, снижение внимания к социальному контакту и уходу за собой.

Выделяют так же и другие типы: недифференцированный, простой, постшизофреническую депрессию.

Вопрос четвертый.

Лечение шизофрении

Основными препаратами применяемыми при лечении шизофрении являются нейролептики. Название произошло от возникновения побочного эффекта применения этой группы препаратов- нейролепсии (*лепсия. греч. lēpsis схватывание, приступ, припадок; хватать, нападать, овладевать*) т.е. отсутствие двигательной и психической активности. К ним относятся: галоперидол, аминазин, тизерцин, трифтазин и другие.

После создания нейролептиков нового поколения (рисперидон, оланзепин, клозапин и др.) их стали называть антипсихотики т.к нейролепсия у них слабо выражена.

Нейролептики (в большей степени) и антипсихотики (в меньшей степени) вызывают ряд побочных эффектов.

- Экстрапирамидные расстройства- тремор покоя, скованность движений, синдром Паркинсона, повышение мышечного тонуса.
- Поздние дискинезии – насильственные движения (хоботковый рефлекс губами, чмокание, сосание, хореатетоидные движения языка, жевательные движения челюстей, хореоподобные и атетоидные движения конечностей и головы.
- Акатизия (в переводе с греческого- не сидеть)- клинический синдром, характеризующийся постоянным или периодически возникающим неприятным чувством внутреннего двигательного беспокойства, внутренней потребности двигаться или менять позу, и проявляющийся в неспособности больного долго сидеть спокойно в одной позе или долго оставаться без движения .
- Повышение массы тела, нарушения сна, слабость, депрессивные расстройства.
- Вегетативные нарушения в виде резкого снижения давления, ознобopodobный синдром.
- Нарушения со стороны внутренних органов- нарушения ритма сердца, сухость во рту, задержка мочеиспускания, запоры, обострение глаукомы, нарушение функции печени, лейкопения, агранулоцитоз, аллергические реакции.
- Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС)- повышение температуры до 40градусов, потливость, мышечная ригидность, кровоточивость сосудов, токсическая сыпь, повышение АД. Высокая летальность.

Правила назначения нейролептиков

Особенности реагирования на это лекарство у разных больных зависит от процессов всасывания, распределения, особенностей фармакодинамики, метаболизма и действия метаболитов.

Учитывая широкий терапевтический эффект нейролептических препаратов необходимо назначить их по следующей схеме при отсутствии острой психической патологии: начинать **с 1/2 дозы** с учетом эффектов кумуляции и **увеличивать дозу на каждый третий день.**

Транквилизаторы (анксиолитики)

Это вторая группа препаратов, применяемых при лечении шизофрении. Они представлены группой бензодиазепинов, обладающих более мощным снотворным, седативным, анксиолитическим (противотревожным), противосудорожным и центральным миорелаксирующим действием. К ним относятся нитразепам, диазепам, ксанакс, клоназепам, радедорм, фенозепам,

У данной группы больных их применяют как вспомогательное средство для снятия тревоги, мышечного напряжения.

Вопрос пятый

Сестринский уход за больными страдающими шизофренией

Пациент при поступлении в отделение нуждается в помощи медицинской сестры, особенно в начале госпитализации, т. к. по причине снижения памяти он может не найти палату и свою койку, м.б. дезориентирован во времени и месте, иногда в собственной личности. В таких ситуациях медицинская сестра проявляет понимание, терпение, чувство такта и должна принимать человека таким, какой он есть.

Непосредственное наблюдение и уход за пациентами

осуществляют палатные медицинские сестры согласно стандартам организации сестринского ухода по всем основным потребностям и проблемам пациентов. Неотъемлемой частью ухода являются восстановление утраченных навыков самообслуживания, сохранение социальных контактов. При оценке способности к самообслуживанию большое внимание уделяют умению самостоятельно передвигаться, принимать пищу, пользоваться душем, туалетом, способности следить за внешним видом, заботиться о себе, самостоятельно принимать лекарства под контролем медсестры.

Комплексный подход различных специалистов, сестринского и младшего медицинского персонала позволяет обеспечить полноценный круглосуточный уход за больными.

Работа медицинской сестры с пациентом строится по принципу “Моя медсестра – мой пациент”, что предполагает оказание психиатрической помощи, обеспечение основного ухода, предоставление пациенту прав и свобод, работу с семьей и родственниками. Медицинские сестры являются кураторами пациентов, осуществляют основной уход за ними, сопровождают их на прогулках, манипуляциях, обучают навыкам самообслуживания, т. е. выявляют проблемы больных, осуществляют контроль за изменением их психического состояния и оказывают помощь в адаптации к условиям жизни.

Следовательно, функции медсестры не ограничиваются выполнением сестринских манипуляций, а включают элементы медицинской, социальной, психолого-педагогической работы.

Медицинские сестры проводят работу по восстановлению дефицита навыков самообслуживания по следующим направлениям:

- проведение гигиенических мероприятий с каждым пациентом индивидуально: утренние, дневные гигиенические процедуры, мытье ног перед сном, мытье в душевой, смена нательного и постельного белья, стрижка ногтей и волос, бритье;
- участие медицинских сестер в кормлении пациентов, организации дневного и ночного сна, свиданий с родственниками;
- сопровождение больных на прогулке;
- сопровождение больных при работе в мастерских, на творческих занятиях и других необходимых мероприятиях за пределами отделения.

Заключение

Таким образом, шизофрения это эндогенное заболевание, сопровождающееся тяжелыми изменениями в психике больного часто с опасными тенденциями для окружающих.

Течение заболевания как правило бывает прогрессирующим и приводит к состоянию деменции.

Для того что бы пациент мог сохранять долго социальную активность необходимо проводить с ним большой комплекс медицинской, социальной и педагогической работы с вовлечением в нее родственников пациентов.

При уходе за больными страдающими шизофренией большая роль отводится медицинской сестре, которая в течение дня осуществляет наблюдение за поведением пациента, ведет специальный дневник и докладывает врачу о малейших изменениях в состоянии подопечного.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию шизофрения.
2. Из какого количества слов состоит термин «шизофрения» и как они переводятся?
3. Назовите основные закономерности распространения шизофрении в мире.
4. Перечислите и расшифруйте основные этиологические факторы способствующие возникновению F20.
5. Дайте определение понятию продуктивные симптомы при шизофрении.
6. Чем отличаются понятия продуктивные и положительные симптомы?
7. Какие виды галлюцинаций вы знаете?
8. Дайте определение понятию негативные симптомы при шизофрении?
9. Какие стадии протекания шизофрении вы знаете? Перечислите их.
10. Какими синдромами отличается параноидная шизофрения от кататонической?
11. Что обозначает термин недифференцированная шизофрения?
12. Как протекает гебефренная форма шизофрении?
13. Назовите основные препараты применяемые при лечении шизофрении.
14. Какие осложнения дают нейролептики, антипсихотики, транквилизаторы?
15. Перечислите проблемы больных шизофренией которые должна решать медицинская сестра.
16. Какой препарат применяется для коррекции побочных эффектов нейролептиков?
17. Перечислите правила посещения студентами психиатрических учреждений открытого и закрытого типа.

Ситуационная задача №1

Больной В., 18 лет. Поступил в отделение два месяца назад, состояние остается неизменным.

Ни с кем не общается, часами лежит в постели, сохраняя одну и ту же позу, голова приподнята над подушкой. Иногда встает и подолгу стоит возле кровати, однообразно переступая с ноги на ногу.

На лице застыла бессмысленная улыбка, губы вытянуты (симптом «хоботка»), кожные покровы сальные, изо рта выделяется слюна.

Вступить в контакт с больным не удастся, на вопросы не отвечает, смотрит в сторону, чему-то усмехается. При попытке осмотреть больного, открыть ему рот, оказывает сопротивление. Тонус мышц конечностей повышен.

При кормлении отворачивается, сжимает зубы. Неопрятен.

Задание:

1. поставьте сестринский диагноз;
2. выделите проблемы больного;
3. составьте план сестринского ухода.

Ситуационная задача №2

Больная 14 лет. За последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно.

Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице подмигивала незнакомым людям.

В отделении постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины раздражается бессмысленным смехом.

Периодически начинает бегать, кувыркаться, хлопать в ладоши. Поведение бесцельное, непредсказуемое, речь бессвязная.

На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других детей.

Задание:

1. Поставьте сестринский диагноз
2. Какие потребности нарушены?
3. Составьте план сестринского ухода.

Ситуационная задача №3

Пациент Щ., 33 лет. В преморбиде без особенностей. После окончания школы и службе в армии поступил и успешно окончил юридический институт, работал следователем в приморском городе. Отличался служебным рвением, высоко оценивал внимание начальства. Женат и имеет ребенка. В период активной работы по расследованию обычного бытового правонарушения заметил, что за ним следят в туалете и в ванной: когда он принимает ванну, кто-то впускает туда «специальные газы», от которых он засыпает, в это время у него крадут служебную документацию. Пытаясь связать события, понял, что это выгодно одному из начальников для того, чтобы скрыть свои «делишки». Написал доклад «наверх», но не был понят, т.к. все связаны между собой».

После выхода из психоза стал безразличен к близким, бездеятельным, конструировал специальную аппаратуру против слежки. Выходил из дома только в специальном берете, в который встраивал микросхемы для «экрана мыслей».

Задание:

1. поставьте сестринский диагноз;
2. выделите проблемы больного;
3. составьте план сестринского ухода.

Задание на дом:

1. повторить лекционный материал;
2. изучить дополнительную литературу;
3. решить ситуационные задачи;
4. ответить на контрольные вопросы.

Дополнительные источники:

- <http://www.psyportal.net/195/shizofreniya-priznaki-i-simptomyi/> - материал содержит видеоролик.
- <http://stopnedug.ru/nervnye-zabolevaniya/shizofreniya-lechenie.html>- материал содержит видеоролик.

До свидания!

Успехов учебе!