ГАПОУ СПО «БАРАБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ ПОДГОТОВКИ CТУДЕНТОВ

Специальность 060101 Лечебное дело

ПМ. 02. Лечебная деятельность

МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля

Раздел 1.. Планирование программы лечения, тактики ведения, выполнение лечебных вмешательств, специализированного сестринского ухода за пациентом в терапии

Тема 1.107.

Принципы лечения и ухода за больными щизифренией

Тема 1.108.

 Принципы лечения и ухода за больными с маниакально-депрессивным психозом**.**

2016

**Задания для самоподготовки**

**Изучите текст учебника (**.Бортникова, С.М. Нервные и психические болезни[Текст]/: С.М.Бортникова (Цыбалова), Т.В. Зубахина.- Под. Ред. Б.В. Кабарухина. –Изд. 11-е, стер.- Ростов- на- Дону: Феникс,2013.-478 с. Стр 325-333,334-341). **опорные конспекты и выполните следующие задания:**

1. **Выполните следующие задания:**  Стр. 10-39.45-57.
2. **Тестовые задания**

**1. К общим принципам медикаментозного лечения шизофрении относят: \*\*\*\***

а) Монотерапия б) Электро-судорожная терапия в) Раннее начало терапии

г) Большая длительность д) Инсулино-коматозная терапия е) Роль профилактики

**2. Препараты, позволяющие достигать ремиссий при более редких введениях:**

а) Модитен-депо; .Галоперидол-деканоат; Рисполепт-конста

б) Модитен-депо; Галоперидол ;Рисполепт-конста

в) Модитен-депо; Галоперидол ;Рисполепт

г) Модитен-депо; Аминазин; Рисполептд) Галоперидол ;Рисполепт; Аминазин

**3. Цель этапа купирующей терапии**

а) предотвращение новых приступов болезни

б) подавление остаточной психотической симптоматики

в) восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации

г) снятие острой психотической симптоматики

**4. Цель долечивающей и стабилизирующей терапии**

а) снятие острой психотической симптоматики

б)предотвращение новых приступов болезни

в)подавление остаточной психотической симптоматики

г)восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации

**5. Цель коррекции негативной симптоматики**

а) предотвращение новых приступов болезни

б) подавление остаточной психотической симптоматики

в) снятие острой психотической симптоматики

г) восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации

**6. Цель профилактической (поддерживающей) антипсихотической терапии**

а) восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации

б)подавление остаточной психотической симптоматики

в)предотвращение новых приступов болезни

г)снятие острой психотической симптоматики

**7. При лечении шизофрении лекарственными препаратами следует учитывать множество факторов:\*\*\*\***

а) выраженность прогрессии заболевания.

б) возраст пациента

в) тип расстройства.

г) наличие и степень умственных нарушений.

д) индивидуальную чувствительность к препаратам.

е) пол пациента

ж) наследственность

**8. Золотой стандарт лечения шизофрении -**

а) рисполепт б) галоперидол в) серроквель г)модитен депо д)амитриптилин

**9. Превалирование бреда при параноидной шизофрении, требует назначения:**

а) тизерцин б) мелипрамин в) амитриптилин г) трифтазин д)реланиум

**10. Для лечения галлюцинаций показаны:**

а) аминазин б) мелипрамин в) амитриптилин г) трифтазин д) галоперидол

**11. При лечении бредовых расстройств наиболее показано назначение:**

а) аминазин б) мелипрамин в) амитриптилин г) трифтазин д) галоперидол

**12. Острый приступ шизофрении, протекающий с галлюцинациями требует назначения:**

а) аминазин б) галоперидол в) амитриптилин г) трифтазин д) радедорм

**13.Нейролептический синдром наиболее вероятен при лечении:**

а) галоперидолом б) бензоналом в) ламикталом г) зипрексой д) рисполептом

**14. Порядок проведения психиатрического освидетельствования регламентируется статьями Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»**

а) № 28-30 б) № 23-25 в) № 28-29

**15. Порядок проведения госпитализации (перевода) в психиатрический стационар, в том числе в недобровольном порядке, регламентируется статьями Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».**

а) № 28-30 б) № 23-25 в) № 28-29

**16. Для профилактики рецидивов (обострений) болезни часто используют \*\***

а) атипичные нейролептики б) нормотимики

в) депо-препараты г) психостимуляторы

**17. В общем продолжительность приема препарата после первого приступа шизофрении должна составлять**

а) 1—1,5 года б) не менее 6 ме**с** в) 2—3 годаи более г) 1-2 мес.

**18. В общем продолжительность приема препарата после второго приступа шизофрении**

 **должна составлять**

а) 1—1,5 года б) не менее 6 ме**с** в) 2—3 года и более г) 1-2 мес.

**19.В общем продолжительность приема препарата после третьего приступа шизофрении должна составлять**

а) 1—1,5 года б) не менее 6 ме**с** в) 2—3 года и более г) 1-2 мес.

**20.Атипичные антипсихотики –это\*\***

а) рисперидон, б) кветиапин в) галоперидол г) аминазин

**Дополните следующее высказывание:**

**21. К трем основным побочным эффектам, связанным с влиянием на двигательную сферу, относятся……………………………**

.

**22. Показания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке**

а) б) в) г)

**23. Помимо антипсихотического, нейролептикам свойствен ряд других эффектов**

а) б) в) г)

**24. Препараты, купирующие депрессиивное состояние**

а) Нейролептики;

б) Анксиолитики (уменьшающие тревожность);

в) Нормотимики (регулирующие аффективную сферу);

г) Антидепрессанты;

д) Ноотропы;

е) Психостимуляторы.

**25. Препараты купирующие маниакальное состояние**

а) Нейролептики;

б) Анксиолитики (уменьшающие тревожность);

в) Нормотимики (регулирующие аффективную сферу);

г) Антидепрессанты;

д) Соли лития

е) Психостимуляторы.

1. **Решите предложенные проблемно-ситуационные задачи**

**Задача 1**

Больной 28 лет. С детства замкнутый, отмечались беспричинные страхи. После окончания ПТУ работал газоэлектросварщиком, но с товарищами по работе не общался, держался высокомерно, замкнуто. За два года до стационирования явился в приёмную АН РФ, где представил обширный трактат с проектом по переустройству мира согласно «оптимальным условиям человеческого существования». Отказ воспринимал, как происки врагов, стал ходить по разным инстанциям, убеждая, что его враги специально хотят навредить стране и не принимают его предложений. Всех, от кого получал отказ, заносил в специальную схему, которую назвал «планом заговора». Писал жалобы в правоохранительные органы и прокуратуру.

**Задание :**

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания, поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента на этапе ФАП.
3. Определите показания к госпитализации.
4. Определите программу лечения пациента на этапе ЦРБ.

**Задача 2**

Больной 20 лет. С детства отличался замкнутостью, не имел друзей, большую часть времени проводил дома, учился неровно, но всегда отлично по точным предметам. После окончания школы поступил в МГУ, сдал экзамены за первый семестр. Состояние изменилось остро, стал растерянным, импульсивным, совершал неожиданные и стереотипные движения руками и телом, затем стал застывать на одном месте, на вопросы не отвечал, иногда произносил отдельные слова. Потом надолго замолкал, тонус мышц был повышен.

**Задание:**

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания, поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента на этапе ФАП.
3. Определите показания к госпитализации.
4. Определите программу лечения пациента на этапе ЦРБ.

**Задача 3**

Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.

**Задание** :

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания, поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента на этапе ФАП.
3. Определите показания к госпитализации.
4. Определите программу лечения пациента на этапе ЦРБ.

**Задача 4**

У мужчины 45-ти лет в течение последних двух недель появилась повышенная активность, стал многословен, эйфоричным, мало спал, заявлял, что может "спасти человечество", способен решить проблему рака и СПИДа, раздавал деньги незнакомцам

**Задание:**

1. Проведите дифференциальную диагностику заболевания, поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента на этапе ФАП.
3. Определите показания к госпитализации.
4. Определите программу лечения пациента на этапе ЦРБ.

**Опорные конспекты**

**Тема 1.107. Принципы лечения и ухода за больными шизофренией**

**План лекции**

1. Общие методы:
2. Общие принципы медикаментозного лечения шизофрении:
3. Госпитализация.
4. Лечение в период ремиссии
5. Длительность лечения
6. Основные препараты
7. Особенности фармакотерапии на каждом этапе.
8. Распределение нейролептиков в зависимости от выраженности общего и
9. элективного действия при различных клинических синдромах
10. Осложнения при лечении нейролептиками

**Общие методы:**

I. Биологическая терапия.

II. Социальная терапия: а)психотерапия; б)методы социальной реабилитации.

*Биологические методы:*

I "Шоковые" методы терапии :

1). Инсулино-коматозная терапия

2) электро-судорожная терапия (Черлетти, Бени в 1937 году). Аффективные расстройства ЭСТ лечит очень эффективно. При шизофрении - при суицидальном поведении, при кататоническом ступоре, при резистентности к медикаментозной терапии.

3) Дезинтоксикационная терапия;

4) Дието-разгрузочная терапия ( при вялотекущей шизофрении);

5) Депривация (лишение) сна и фототерапия (при аффективных расстройствах);

6) Фармакотерапия.

**Общие принципы медикаментозного лечения шизофрении**

1. Раннее начало терапии - до наступления манифестной стадии. Лечение обычно начинают с назначения малых доз препаратов, постепенно увеличивая их до получения оптимального эффекта. При остром развитии приступа с выраженным психомоторным возбуждением препарат вводят парентерально; в случае необходимости инъекции повторяют до полного купирования возбуждения, а в дальнейшем методика лечения определяется динамикой психопатологического синдрома.

2. Монотерапия (там, где можно назначить 3 или 5 препаратов, выбирают 3, так можно "отследить" действие каждого из них); Препараты, дозы, длительность лечения подбирают индивидуально, строго по показаниям, в зависимости от симптомов, тяжести расстройства и этапа заболевания. Следует отдавать предпочтение препарату, эффективному ранее у данного пациента.

3. Большая длительность лечения: купирование симптоматики - 2 месяца, стабилизация состояния - 6 месяцев, формирование ремиссии - год );

4. Роль профилактики - особое внимание уделяется медикаментозной профилактике обострений. Чем больше обострений - тем тяжелее протекает заболевание. В данном случае речь идет о вторичной профилактике обострений.

Золотой стандарт лечения шизофрении - галоперидол. По мощности не уступает последующим препаратам. Классические нейролептики, тем не менее, имеют побочные эффекты: при них высок риск экстрапирамидных расстройств. В последнее время появились атипичные антипсихотики: Клозепин (лепонекс) - первый появившийся атипичный антипсихотик; наиболее известные в настоящее время:

1. Респиредон;

2. Аланзепин;

3. Клозепин;

4. Кветиопин (Серроквель);

5. Абилефай.

Существует пролонгированная версия препаратов, позволяющая достигать ремиссий при более редких введениях:

1. Модитен-депо;

2 .Галоперидол-деканоат;

3. Рисполепт-конста( прием 1 раз в 2-3 недели).

Как правило, при назначении курсом предпочтительнее пероральные препараты, так как введение препарата в вену, в мышцу ассоциируется с насилием и вызывает пиковую концентрацию в крови очень быстро. Поэтому используются, в основном, при купировании психомоторного возбуждения.

**Госпитализация.**

При шизофрении госпитализация показана в острых состояниях - отказ от еды в течение недели и более, либо приведший к потере массы тела на 20% от исходной и более; наличие императивного (приказывающего) галлюциноза, суицидальные мысли и тенденции (попытки), агрессивное поведение, психомоторное возбуждение.

Статья 29 Закона РФ (1992 г.) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" четко регламентирует основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, а именно:

"Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

* его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
* его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи" .

**Лечение в период ремиссии**

В период ремиссии обязательна поддерживающая терапия, без этого неминуемо ухудшение состояния. Как правило, пациенты после выписки чувствуют себя гораздо лучше, считают, что излечились полностью, перестают принимать препараты, и порочный круг запускается вновь. Полностью это заболевание не излечивается, однако при адекватной терапии возможно достигнуть стойкой ремиссии на фоне поддерживающего лечения.

Критерии ремиссии: исчезновение бреда, галлюцинаций (если таковые были), исчезновение агрессии либо суицидальных попыток, по возможности, социальная адаптация. Задача родственников такого пациента - сотрудничать с врачом, сообщая ему о всех нюансах поведения пациента, ничего не утаивая и не приукрашивания. А также - следить за приемом препаратов, поскольку далеко не всегда такие люди выполняют назначения психиатра. Кроме того, успех зависит и от социальной реабилитации, и половина успеха в этом - создание в семье комфортной атмосферы, а не "зоны отчуждения

**Длительность лечения**

**Шизофрения** - хроническое заболевание, как диабет и гипертония, требует постоянного лечения. На сегодняшний день невозможно полностью излечить шизофрению, однако при приеме препаратов возможно снизить частоту рецидивов заболевания. Хотя реакция всех пациентов индивидуальна, в большинстве случаев требуется принимать препараты пожизненно, а также проходить поддерживающую терапию или курсы реабилитации.

 Рецидивы заболевания случаются чаще всего, если пациент прекращает прием нейролептиков, когда чувствует себя лучше или забывают принять лекарство, или не считают необходимым принимать его регулярно. Очень важно точно следовать указаниям врача, принимать препараты регулярно и так долго, как сказал врач. В этом случае, проявлений шизофрении будет меньше.

Продолжительность лечения 4 - 6 нед, затем при отсутствии эффекта - изменение схемы лечения. При наступлении неполной и неустойчивой ремиссии дозы препаратов снижают до уровня, обеспечивающего поддержание ремиссии, но не вызывающего угнетения психической деятельности и выраженных побочных эффектов. Такую поддерживающую терапию назначают длительное время в амбулаторных условиях.

При лечении шизофрении лекарственными препаратами следует учитывать множество факторов:

* Тип расстройства.
* Выраженность прогрессии заболевания.
* Наличие и степень умственных нарушений.
* Индивидуальную чувствительность к препаратам.

 **Основные препараты**

*а) Нейролептики;* (**Приложение 1)**

Если рассмотреть класс нейролептиков, то можно выделить:

- препараты, оказывающие преимущественно психоэмоциональную блокаду (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен, лепонекс);

- препараты с выраженным антибредовым и антигаллюцинаторным эффектом (трифтазин, этаперазин, хлорпротиксен, триседил);

- препараты со сбалансированным седативно-стимулирующим и легким тимоаналептическим действием ( тиоридазин, терален, неулептил).

*б) Анксиолитики* (уменьшающие тревожность);

*в) Нормотимики* (регулирующие аффективную сферу);

*г) антидепрессанты;*

*д) ноотропы;*

*е) психостимуляторы*.

При лечении шизофрении используются все вышеперечисленные группы препаратов, но на 1-м месте стоят нейролептики.

Нейролептики - хлорпромазин, левомепромазин, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, флупентиксол, пипотиазин, зуклопентиксол, сульпирид, кветиапин, рисперидон, оланзапин.

Антидепрессанты и транквилизаторы назначают при депрессивных и тревожных состояниях соответственно. При сочетании депрессивного эффекта с тревогой и двигательным беспокойством применяют антидепрессанты с седативным эффектом, например амитриптилин. При депрессиях с заторможенностью и снижением энергии поведения применяют антидепрессанты, обладающие стимулирующим эффектом, например имипрамин, или без седативного эффекта, например флуоксетин, пароксетин, циталопрам.

Транквилизаторы (например, диазепам) применяют кратковременно для лечения тревожных состояний.

***В лечении шизофрении выделяют четыре последовательных этапа.***

**1. Этап** купирующей терапии, цель которой - снятие острой психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, автоматизмов, агрессивности, психомоторного возбуждения и т.д.). Проводится чаще всего в стационарных условиях, значительно реже - в условиях дневного стационара, еще реже — амбулаторно. При этом может возникнуть необходимость в принудительной госпитализации и лечении согласно Закону о психиатрической помощи .

Считается, что в условиях стационара продолжительность этого этапа может составлять от 1 до 3 мес. Критериями эффективности лечения являются значительное уменьшение выраженности или исчезновение продуктивной симптоматики, нормализация поведения, восстановление критики и сознания болезни.

**2. Этап** долечивающей и стабилизирующей терапии, цель которой - подавление остаточной психотической симптоматики. Проводится в амбулаторных или полустационарных условиях. Длительность лечения может варьировать от 3 до 9 мес.

**3. Этап** коррекции негативной симптоматики, восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации проводится амбулаторно и требует от 6 до 12 мес.

**4. Этап** профилактической (поддерживающей) антипсихотической терапии, цель которой - предотвращение новых приступов болезни, поддержание достигнутого уровня социального функционирования пациента. Проводится амбулаторно. Продолжается неопределенно долго, но в любом случае не менее 1-2 лет.

**Рассмотрим особенности фармакотерапии на каждом этапе.**

**Этап 1.** По стандартам, принятым в РФ, лечение острого состояния начинают с назначения типичных (традиционнных) нейролептиков, если нет противопоказаний к их использованию. Выбор конкретного препарата зависит от психопатологической структуры приступа (обострения). Если в картине психоза доминируют психомоторное возбуждение, агрессивность, враждебность, применяют нейролептики с преобладанием седативного действия, в том числе парентерально - тизерцин, хлорпромазин, хлорпротиксен. В случае преобладания галлюцинаторно-параноидной симптоматики предпочтение отдают «сильным» типичным нейролептикам с выраженным антибредовым и антигаллюцинаторным действием - галоперидолу,трифлуоперазину. Полиморфизм психотических расстройств с наличием кататонической и гебефренической симптоматики требует использования типичных нейролептиков с широким антипсихотическим действием -мажептила

Если проводимое лечение в течение 3-6 недель не дало отчетливого эффекта, то по российским стандартам необходимо предпринять следующее:

* - проверить, принимает ли больной лекарство внутрь; если в этом есть сомнения - перейти на инъекционное введение;
* - если это не помогает, следует сменить препарат, т. е. либо перейти с типичного нейролептика на атипичный (например, с галоперидола на рисперидон или с трифлуоперазина на клозапин), либо перейти на типичный нейролептик другой химической структуры (например, сменить производное фенотиазина -трифлуоперазинна производное бутирофенона-галоперидол либо производное тиоксантена-хлорпротиксенна производное фенотиазина-мажептил и т.д.).

**Этап 2.** На этапе долечивания и стабилизации пациент продолжает прием нейролептика, который оказался эффективным в лечении острого состояния; в отношении нейролептиков речь, как правило, идет о монотерапии. Доза препарата после установления стойкой клинической ремиссии несколько снижается, чтобы не вызывать побочных эффектов, однако прием препарата совершенно необходим, о чем нужно постоянно говорить пациенту и его близким. В общем продолжительность приема препарата после первого приступа шизофрении должна составлять не менее 6 мес, после второго – 1-1,5 года, после третьего – 2-3 года и более.

**Этап 3**. На этапе коррекции негативной симптоматики и восстановления прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации пациент, как правило, продолжает прием нейролептика в невысокой дозе. Фармакологическая коррекция негативных (дефицитарных) проявлений болезни происходит очень постепенно и требует от 6 до 12 мес лечения. Вполне понятно, что на этом этапе лучший эффект достигается использованием атипичных препаратов (рисперидона, оланзапина и др.), которые, подавляя продуктивные симптомы, в то же время улучшают когнитивные функции и прямо воздействуют на другие негативные симптомы заболевания. Это особенно актуально в тех случаях, когда ставится цель достичь высокого уровня профессиональной и социальной адаптации: у пациентов молодого и среднего возраста, социально благополучных, с высоким уровнем образования или продолжающих учебу, занимающихся квалифицированным трудом и т.д.

В ряде случаев на этом и последующем этапах могут быть использованы депо-нейролептики.

Лечение депо-препаратом начинают с минимальной терапевтической дозы. Инъекции повторяют через максимально разрешенные промежутки времени.

**Этап 4**. Для профилактики рецидивов (обострений) болезни часто используют тот же препарат, что и для купирования приступа, но в более низких дозах. Переходить на более низкие дозы нейролептика нужно постепенно, в течение 2-4 недель. Преимущество, по вполне понятным причинам, имеют атипичные нейролептики и депо-препараты. Согласно стандартам РФ, поддерживающая противорецидивная терапия может проводиться по двум основным методикам: непрерывной, когда пациент принимает препарат постоянно, и прерывистой, когда пациент начинает принимать препарат лишь при возникновении продромальных явлений либо острой психотической симптоматики. Первая методика более надежна.

По российским стандартам профилактическая терапия шизофрении проводится неопределенно долго, но не менее 1-2 лет. Вопрос в каждом случае решается индивидуально .

**Основные препараты**

Нейролептики - хлорпромазин, левомепромазин, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, флупентиксол, пипотиазин, зуклопентиксол, сульпирид, кветиапин, рисперидон, оланзапин.

Антидепрессанты и транквилизаторы назначают при депрессивных и тревожных состояниях соответственно. При сочетании депрессивного эффекта с тревогой и двигательным беспокойством применяют антидепрессанты с седативным эффектом, например амитриптилин. При депрессиях с заторможенностью и снижением энергии поведения применяют антидепрессанты, обладающие стимулирующим эффектом, например имипрамин, или без седативного эффекта, например флуоксетин, пароксетин, циталопрам.

Транквилизаторы (например, диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) применяют кратковременно для лечения тревожных состояний. **(Подробно см. приложение1).**

**Осложнения при лечении нейролептиками**

Длительная терапия нейролептиками может привести к развитию стойких осложнений. Поэтому важно избегать ненужного лечения путём изменения доз в зависимости от состояния больного. Антихолинергические препараты, назначаемые для купирования побочных экстрапирамидных симптомов, при длительном постоянном применении увеличивают риск появления поздних дискинезий. Поэтому антихолинергические препараты постоянно и с профилактической целью не применяют, а назначают только в случае появления побочных экстрапирамидных симптомов.**( Приложение 2)**

- **Акинето - гипертонический синдром**

 Клиническая картина: маскообразное лицо, редкое мигание, скованность движений.

**- Гиперкинетико - гипертонический синдром**

 Клиническая картина: акатизия (непоседливость, чувство беспокойства в ногах), тасикинезия (неусидчивость, стремление беспрерывно двигаться, менять положение), гиперкинезы (хореиформные, атетоидные, оральные).

-**Дискинетический синдром** •

Клиническая картина: оральные дискинезии (напряжение жевательных, глотательных мышц, мышц языка, возникает непреодолимое желание высунуть язык), окулогирные кризы (мучительное закатывание глаз)

-**Хронический дискинетический синдром**

 Клиническая картина: гипокинезия, повышенный мышечный тонус, гипомимия в сочетании с локальными гиперкинезами (сложные оральные автоматизмы, тики), снижение побуждений и активности, акайрия (назойливость), эмоциональная неустойчивость

**-Злокачественный нейролептический синдром**

 Клиническая картина: сухость кожных покровов, акроцианоз, сальное гиперемированное лицо, вынужденная поза - на спине, олигурия, повышение времени свёртывания крови, повышение содержания остаточного азота в крови, почечная недостаточность, снижение АД, повышение температуры тела

**Тема 1.108. Общие принципы лечения маниакально-депрессивного психоза (МДП)**

План лекции

1. Медикаментозное лечение маниакально-депрессивного психоза (МДП)
2. Лечение литием при маниакально-депрессивном психозе
3. Уход за больными при маниакально-депрессивном психозе

**Общие принципы лечения маниакально-депрессивного психоза (МДП)**

Большинство больных МДП лечатся амбулаторно.

Для успешного лечения часто бывает необходимо привлекать близких родственников или надежных друзей. Поскольку большинству больных нравятся периоды приподнятого настроения, они не склонны обращаться за помощью при появлении маниакальных симптомов. В связи с этим члены семьи и близкие должны быть в курсе того, как протекает МДП и каковы принципы его лечения. Важно, чтобы они знали о вероятных отклонениях в поведении больного и имели план действий по нейтрализации неблагоприятных последствий.

Семейная и индивидуальная психотерапия бывает особенно полезной, когда приступы провоцируются внешними факторами или сопровождаются поведением, невыносимым для членов семьи.

**Медикаментозное лечение маниакально-депрессивного психоза (МДП)**

В действии антидепрессантов, как и других психотропных средств, следует выделять по крайней мере три компонента: основное – антипсихотическое (в данном случае антидепрессивное) и дополнительное – седативное и стимулирующее.

Антидепрессанты седативного действия.

**Амитриптилин** (триптизол) является антидепрессантом,избирательное антипсихотическое действие адресуется к эндогенным депрессиям. Общее антипсихотическое действие выражено сильно, в связи с чем амитриптилин относится к наиболее мощным антидепрессантам.

 Его применяют не столько при заторможенных депрессиях, сколько при тревожно-депрессивых состояниях разной нозологической принадлежности, одновременно воздействуя как на состояния тревоги, ажитацию, так и на собственно депрессивные проявления.

Антидепрессанты стимулирующего действия.

**Имизин (**имипрамин, мелипрамин, тофранил). Общее антипсихотическое, т.е. основное тимоаналептическое дейстивеимизина выражено достаточно сильно, что ставит его вместе с амитриптилином в разряд мощных антидепрессантов.

 Избирательное антипсихотическое действие имизинаадресуется прежде всего к витально измененному аффекту – эндогенной депрессии – в рамках маниакально-депрессивного психоза. Антидепрессивное действие препарата выявляется и при депрессиях других нозологических форм, в том числе и при шизофрении, но чем "чище" депрессия, чем больше она по клинической характеристике приближается к классической эндогенной депрессии, тем выше эффект имизина.

 Изучение дополнительных сторон психотропного действия препарата показывает отчетливую выраженность стимулирующего компонента, в связи с чем имизин показан при заторможенных депрессиях

Главное средство при МДП - литий.

Если при маниакальном приступе литий не эффективен или состояние не позволяет ждать, пока он подействует, то целесообразно добавить нейролептики (например, галоперидол, мезоридазин, пимозид) или бензодиазепины (например, клоназепам, лоразепам). При устойчивости к литию применяют противосудорожные препараты с нормотимическим действием (например, карбамазепин или вальпроевую кислоту).

**Лечение литием при маниакально-депрессивном психозе**

 Применение солей лития (карбонат лития, ацетат лития, оксибутират лития) в настоящее время широко рекомендуют для купирования маниакального и гипоманиакального состояний. Соли лития не относятся к нейролептикам. Эффект тем более выражен, чем ближе маниакальный синдром по своей клинике приближается к классическому. Назначая соли лития, необходимо знать, что при использовании лития больным маниакальным синдромом упорядочивание настроения и поведения происходит не за счет седативного эффекта, как при действии нейролептиков, а в связи с непосредственным редуцирующим влиянием на синдром.

 Таким образом, важно запомнить: симптомом-мишенью для лития является маниакальный синдром, сначала снижается острота и выраженность аффективных расстройств, затем редуцируется повышенное настроение, идеи переоценки своих возможностей, расторможенность. В ряде случаев можно рекомендовать назначение солей лития и при терапии депрессивных приступов.

 Под действием лития редуцируется тоска, тревога, моторная заторможенность, уменьшается выраженность идей виновности.

Могут отмечаться неврологические осложнения – гипокинетические расстройства: тремор, тики, гиперкинезы туловища.

**Препараты лития**

* Карбонат лития(а)
* Цитрат лития(б)
* Литан, Литобид(в), Литонат, Литотабс, Цибалит, Эскалит, Эскалит-CR(г)
* Цибалит-S

**Уход за больными при маниакально-депрессивном психозе**

В общем уход за больными в состоянии повышенного настроения сводится к тому, чтобы ограничить их активность и замыслы, пока это удается, а когда регулировать поведение больных становится невозможно, нужно помещать их в больницу. Например, если от больного можно ожидать чрезмерных денежных трат, целесообразно ограничить сумму доступных ему средств. При мании критика к своему состоянию и осознание его последствий для окружающих почти полностью отсутствуют, и поэтому информацию об опасных переменах в поведении больного следует получать от родственников и друзей. Кроме того, именно они часто могут обеспечить выполнение врачебных предписаний.

На высоте маниакального приступа часто требуется госпитализация. Чрезвычайно полезным может быть уменьшение внешних раздражителей, особенно пока еще не начали действовать лекарственные средства. Для этого больного помещают в спокойную палату или даже в изолятор. Для предупреждения самоповреждений и насилия иногда приходится прибегать к фиксации.

Важно следить за тем, чтобы назначенные психиатром лекарства, снижающие возбуждение, принимались аккуратно, причем нельзя полагаться на самих больных: они просто не успевают принимать лекарства, находясь в приподнятом настроении, и будучи постоянно заняты осуществлением множества разных планов и идей. Здесь уже лекарства необходимо давать прямо в рот, чтобы они тут же проглатывались.

Очень важно также проследить, как принимаются назначенные на ночь лекарства, потому что возбужденные больные плохо и мало спят, а нормализация сна имеет большое значение для улучшения их состояния. Нужно посоветоваться с терапевтом, если повышается артериальное давление. Важно, чтобы больные получали полноценную пищу с достаточным количеством витаминов.

Учитывая повышенную раздражительность таких больных и даже возможную агрессивность с их стороны, надо проявлять большой такт, стараться осуществлять свое руководство как можно незаметнее, быть выдержанными и терпеливыми по отношению к ним. Не надо кричать на них, повышать голос, потому что это только усилит раздражение у больного человека.

Надо знать, что все приступы депрессии похожи друг на друга. Когда родные видят, что больной, еще недавно всем живо интересовавшийся, становится тоскливым, малоподвижным, безинициативным, им должно быть ясно, что начался приступ депрессии. Не надо стараться отвлечь или развлечь больных в состоянии депрессии. Это только утомит их, вызовет раздражение или еще большее угнетение.

Задача родных в этих случаях состоит в том, чтобы создать полный покой, быть внимательными, бдительными, особенно по утрам, чтобы предупредить возможность самоубийства. Как только началось состояние депрессии, не надо надеяться на свои домашние средства, надо немедленно обращаться к врачу и стационировать больного. В отношении депрессивных больных - это твердое правило, так как всегда нужно иметь в виду возможность попыток покончить с собой.

Больные, выписавшиеся из больницы по излечении от депрессии, также нуждаются в поддерживающем лечении средствами, рекомендованными при выписке. Вот здесь уже уместно вовлекать больных во все дела семьи, чтобы они чувствовали, что нужны дома. После выписки нужно еще некоторое время наблюдать за больными, потому что иногда тоска возвращается снова. Важно не просмотреть это.

Первый признак возобновления депрессии состоит в том, что не удается втянуть больного в домашние дела, он по-прежнему далек от них, тяготится ими. Если к тому же у больного плохой сон и аппетит, то ухудшение состояния не должно вызывать сомнений и надо безотлагательно обращаться к врачу. Врач, очевидно, усилит соответствующее лечение, а родственникам придется следить за правильностью приема лекарств, хорошее лечебное действие на таких больных оказывают прогулки на свежем воздухе.

Организация прогулок требует известных усилий со стороны родственников больных, потому что в состоянии тоски они не хотят двигаться, делают все очень медленно, уверяют, что не знают, как им одеваться, что надеть и т. п. Нужно терпеливо и настойчиво уговаривать больного погулять, помочь ему одеться.

Следующая задача ухода - накормить больного. При этом приходится учитывать вкусы больных, ибо у них отсутствует желание есть. Пища должна быть по возможности разнообразной с повышенным содержанием витаминов (фрукты, овощи). Очень важно вовлечь выздоравливающих больных в домашнюю работу, вначале выполняя ее совместно и не допуская переутомления. Там, где это возможно, желательно выехать за город и поработать на воздухе, занимаясь легким физическим трудом.

Часто все эти меры в сочетании с лекарственным лечением оказываются эффективными, состояние больных улучшается, депрессия проходит. В это время можно решать вопрос о выезде в санаторий или с кем-либо из близких на курорт. Выбор места должен производиться, исходя из оценки общего здоровья, по рекомендации терапевта. В общем человек, перенесший депрессию, может считаться практически здоровым, никаких особых трудовых и житейских ограничений для него не должно быть.

Должен быть план действий по принудительной госпитализации в случае возбуждения, агрессии или суицидального поведения.

**Приложение 1**

**Систематика нейролептиков и клиническая характеристика препаратов**

С учетом преобладающих лечебных эффектов, различают 4 группы нейролептиков:

- нейролептики с преимущественно седативным действием;

* атипичные нейролептики;
* нейролептики с преобладанием антипсихотических свойств;
* нейролептики-корректоры поведения.

**Показания к назначению** нейролептиков определяются профилем их психотропной активности.

Основными показаниями являются острые и хронические психозы (главным образом в рамках шизофрении и шизоаффективного расстройства), с бредом, галлюцинациями, психическими автоматизмами, кататоническими расстройствами, состояния психомоторного возбуждения, включая и маниакальные. Больным шизофренией нейролептики назначаются как для подавления продуктивной симптоматики, так и в качестве поддерживающей терапии, направленной на сдерживание прогредиентности процесса, профилактику обострений и коррекцию негативных расстройств

Нейролептики **противопоказаны** при наркотической и алкогольной интоксикации, при любых видах сопора и комы, при тяжелых заболеваниях печени и почек, нарушениях функции органов кроветворения, сердечно-сосудистой и легочной недостаточности, прогрессирующих системных заболеваниях головного и спинного мозга, острых лихорадочных состояниях.

Помимо антипсихотического, нейролептикам свойствен и целый ряд других эффектов:

* **успокаивающий** (седативный), который позволяет применять нейролептики для уменьшения внутреннего напряжения, приступов возбуждения и даже агрессии;
* **снотворный,** причем важным преимуществом нейролептиков как снотворных средств является то, что в отличие от транквилизаторов они не вызывают таких осложнений, как формирование психической и физической зависимости, и после нормализации сна могут быть отменены без каких-либо последствий;
* **активизирующий,** т.е. способность некоторых нейролептиков уменьшать пассивность;
* **нормотимический** (стабилизирующий фон настроения), особенно характерный для так называемых атипичных нейролептиков (см. ниже), которые в связи с наличием данного эффекта могут применяться для предупреждения очередного приступа шизофрении или шизоаффективного психоза или уменьшения его выраженности;
* **«корригирующий поведение**» эффект – способность некоторых нейролептиков сглаживать поведенческие нарушения (например, болезненную конфликтность, стремление убегать из дома и т.д.) и нормализовать влечения (пищевое, сексуальное);
* антидепрессивный, т.е. способность повышать настроение;
* **антиманиакальный –** способность нормализовать патологически повышенное, приподнятое настроение;
* **улучшение когнитивных (познавательных) психических функций** – способность нормализовать процесс мышления, повысить его последовательность и продуктивность;
* **вегетостабилизирующий** (стабилизация вегетативных функций – потоотделения, частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления и т.п.).

Эти эффекты связаны с влиянием нейролептиков не только на дофаминовую, но и на другие системы нервных клеток головного мозга, в частности на норадреналовую и серотониновую системы, в которых передатчиком информации между клетками является соответственно норадреналин или серотонин.

В психиатрическую практику были внедрены новые нейролептики, получившие устойчивое название атипичных, такие как рисперидон (рисполепт, сперидан, риссет), оланзанпин (зипрекса), кветиапин (сероквель), амисульприд (солиан), зипразидон (зелдокс), абилифай.

Действительно, при терапии перечисленными препаратами экстрапирамидные побочные эффекты развиваются существенно реже по сравнению с лечением классическими нейролептиками и лишь при назначении высоких или средних доз. Эта особенность и определяет их существенное преимущество перед классическими («типичными», или «конвенциональными») нейролептиками.

**Нейролептики пролонгированного действия**

 Новые возможности в оказании помощи людям, больным шизофренией, открывают нейролептические препараты – пролонги. Это ампулированные формы нейролептиков для внутримышечных инъекций. Введение в мышцу нейролептика, растворенного в масле (например, оливковом), позволяет добиться его длительной стабильной концентрации в крови. Всасываясь в кровь постепенно, препарат оказывает свое действие в течение 2– 4 недель.

В настоящее время довольно широк выбор нейролептиков пролонгированного действия. Это **модитен–депо, галоперидол–деканоат, клопиксол–депо (и пролонгклопиксола, но 3-дневной продолжительности действия, клопиксол–акуфаз), флюанксол–депо, рисполепт–конста.**

Проведение нейролептической терапии препаратами пролонгированного действия удобно тем, что пациенту не надо постоянно помнить о необходимости их приема.

Прием нейролептика в поддерживающей дозе, которая может долгие годы препятствовать обострению психоза и необходимости госпитализации, является не лечением, а образом жизни

**Правила назначения нейролептиков**

 В начале лечения, чаще стационарного, дозы нейролептических препаратов обычно быстро наращиваются до определенной эффективной величины, которая в последующем плавно уменьшается в 3-5 раз, и лечение нейролептиками приобретает поддерживающий, противорецидивный характер. Тактика изменения дозировок определяется строго индивидуально. Чаще всего начинают лечение с назначения средней терапевтической дозировки, затем, оценивая эффект, решают вопрос о необходимости изменения дозировки. Переход на поддерживающие дозы осуществляется после достижения желаемого терапевтического эффекта.

 Поддерживающее (противорецидивное) лечение лучше всего проводить препаратами продленного действия. Большое значение имеет выбор способа введения нейролептика: в начале лечения предпочтительнее парентеральное введение, способствующее более быстрому купированию симптоматики (внутривенное капельное, внутривенное струйное, внутримышечное), в последующем переходят к пероральному приему препаратов или к вышеупомянутым пролонгированным препаратам. При несвоевременной отмене лечения значительно возрастает возможность рецидива болезни

**Нейролептический синдром**

Некоторые препараты вызываютнейролептический синдром:

* вялость,
* апатия,
* психическая заторможенность,
* сонливость,
* ослабление инициативы,
* паралич воли,
* потеря интереса к окружающему.
* утрата сознания и способности к движениям.

**Основные эффекты нейролептиков**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эффект  | Классические , нейролептики | Атипичные и препараты нового поколения  |
| Антипсихотический уменьшение бреда,галлюцинаций идругих проявлений психозов.Купируют психомоторное возбуждение. | ГалоперидолМажептилТрифлуоперазин(трифтазин, стелазин)ЭтаперазинМодитен-депоХлорпротиксенКлопиксолФлюанксол | Азалептин (лепонекс)ЗелдоксЗипрексаРисполепт (сперидан, риссет) СероквельСолиан |
| Седативный  | АминазинТизерцинГалоперидолКлопиксолЭтаперазинТрифлуоперазин (трифтазин,стелазин) | АзалептинЗипрексаСероквель |
| Снотворный  | ТизерцинАминазинХлорпротиксенТиоридазин (сонапакс) | АзалептинСероквель |
| Активизирующий  | ФренолонМажептилФлюанксолЭглонил  | Рисполепт (сперидан, риссет)Солиан |
| Нормотимический  | Флюанксол Клопиксол | АзалептинРисполептСероквель |
| «Корригирующий поведение»  | Тиоридазин (сонапакс)НеулептилПипортил | АзалептинСероквель |
| Антидепрессивный  | Трифлуоперазин(трифтазин, стелазин)ХлорпротиксенФлюанксолЭглонил | Рисполепт (сперидан, риссет)Сероквель |
| Антиманиакальный  | ГалоперидолТизерцинТиоридазин (сонапакс) Клопиксол | АзалептинЗипрексаРисполепт (сперидан, риссет)Сероквель |
| Улучшение когнитивных функций  | Этаперазин  | АзалептинЗипрексаСероквельРисполепт (сперидан, риссет)Солиан |
| Вегетостабилизирующий   | ЭтаперазинФренолонСонапакс |  |

**Приложение 2**

**Основные неврологические побочные эффекты нейролептической терапии и способы их коррекции**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Побочный эффект | Основные проявления | Лечение |
| Мышечная дистония(первые дни, недели) | Спазм в мышцах рта, глаз, шеи  | Циклодол или акинетон 1–2 табл. под языкЛюбой транквилизатор (феназепам, нозепам, элениум и др.) 1 табл. под языкФенобарбитал (либо 40-60 капель корвалола или валокордина)Кофеин (крепкий чай или кофе)Аскорбиновая кислота до 1,0 г внутрь в раствореПирацетам 2-3 капс. внутрь |
| Лекарственный паркинсонизм(первые недели, месяцы) | Тремор, мышечная скованность, сальность кожи  | Циклодол (паркопан) или акинетон:3-6 табл. в день, но не более 9 табл.Транквилизатор (феназепам и др.)до 3 табл. в день |
| Акатизия(первые недели, месяцы) | Неусидчивость, беспокойство, желание двигаться, ощущение «беспокойных ног» | Пропранолол (анаприлин, обзидан) – при отсутствии противопоказаний до 30 мг в деньТранквилизатор (феназепам и др.)до 3 табл. в день |
| Поздняя дискинезия(месяцы и годы от начала приема препаратов)  | Непроизвольные движения в отдельных группах мышц | Пропранолол (анаприлин, обзидан) – при отсутствии противопоказаний до 30 мг в деньТиапридТремблекс |

 **Приложение 3**

**Задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов.**

Тема 1.107.

Принципы лечения и ухода за больными щизофренией

Тема 1.108.

 Принципы лечения и ухода за больными с маниакально-депрессивным психозом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **цель** | **вид** | **Источник информации** |
| 1. Оптимизация процесса самоподготовки студента для формирования и закрепления знаний

и умений. | 1. Изучение текста учебника, конспекта лекции.
 | 1.Бортникова, С.М. Нервные и психические болезни[Текст]/: С.М.Бортникова (Цыбалова), Т.В. Зубахина.- Под. Ред. Б.В. Кабарухина. –Изд. 11-е, стер.- Ростов- на- Дону: Феникс,2013.-478 с. СтрСтр 325-333,334-341.2.Конспект лекции. |

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

* Бортникова, С.М. Нервные и психические болезни [Текст ] /: С.М.Бортникова (Цыбалова), Т.В. Зубахина.- Под. Ред. Б.В. Кабарухина. –Изд. 11-е, стер.- Ростов- на- Дону: Феникс,2013.-478 с