

Южно-Казахстанская Государственная  
Фармацевтическая Академия



# ПРЕЗЕНТАЦИЯ

**НА ТЕМУ : НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И УХОД ЗА  
БОЛЬНЫМИ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ .  
ЭПИЛЕПСИЯ. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

Выполнила : Онлас Айзада  
Группа: 305 Б - ФР  
Принял: Калменов Н.Д.

# План:



- Введение
- Неотложная помощь и уход за больными с патологией нервной системы.
- Эпилепсия
- Особенности оказания помощи больным с нарушением психической деятельности.
- Список использованной литературы.

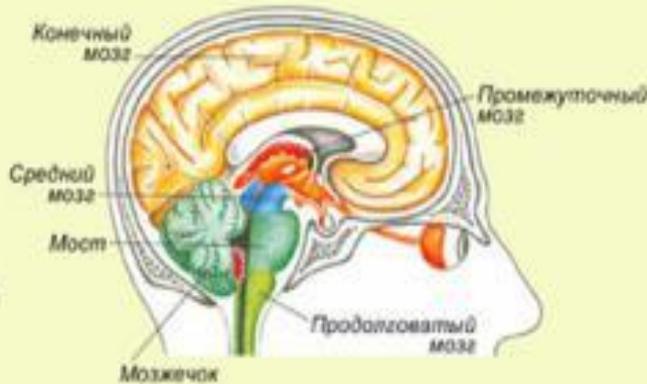
# Введение



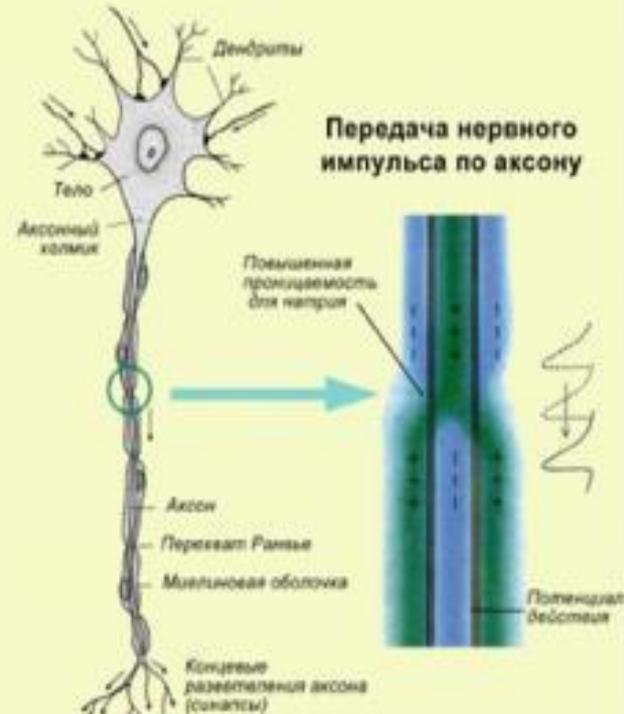
- Неврология (греч. neuron – нерв, logos – учение, наука). Сумма дисциплин, объектом которых является нервная система в норме и патологии. Патологические изменения нервной системы весьма разнообразны не только в количественно, но также и клинических проявлениях, этим они и отличаются от заболеваний других систем. Кроме того, нервная система включает не одну однородную систему, а состоит из множества систем, каждая из которых уникальна. Более того, нарушение функции нервной системы во многих случаях проявляется нарушением функций других систем и органов.

# НЕРВНАЯ СИСТЕМА

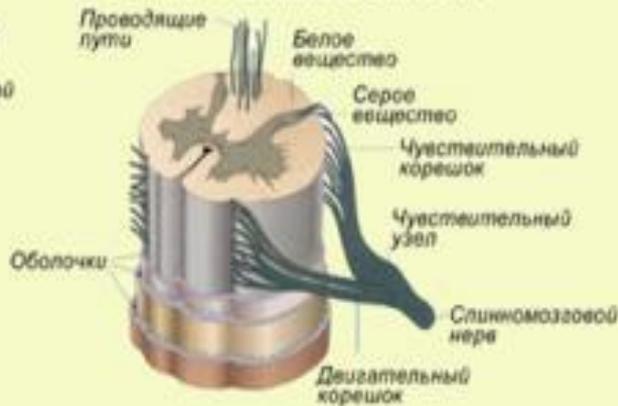
## ОТДЕЛЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА



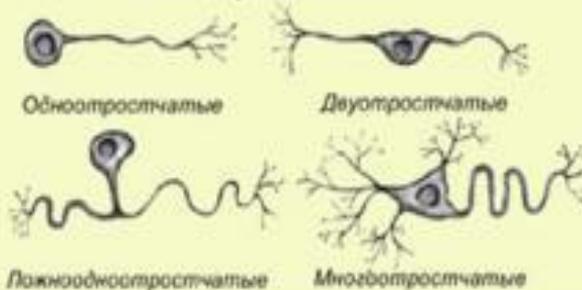
## ЧАСТИ НЕЙРОНА



## СЕГМЕНТ СПИНОГО МОЗГА

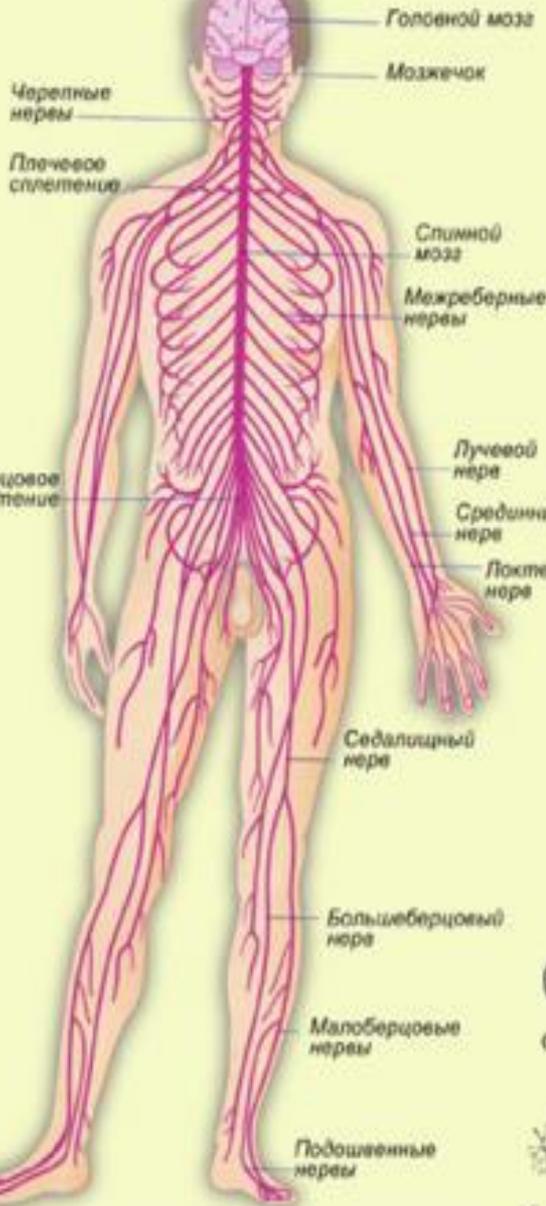
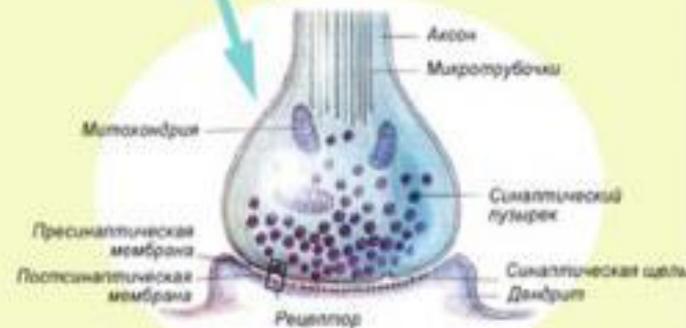


## Типы нервных клеток



## Передача нервного импульса по аксону

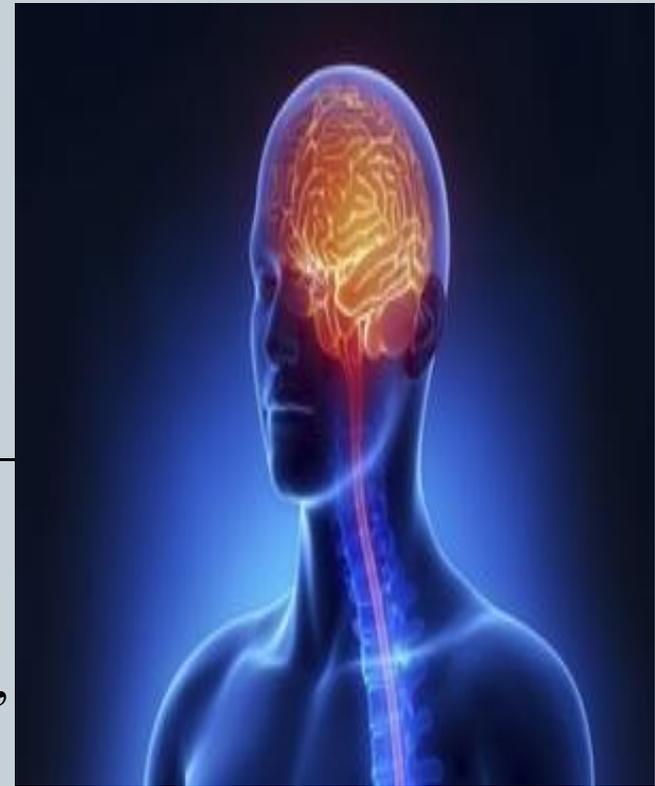
## Строение синапса



# Основные причины, вызывающие поражения нервной системы:



- **Инфекционные, вызывающие воспалительные повреждения нервной системы, к этим причинам относятся:** бактериальные (пневмококки, менингококки, гемофильная палочка, листерия вызывают менингиты, энцефалиты, стрептококки и стафилококки вызывают абсцесс головного мозга, микобактерия туберкулеза – туберкулезный менингит, бледная трепонема – нейро- сифилис) и др.
- **Наследственные причины, вызываю наследственные метаболические заболевания, наследственные миатонии , врожденные нервно- мышечные заболевания.**



# Основные причины, вызывающие поражения нервной системы:



- **Травматические причины**, при которых могут возникать сотрясения и ушибы головного мозга, разрывы периферических нервов и другие заболевания.
- **Сосудистые причины** (патологические изменения артерий, артериол, капилляров, вен, синусов), это могут быть окклюзия (закупорка) сосудов тромбом, эмболом, разрыв сосудистой стенки, нарушения проницаемости или воспаления сосудистой стенки, артериальная гипертензия, повышение вязкости крови и другие.
- **Опухолевые причины**, которые могут возникать первично, например: в головном мозге или вторично, при метастазировании.

- **Дегенеративные причины**, вызывают болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона и многие другие.



- **Заболевания других органов и систем** могут быть причинами развития заболеваний нервной системы. При заболеваниях сердца, легких, почек, печени, поджелудочной железы, эндокринных органов практически всегда страдает нервная система. Интоксикации различными химическими веществами, к которым нужно отнести этиловый спирт, опиоиды (героин, метадон), барбитураты (фенобарбитал), бензодиазепины (лоразепан, диазепам), антипсихотические средства (торазин, галоперидол), антидепрессанты (флуоксетин, фенелзин), стимуляторы (кофеин, кокаин, амфетамин), психоактивные вещества (ЛСД, конопля, экстази), отравления ядами растительного и животного происхождения, отравления тяжелыми металлами (свинец, мышьяк, ртуть, марганец, висмут, таллий), противоопухолевые и антибактериальные препараты

# Основные симптомы заболеваний нервной системы



- **Двигательные расстройства.** Это могут быть параличи (полная или практически полная потеря мышечной силы), парезы (частичное снижение мышечной силы). Парализованные мышцы становятся расслабленными и мягкими, их сопротивление при пассивных движениях слабо выражено или отсутствует, также в этих мышцах развивается атрофический процесс (в течение 3-4 месяцев нормальный объем мышцы уменьшается на 70 – 80 %), сухожильные рефлексы будут отсутствовать – это периферический паралич. Для центрального паралича будет характерно повышение мышечного тонуса, повышение сухожильных рефлексов, появление патологических рефлексов, нет дегенерации мышц

- Часто появляются расстройства тактильной чувствительности.



- Из других симптомов это боль.
- Здесь особо необходимо выделить головную боль (простая мигрень, классическая мигрень, пучковая мигрень, хроническая головная боль напряжения, боль при опухолях головного мозга, боль при височном артериите), боль в нижних отделах спины и конечностях (растяжение в пояснично-крестцовом отделе, грыжи дисков, находящиеся между позвонков, спондилолистез, спондилез, опухоли спинного мозга и позвоночника), боли в шее и в верхней конечности (меж-позвонковые грыжи, дегенеративные заболевания шейного отдела позвоночника).

- Изменение функции других типов чувствительности, нарушения обоняния: anosmia (потеря обоняния), dysosmia (извращение восприятия обонятельных ощущений), обонятельные галлюцинации, нарушения вкуса.
- Из остальных видов чувствительности, это нарушения зрения, движения глаз и функции зрачков, нарушения слухового анализатора, головокружение и изменения в системе равновесия - могут быть признаками патологических процессов в нервной системы.
- Другими проявлениями патологии нервной системы могут быть эпилептические припадки, истерические припадки, нарушения сознания (кома, обморок), нарушения сна (инсомния - хроническая неспособность заснуть, гиперсомния - чрезмерный сон, снохождение и другие), кроме того нарушения умственной деятельности, изменения в поведении, нарушения речевой деятельности, сильная тревожность, быстрая утомляемость, перепады настроения и патология влечений. Обследование пациент

## Обследование пациентов с заболеваниями нервной системы



- Диагностика болезней нервной системы, как и болезней других органов, начинается с подробного сбора анамнеза и тщательного осмотра пациента. Далее идет неврологический осмотр. Определяют сознание, снижение интеллекта, ориентацию во времени и пространстве, ориентацию в собственном Я, нарушения речи, как зрачки реагируют на свет, изменения в аккомодации, функционирование глазодвигательных мышц, остроту зрения и слуха, кинетику мимической мускулатуры, языка, глоточных мышц; как пациент держит вытянутые вперед руки и движения в них, субъективные признаки нарушения чувствительности, рефлекс с разных мышц, наличие патологических рефлексов, активные движения в суставах.

# Неотложная помощь и уход за больными с патологией нервной системы



- Срочно вызывают врача. Больного укладывают в горизонтальное положение без подушки, нижнюю часть туловища и конечности несколько приподнимают. На ватке дают нюхать нашатырный спирт. Делают обильную ингаляцию кислорода. К ногам прикладывают горячие грелки. Дают горячее питье. После нормализации состояния больного госпитализируют в отделение (палату) интенсивной терапии. Транспортировка на носилках, бережная, в положении лежа.



# Эпилепсия



● **Эпилепсия** - (от греч., «схваченный, пойманный, застигнутый»; лат. *epilepsia* или *caduca*) — одно из самых распространённых хронических неврологических заболеваний человека, проявляющееся в предрасположенности организма к внезапному возникновению судорожных приступов.

## **Первая помощь при эпилептическом припадке**



- Переверните больного на бок, что бы он не захлебнулся слюной.

- Следите, что бы больной не травмировал себя во время припадка.

- Вызовите скорую помощь

# Эпилептический приступ



- Возникновение эпилептического приступа зависит от комбинации двух факторов самого мозга: активности судорожного очага (иногда его ещё называют эпилептическим) и общей судорожной готовности мозга. Также те или иные состояния организма могут быть провоцирующим фактором эпилептического приступа (эпилептические приступы, связанные с наступлением менструаций; эпилептические приступы, наступающие только во время сна). Кроме того, эпилептический приступ может быть спровоцирован рядом факторов внешней среды (например, мерцающим светом). Существует целый ряд классификаций характерных эпилептических приступов.

# Диагностика лечения



- **Электроэнцефалография**

- Для диагностики эпилепсии и её проявлений получил широкое распространение метод электроэнцефалографии (ЭЭГ), то есть трактовки электроэнцефалограммы. Особенно важное значение имеет наличие фокальных комплексов «пик-волна» или асимметричных медленных волн, указывающих на наличие эпилептического очага и его локализацию. О наличии высокой судорожной готовности всего мозга (и, соответственно, абсансов) говорят генерализованные комплексы пик—волна. Однако всегда следует помнить, что ЭЭГ отражает не наличие диагноза эпилепсии, а функциональное состояние головного мозга (активное бодрствование, пассивное бодрствование, сон и фазы сна) и может быть нормальной даже при частых приступах. И наоборот, наличие эпилептиформных изменений на ЭЭГ не всегда свидетельствует об эпилепсии, но в некоторых случаях является основанием для назначения антиконвульсантной терапии даже без явных приступов (эпилептиформные энцефалопатии).

## Цели лечения эпилепсии

Название цели	Способы достижения
Обезболить периоды приступов	Для больных, испытывающих во время приступа боль, уменьшить её, например, регулярным приёмом противосудорожных и/или обезболивающих лекарств. Так же кроме лекарств могут подойти и другие средства, например может помочь регулярное употребление богатого кальцием сушёного чернослива, но этот способ не устраняет причину приступов — спонтанную реакцию начала приступа в головном мозге больного эпилепсией, он только повысит содержание кальция в организме, что, возможно, облегчит течение судорог.
Предотвратить наступление новых приступов	Хирургически, медикаментозно
Снизить частоту приступов	Если приступы полностью не удастся предотвратить, то можно достичь цели снизить их частоту. Хирургически, медикаментозно, <a href="#">VNS-терапия</a>
Снизить длительность отдельных приступов	длющиеся более минуты приступы с задержкой дыхания называют тяжёлыми приступами, а длющиеся менее 10-15 секунд — лёгкими. Во время тяжёлых приступов с задержкой дыхания может пострадать мозг и другие органы из-за недостатка их снабжения кислородом.
Добиться отмены приёма лекарств	Без возобновления припадков
Свести к минимуму побочные эффекты лечения	Подбирается индивидуально
Обезопасить общество от больных эпилепсией, совершающих общественно опасные действия	В предчувствии приступа, во время него или после него больные могут чувствовать себя особенным образом, что может привести к невменяемому состоянию и совершению противоправных действий. Медикаментозно, физическое усмирение: изоляция, надевания смирительной рубашки; профилактические мероприятия, например в виде регулярного контроля того, что ногти на руках обрезаны и в невменяемом состоянии ими будет невозможно поцарапать других людей.

# Помощь при приступе эпилепсии



- Не старайтесь сдерживать приступы судорог или привести человека в сознание, главное - предотвратить падение и удары. Помните, что больной во время припадка ничего не чувствует. Под голову нужно положить скрученную одежду в роли подушки. Если рот приоткрыт, возьмите носовой платок или любой подручный материал и положите в рот, чтобы предотвратить прикусывание языка. Если зубы плотно сомкнуты, то не нужно пытаться открывать их силой, скорее всего это не удастся без нанесения травм. При обильном слюноотделении голову нужно повернуть на бок, для того, чтобы больной не захлебнулся собственной слюной. Оказывая помощь при эпилепсии, не стоит забывать, что приступ длится всего пару минут, поэтому самое главное - это переждать время припадка и проследить, чтобы пострадавший не поранился.
- Во время приступа желательно придержать голову, можно руками, но если есть возможность, то лучше всего сесть и зажать голову больного между коленей, а руками слегка придавить сверху.
- Если у больного остановилось дыхание, то не пугайтесь, такое встречается довольно часто и длится всего несколько минут.

# Медикаментозное лечение эпилепсии



- Противосудорожные, другое название антиконвульсанты , снижают частоту, длительность, в некоторых случаях полностью предотвращают судорожные приступы.
- При терапии эпилепсии главным образом применяют противосудорожные препараты, использование которых может продолжаться на протяжении всей жизни человека. Выбор антиконвульсанта зависит от типа приступов, синдромов эпилепсии, состояния здоровья и других лекарств принимаемых пациентом . В начале рекомендуется использование одного средства . В случае когда это не имеет должного эффекта, рекомендуется перейти на другое лекарство. Два препарата одновременно принимают только если одно не работает. Приблизительно в половине случаев, первое средство эффективно, второе дает эффект у еще примерно 13%. Третье, либо совмещение двух может помочь дополнительным 4%. У около 30% людей приступы продолжаются несмотря на лечение антиконвульсантами .



Возможные препараты включают в себя фенитоин, карбамазепин, вальпроевую кислоту, и примерно одинаково эффективны как при частичных, так и генерализованных приступах (абсансы, клонические приступы). В Великобритании карбамазепин и ламотриджин рекомендованы как препараты первой линии для лечения частичных приступов, а леветирацетам и вальпроевая кислота второй линии из-за их цены и побочных эффектов. Вальпроевая кислота рекомендована как препарат первой линии при генерализованных приступах, а ламотриджин второй. У тех, кто не имеет приступов рекомендуются этосуксимид или вальпроевая кислота, которая особенно эффективна при миоклонических и тонических или атонических приступах.

Нейротропные средства — могут угнетать или стимулировать передачу нервного возбуждения в различных отделах (центральной) нервной системы.

Психоактивные вещества и психотропные средства влияют на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния.

Рацетамы перспективный подкласс психоактивных ноотропных веществ.

# Оказания первой помощи больным с нарушением психической деятельности



- **Психически больные** (синоним душевнобольные) — больные с врожденным или приобретенным расстройством психической деятельности.



# Лечение



- При оказании помощи возбужденному больному основная задача врача СМП состоит в обеспечении безопасности больного и окружающих. Часто для контроля над беспокойством достаточно бывает создать спокойную обстановку и наладить контакт с пациентом, чтобы он чувствовал себя в безопасности.
- При психотических расстройствах (бред, галлюцинации) для купирования возбуждения применяют нейролептики-антипсихотики. Основное показание к инъекциям психотропных средств — отсутствие согласия больного на лечение, поскольку различия между таблетированными и инъекционными формами препаратов касаются в основном скорости развития терапевтического эффекта и, в меньшей степени, уровня достигаемой седации. Оптимальный путь введения лекарственных средств — внутримышечный; внутривенное введение препаратов необязательно, а в некоторых случаях физически невозможно

- Современные стандарты терапии предполагают использование таблетированных (например, рисперидон, оланзапин) и инъекционных форм атипичных антипсихотиков (например, Рисполепт Конста) в качестве средств первой линии у всех групп пациентов, в то время как традиционные нейролептики остаются препаратами резерва. При декомпенсации психического заболевания у соматически здорового пациента для купирования возбуждения при необходимости используются максимальные дозы препаратов. Обычно внутримышечно вводят оланзапин (Зипрекса) в дозе 5–10 мг или зуклопентиксол (Клопиксол-Акуфаз) в дозе 50 мг. Введение некоторых нейролептиков (галоперидол, зуклопентиксол, оланзапин, трифлуоперазин) нередко сопровождается развитием экстрапирамидных расстройств и требует параллельного использования корректоров — антипаркинсонических средств, таких как тригексифенидил (Циклодол, Паркопан, Ромпаркин). При отсутствии атипичных нейролептиков можно вводить 100–150 мг (4–6 мл 2,5 %-ного раствора) хлорпромазина (Аминазина) или левомепромазина (Тизерцина) внутримышечно. Введение нейролептиков требует контроля уровня артериального давления в связи с опасностью развития коллапса. Для профилактики ортостатических реакций применение нейролептиков в дозах, превышающих минимально эффективные, следует сопровождать внутримышечной инъекцией 2,0–4,0 мл 25 %-ного раствора Кордиамина (в другую ягодицу).

# Направления деятельности психологической службы

Психологическая  
диагностика

Кризисная  
психологическая  
помощь



Психологическое  
вмешательство

Профилактика  
психологических  
нарушений

Научно-  
образовательная  
работа

# Список использованной литературы:



- 1) *Сумин С.А.* Неотложные состояния. М.: «МИА», изд. 2002-2006 гг.
- 2) *Авруцкий Г.Я.* Неотложная помощь в психиатрии. М.: «Медицина», 1979.
- 3) *Кекелидзе З.И., Чехонин В.П.* Критические состояния в психиатрии. М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997.
- 4) Психиатрия. *Под редакцией Р. Шейдера.* Пер. с англ. – М.: «Практика», 1998.
- 5) *Нитруца М.И., Нагнибеда А.Н.* Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе. СПб.: «Специальная литература», изд. 1998, 2000 гг.
- 6) *Карлов В.А.* Судорожный и бессудорожный эпилептический статус. М.: 2007.



**Спасибо за  
внимание!!!**

