

# 1. Психопатологическая семиотика. Психопатологическая синдромология. Определение.

## 2. Первая помощь при эпилепсии

Презентацию выполнила студентка лого-2  
группы,  
Соколова Алина



# 1. Психопатологическая семиотика. Психопатологическая синдромология.

## Определение.

- Семиотика (в медицине) — учение о признаках болезней (симптомах) и характерных их сочетаниях (синдромах). Семиотику психических расстройств обычно называют общей (описательной) психопатологией (в отличие от частной психопатологии, изучающей конкретные болезни, и «объясняющей» психопатологии — психологических концепций формирования тех или иных психических расстройств, используемых в разных психотерапевтических подходах).
- Психопатологический синдром (иногда называемый психопатологическим симптомокомплексом) — повторяющаяся совокупность симптомов, объединённых единством патогенеза, общими механизмами происхождения и характеризующих текущее состояние лица с психическим расстройством. Психопатологический синдром — одна из важнейших диагностических категорий психиатрии.



# Психопатологические синдромы делятся на следующие группы:

- аффективные синдромы, указывающие на расстройства настроения: от чрезмерно повышенного настроения с ускорением ассоциативных процессов (маниакального синдрома) до прямо противоположного (депрессивный синдром);
- бредовые синдромы, указывающие на расстройство мышления и искажённое восприятие действительности, например: паранойяльный синдром, параноидный синдром, синдром Кандинского — Клерамбо;
- аффективно-бредовые синдромы, сочетающие расстройства мышления и настроения, например: сочетание бреда преследования и тревоги (тревожно-параноидный синдром), сочетание повышенного настроения и фантастических бредовых идей (маниакально-парафренический синдром);



- синдромы двигательных расстройств, например: кататонический синдром, включающий расстройства от ступора до бесцельного двигательного возбуждения;
- синдромы, связанные с органическим поражением мозга: синдром височной доли, синдром лобной доли, психоорганический синдром;
- синдромы помрачения сознания, например: помрачение сознания с наплывом галлюцинаций, парейдолий и двигательным возбуждением — делириозный синдром, сновидное помрачение сознания с фантастическим содержанием переживаний — онейроидный синдром, часто встречаемое помрачение сознания при эпилепсии — сумеречное.
- Синдромы расстройства памяти, например: синдром Корсакова, при котором человек вовсе не может запоминать текущие события.



- Синдромы расстройства восприятия, например: состояние с сильным наплывом галлюцинаций — галлюцинаторный синдром;
- Синдромы расстройства воли: апато-абулический синдром, абулически-акинетический синдром;
- Стоит отметить, что приём психотропных препаратов сам по себе тоже может вызвать расстройство эмоций, мотивации или когнитивной сферы. СИОЗС-индуцированный синдром апатии может возникнуть при лечении антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), нейролептический дефицитарный синдром и нейролептическая депрессия при лечении нейролептиками (антипсихотиками).



## 2. Первая помощь при эпилепсии.

- Эпилепсия – заболевание головного мозга, поддающееся лечению, до сих пор в обществе распространён ряд ошибок и предупреждений, связанный с диагнозом «эпилепсия». Больные до сих пор испытывают на себе бремя социальной стигматизации, что особенно характерно в тех странах, где в обществе и в медицинской среде не распространены современные знания об эпилепсии. Больные встречаются с ограничениями в различных сферах жизни, в том числе, при поиске работы, в процессе обучения. Нередко, чтобы избежать социальной стигматизации, больные скрывают диагноз, что может привести к непоправимым последствиям, представляющим угрозу для здоровья и жизни больного.



- Помощь больному во время приступа.
- 1. Если больной предчувствует приступ, он должен принять необходимые меры безопасности? Лечь на кровать или на землю, подальше от травмирующих предметов, ослабить галстук (у мужчин). Ребёнка нужно положить на плоскую кровать или пол, расстегнуть или ослабить тесную одежду, особенно у горла, чтобы освободить дыхательные пути. Вне дома ребёнка необходимо перенести в безопасное место (дальше от воды, уличного движения, острых предметов и углов), положить под голову что-нибудь мягкое (например, свёрнутую куртку, кофту). Необходимо защитить больного от травм, особенно, травмы головы.



. **2.** Если судорожный приступ возникает внезапно и больной не предчувствует его, он сам не может защитить себя от травмы, и меры предосторожности должны быть приняты уже после начала приступа. Во время приступа больного нельзя переносить, кроме тех случаев, когда ему может угрожать опасность, например, на проезжей части, возле огня, на лестнице или в воде.

. **3.** При повышенном слюноотделении и рвоте больного надо положить на бок, чтобы он не захлебнулся. Делать это надо мягко, не применяя силу.



- **4.** Не пытайтесь держать больного, ограничивая его движения. Также не нужно пытаться открыть рот больного, даже если произошло прикусывание языка: это может привести к травме зубов, слизистой рта и языка. Помните, что при положении головы на бок западение языка никогда не возникает и рекомендации по разжиманию челюстей вытаскивания и даже фиксация языка не оправданы и вредны. Такое опасное осложнение приступа, как западение языка, приводящее к асфиксии и смерти, возникает лишь в случае положения головы лицом вверх с запрокидыванием головы назад. Ни в коем случае не допускайте такого положения головы!
- **5.** Нужно подождать, когда закончится приступ, находясь рядом с больным и внимательно наблюдая за его состоянием, чтобы правильно и полно описать проявления приступа врачу.



- . Очень важно заметить время, когда начался приступ, поскольку длительность приступа или серий приступов, приближающаяся к **30** минутам, означает, что больной входит в угрожающее его жизни состояние – эпилептический статус – опасное состояние, требующее неотложной госпитализации и интенсивной терапии.
- . После приступа больной засыпает. В этом случае не надо его тревожить, чтобы дать возможность восстановиться истощённым от приступа нервным клеткам. Необходимо оставаться рядом с больным и дожидаться, когда закончится постприступный период и сознание полностью восстановится.



- 6. Во время приступа нельзя пытаться сдерживать и ограничивать судорожные движения больного, применяя силу. Также нельзя разжимать сжатые судорогой челюсти своими руками или твёрдым предметом. Нельзя поливать больного водой, делать искусственное дыхание. Также не рекомендуется пытаться разбудить больного после приступа, встряхивая его, постукивая, давая нюхать острые запахи или применять какие-либо другие способы.
- 7. Большинство приступов заканчиваются самостоятельно и продолжается кратковременно (несколько секунд или минут). Судорожные приступы обычно самопроизвольно прекращаются через 1-3 минуты, и поэтому обычно больной не нуждается в помощи врача. Однако если продолжительность приступа превышает 5 минут, необходимо вызвать врача, требуется внутримышечное или внутривенное введение препарата, прекращающих приступ.