

# Қазақстан – Ресей Медицина Университеті

## **СӨЖ**

Тақырыбы: “Шизофрения”

Орындаған :Қожағұл .Г.С:

Тобы: 507”Б”

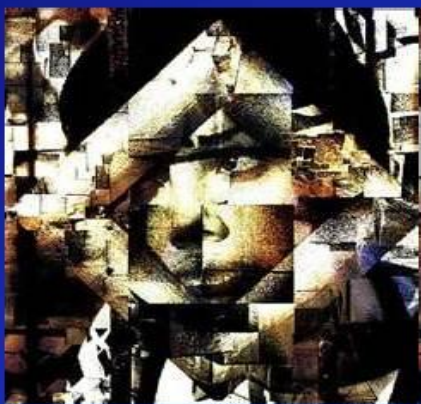
Қабылдаған: Жусупова Э.Т.

Шизофрения ауруы Шизофрения дегеніміз — жастық шақта пайда болатын созылмалы психикалық эндогенді прогрессивті, этиологиясы жағынан айқындалмаған ауру. Шизофренияны оқып танығанда Э.Крепелиннің жұмыстарын ескеру қажет. Ол бойынша dementia praecox (ерте кемақылдық) ұғымына біріктірілген бірнеше психоздар. Жастық шақта себепсіз басталатын, прогрессивті ағымды және тұлғаның терең дефектілеріне (гебефрения, кататония) әкелетін және созылмалы сандырақты психозға әкелетін ауру деп есептеді. Ал ағылшын тілді елдерінде шизофрения Блейлердің “төрт А” белгісімен көрінеді: Аутизм, Апатия, Амбиваленттілік, Ассоциативті бұзылыстар. Шизофренияның этиологиясы Э. Крепелиннің ойынша шизофрения токсикоздың, сонымен қатар жыныс бездерінің функцияларының бұзылысы нәтижесінде; Белок алмасуы бұзылысының нәтижесінде, науқас ағзасында ыдыраудың азотты өнімдері жиналуына байланысты дамиды деп есептеген. Тұқым қуалаушылық фактор Көп жағдайда этиологиясы анықталмаған, белгісіз. Шизофрения патогенезі. Науқас қанының сары суында токсикалық өнімдер болған. Оны биохимиялық және иммунологиялық зерттеу нәтижесінде эмбрионның нервті жасушаларына тежеуші әсер ететінін анықтаған. Шизофрения кезінде жүйке жүйесінің клеткаларына зақымдаушы әсер көрсеткен, яғни аутоантиген мен аутоантиденелердің түзілуіне әкеледі, бұл митозін зақымдайды. Олардың саны ауру процесіне байланысты болып келеді, неғұрлым процесс ауырырақ болса, соғұрлым олардың саны көп болады.+ Эпилепсия немесе мидың басқа да ауруларының болуымен дамиды аналогты бұзылыстар F06.2x деп кодталынса, нашақорлықпен дамиды F1x.5xx деп кодталынуы керек.

# Эндогенные психические расстройства



Шизофрения



Маниакально-депрессивный  
психоз



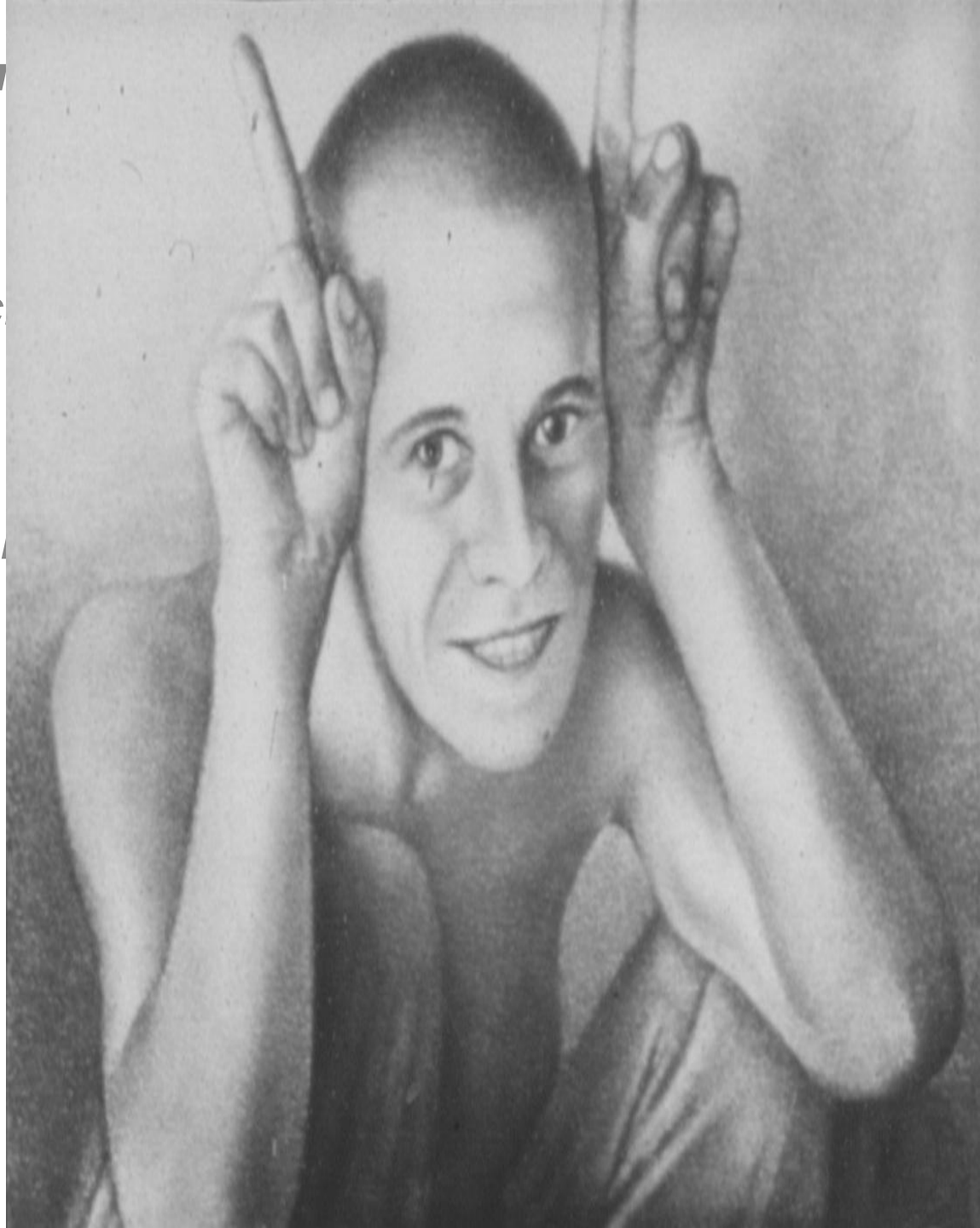
*Шизофрения бұзылыстарының ағымының типін келесі 5-тік белгі бойынша жіктейді.*

## Клиникалық көрінісі

- *Ойлау бұзылысы: ойдың ағылып-төгілуі, тоқтап қалуы, ойдың параллелдігі.маызсыз ақылдылық, сөйлеу үзілістілігі;*
- *Қабылдау бұзылыстары. Есту, тактильді, иіс сезу, көру галлюцинациялары(жалған галлюцинациялар), сандырақтың көптеген түрлері-паранойяльды, параноидты, парафренді. Кандинский-Клерамбо синдромы көрінеді;*
- *Қозғалыс-ерік бұзылыстары. Кататониялық синдром, ступор жағдайы, қозу;*
- *Сезімдік бұзылыстар:сезімдерін жоғалтып барлығына немқұрайлы қарайды, жақтырмаушылық, ашушаңдық,*
- *Тәртіп бұзылыстары: ойламаған қозғалыстар жасайды, сөйлеу мәнері мен мимикасы өзгереді;*

# *Шизофренияның формалары*

- Параноидты формасы*
- Гебефрендік формасы*
- Кататоникалық формасы*
- Қарапайым формасы*
- Циркулярлы формасы*
- Сенестопатиялы-ипохондриалық формасы*



Параноидты шизофрения. Шизофрениялардың ішіндегі ең жиі таралған түрі болып табылады. Клиникалық көрінісінде салыстырмалы тұрақтылық, жиі параноидты, сандырақты, көбінесе есту галлюцинацияларымен жүретін, қабылдаудың бұзылыстарымен көрінеді. Сана-сезім, ерік, ойлау бұзылыстары, кататоникалық симптомдар әлсіз көрінеді. Шизофренияның параноидты түрінде ауру күйінде сандырақ идеялар басым келеді. Көбінесе галлюцинациялардың байқалуымен қоса жүреді. Бір жағдайларда ауру жедел басталып, бас кезінде үзік-үзік және ауытқымалы пікірлер нақты сипатта көрінеді (“бейнелі” сандырақ). Енді бір жағдайларда сандырақ маңайындағылар үшін түсініксіз, ақиқаттан қол үзген елес түрінде жиі білінеді (“дерексіз” сандырақ).

Параноидты түрде әртүрлі сандырақ идеялар: қарым-қатынас, ықпал ету, аңду, қызғану, жаңашылдық сандырақтары, ипохондриялық сандырақ, ұлылықтың сандырақ идеялары түрлерінде байқалады. Көбіне сандырақ синдромының орталығы психикалық жаттандылық құбылысын құрайды (Кандинский-Клерамбо синдромы)

Парафрениялық синдром шизофренияның клиникалық көрінісі ретінде өз дамуында бірқатар сатылардан өтеді. Мұның алғашқысы инкубациялық кезең. Бұл кезеңде аурудың жеке басы баяу дамиды өзгеріске ұшырайды. Ашушаңдық. Сарыуайымшылдық, ипохондриялық ойлар біртіндеп шүбәлану мен күдікшілдікке ұласады.

Гебефренді шизофрения Шизофренияның ең қатерлі формаларының бірі болып табылады. Оның негізгі көрінісі гебефренді синдром болып табылады. Мінез құлықтың үзік-үзіктігімен қатар келеңсіздігі, сөздің ерекшелігі, сезімнің айқын орнықсыздығы білінеді. Ауру бет-аузын қисайтады, оның әрекеті ерекше сиықсыздығымен ерекшеленеді, кейде сотқарлық немесе есерлік сипат алғандай болады. Сезімдік әсер шектен тыс орнықсыз және дәлелсіз болған жағдайда құрғақ өнімсіз эйфория басым болады. Біршама қолайсыз уақыттан кейін ойлаудың үзік-үзіктілігі айқын байқалатын кемақылдық тез басталады. Ал кейбір жекелеген жайдайларда едәуір терең ремиссия байқалады. Бұл түр 20 жасқа дейінгі жас адамдарда жиі кездеседі. Кататоникалық шизофрения Бұл қозғалыс бұзылыстарының басым болуымен сипатталады. Кататоникалық ступор науқастардың ыңғайсыз, жасанды, шаушау сезімін сезінбей ұзақ уақыт бір қалыпта (позада) тұруымен ерекшеленеді. Мысалы, ауалы жастықша симтомы, капюшон симптомы, ұрықтық қалыпты сақтайды. Бұл кезде бұлшықет тонусы күрт жоғарыланған. Ол науқас тардың ары қарай бір қалыпты сақтауына көмектеседі. Прimitивті рефлексдер тежеледі. Науқастарға негативизм және мутизм тән. Кейбіреулеріне кататоникалық қозулар тән. Кататонияның басқа симптомдарына қозғалысты, мимиканы, сөздерді қайталау (эхопраксия, эхомимия, эхoлaлия) тән.



Қарапайым шизофрения Бұл түрі қызығу жоғалуының өрши түсуімен, босандықтық, сезімдік немқұрайлылықтың, тұйықтықтың, парасат жағынан өнімісіздіктің өсе түсуімен сипатталады. Бұл жағдайда, әдетте, дыбыс беру түріндегі жұтаң және қарапайым есту галлюцинациясы орын алады. ойлау дәйексіздігі байқалып, уақыт өте келе үзік-үзік түрде неғұрлым анық көрінетіндей күйге жетеді. Бұл түрі үшін аурулық құбылыстардың баяу өсуі тән. Бұл жағдай аурудың беті қайтуы сирек байқалады.



Шизофрения ағымы.

- Ағымының типтері
- Үздіксіз типті ағымы
- Ұстама тәрізді-прогредиентті типті ағымы

Периодты (рекуррентті) типті ағымы

I. Тез өршитін ағымы.

II. Аурудың бірінші немесе екінші жылында аурудың жеке басының ыдырауы мен толық еңбекке қабілетсіздік басталады.

III. Ұстама тәрізді ағымы.

IV. Науқастарда ұстама мен ремиссия алмасып отырады.

V. Ремиссия кезінде тұлғалық өзгерістері сақталған, ұстама кезінде психоздың жедел көріністерімен көрінеді.

VI. Баяу ағымды

дифференциалдық диагностика Шизофрения ауруларын келесі аурулармен ажырата білу қажет:

- Жедел симптоматикалық психоздан Неврозбен Созылмалы психогениямен Мидың органикалық зақымдануынан пайда болған аурулар (эпилепсия, ми мерезі) Шизофренияда келесі болжамдық критерийлерді тұжырымдауға болады: Жедел пайда болып, күшті психотиялық симптоматикамен өтетін ауру ұстамасы (жедел кататониялық ступор және қозу, шатасу күйі, жедел түс тәріздес галлюцинациялық-параноидты ұстама) жақсы болжамға ие болады.
- Өзгермелі симптоматикалық күй болжамдық жағынан бір сарынды симптоматикамен сипатталатын күйге қарағанда жақсы болады.
- Аурудың ұзақтығы

## Шизофренияны емдеу жоспары

1. Патогенетикалық ем
2. Медикаментозды емдеу (симптоматикалық ем)
3. Психотерапия Еңбек терапиясы
4. Емдеу мекемесінде, үйде, жұмыс орындарында және басқа жағдайларда режим ұйымдастыру

Психофармотерапія. Шизофренияны емдеуде бұлардың ішінде психолептик көп қолданылады. Ал басқалары сирегірек пайданылады. Аминазин, трифтазин, галоперидол ағзаға жан-жақты әсер етеді. Психиатрлық практикада емдеу тиімділігі бар дәрі ретінде қолданылып, қозуды бәсеңдетеді, психикалық күш түсуді жояды. Сөйтіп, седативті және ұйқы келтіретін әсерге ие болады. Бұл препараттарды көбінесе сандырақ, галлюцинациялар және қозу процестері басым болған жағдайда қолданылады. Симптоматикалық ем. Кататоникалық симптоматика болған жағдайда –этаперазин, мажептил, френолон, эглонил қолданылады. Созылмалы шизофрения кезінде ұзақ уақыт ұстап тұрушы ем жүргіземіз. Бұл жағдайда ұзақ әсерлі нейролептиктер –модитен-депо, галоперидол-деканат (3-4 аптада 1 рет жүргізілетін инъекция) пайдаланылады. Нейролептиктерді жоғары мөлшерде қабылдайтын науқастарда неврологиялық әсерлер-нейролептикалық синдром, дәрілік паркинсонизм дамуы мүмкін. Бұл жағдайлардың алдын алу үшін науқастарға паркинсонға қарсы препараттар(циклодол, акинетон), димедрол, бензодиазепинді транквилизаторлар және ноотроптар қолданылады.

Егер депрессия, ипохондрия көріністері, сенестопатиялар болса, антидепрессанттар-амитриптилин, мелипрамин, анафранил, лудиомил тағайындайды

Инсулинді терапия. Инсулиндер тудыратын әсер ету механизмінің гипогликемияның күйі күрделі және бірнеше компоненттерді қамтиды. Оның компоненттерінің бірі-дезинтоксикациялық болады. Екінші компонент вегетативті жүйке жүйесіне әсер теді. Үшінші компонент тежелудің дамуы. ол емдік-қорғаныштық мәнге ие болады. Инсулиннің алғашқы әсері талғаулы церебралдық ретте емес, алмасудың әр түрлі орналасқан жалпысоматикалық тұрғыдан қарастыру керек. Психотроптық препараттардың алғашқы әсері церебралдық. Осыдан барып, инсулин мен психотропты дәрілерді комплексті қолдану дұрыс болады.

Дәрілік асқынулары Дәрілерді мөлшермен пайдаланбаса асқынулар пайда болуы мүмкін: лейкопения, қан тұтқырлығының төмендеуі, қауіпті асқыну-агранулоцитоз. Соматикалық жағынан емдеуге жатпайтын кеселдер: тромбофлебит және тромбангит, гепатит, айқын білінетін гипотония, қан аурулары.

Электро-тырысулы терапия (ЭСТ) нұсқада жүргізіледі. Бұлшықет ішіне камераның үлкен мөлшерін немесе тамырға дәрілерді айдау дәрілер енгізу арқылы, сонымен қатар аурудың басынан белгілі бір сипаттағы электр тоғын жүргізу арқылы жүргізіледі. ЭТС кезінде арнайы аппаратура қолданылады. Қазіргі кезде емдеу курсы 5-6 сеанстан тұрады. Әр сеанс арасына 2-3 күн салып жүргізіледі. Бұл ем инсулинтерапия мен психофармокологиялық медикаменттермен емдеу нәтиже бермеген жағдайда ғана қолданған дұрыс болады.