

*Әртүрлі жастық кезеңдерде шизофренияның,  
параноидты және шизоаффективті және  
аффективті бұзылыстардың негізгі клиникалық  
белгілері. Әртүрлі соматикалық ауруларда  
психикалық көріністердің дифференциалды  
диагностикасы. Емдеу әдістері*



Алпысбай Жұлдыз

**Шизофрения - этиологиясы анықталмаған, созылмалы ағымға бейім, наукас тұлғасының типті өзгерістерімен әлеументтік адаптация және еңбекке қабілеттіліктің тұрақты бұзылыстарына алып келетін әртүрлі айқындылық дәрежесіндегі өзге психикалық бұзылыстармен көрінетін психикалық ауру.**

Алпысбай Жұлдыз



0 Шизофренияның тұрғындар арасында таралу дәрежесі ғылыми және тәжірибелік тұрғыдан маңызды мәселе болып отыр, оның таралуының барлық елдерде бірдейлілігі және жалпы тұрғындарға шаққанда 1-2 пайыз құрайтындығыны анықталған. Шизофрения кез-келген жас кезеңінде басталуы мүмкін, дегенмен шизофренияның дамуына аса тән жас кезеңі 20-25 жас. Әйелдерде ауру жедел өтеді, ал ер адамдарда әйелдерге қарағанда ауру ерте басталады. Ұстама тәрізді үдемелі шизофренияның басталатын жас кезеңі әртүрлі: балалық шақта, жетілген және егде жас кезеңінде де басталуы мүмкін, сондықтан аурудың клиникалық көрінісінде де жасқа байланысты ерекшеліктер болады



Алпысбай Жұлдыз

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.

- 0 АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):**
- 0 F- 20.0 Параноидтық шизофрения
- 0 F-20.00 Үздіксіз ағымды параноидты шизофрения
- 0 F-20.01 Кездейсоқ күшейетін кемістігі бар параноидты шизофрения
- 0 F-20.02 Кездейсоқ тұрақты нәтижелі параноидты шизофрения
- 0 F-20.03. Кездейсоқ ремиссиялы параноидты шизофрения

## Шизофренияның этиологиясы

- 0 Э. Крепелиннің ойынша шизофрения токсикоздың, сонымен қатар жыныс бездерінің функцияларының бұзылысы нәтижесінде;
- 0 Белок алмасуы бұзылысының нәтижесінде, науқас ағзасында ыдыраудың азотты өнімдері жиналуына байланысты дамиды деп есептеген.

### Қауіп-қатерлі факторлар

Қазіргі кезге дейін бұл аурудың себептері толық зерттелмеген. Десек те, шизофренияның дамуына, ағымына әсер ететін ықпалдар жөнінде мәліметтер бар:

1. Генетикалық (тұқым қуалаушылық) факторлар.
2. Нейрохимиялық факторлар (мыс. нейромедиаторлар (дофамин)).
3. Психоәлеуметтік факторлар.
4. Мидың құрылымдық өзгерістері (мидың маңдай, самай аймақтарындағы, гиппокамптағы, ми қарыншаларындағы өзгерістер).
5. Эндокриндік өзгерістер (қалқаншабездік, пролактиндік жүйедегі өзгерістер).
6. Иммунитеттік (имундық) бұзылыстар (Ig A, Ig G, Ig M).

## Клиникалық көрінісі

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



# 0 Шизофренияның формалары

- 0 Параноидты формасы
- 0 Гебефрендiк формасы
- 0 Кататоникалық формасы
- 0 Қарапайым формасы
- 0 Циркулярлы формасы
- 0 Сенестопатиялы-ипохондриалық формасы



## 0 Параноидты шизофрения.

- 0 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



0

## Гебефренді шизофрения

- 0 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.



Алпысбай Жұлдыз

0

## Кататоникалық шизофрения

- 0 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, эхолалия) тән.



Алпысбай Жұлдыз

## 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.



Алпысбай Жұлдыз

# Шизофрения ағымы. Ағымының типтері

- Үздіксіз типті ағымы
- Ұстама тәрізді-прогредиентті типті ағымы
- Периодты (рекуррентті) типті ағымы
- **Тез өршитін ағымы.** Аурудың бірінші немесе екінші жылында аурудың жеке басының ыдырауы мен толық еңбекке қабілетсіздік басталады.
- **Ұстама тәрізді ағымы.** Науқастарда ұстама мен ремиссия алмасып отырады. Ремиссия кезінде тұлғалық өзгерістері сақталған, ұстама кезінде психоздың жедел көріністерімен көрінеді.
- **Баяу ағымды**

*0 Шизофренияның соңғы күйі:*

- 0* Әлсіз-апатикалық кемақылдық;
- 0* акинетикалық кататоникалық және негативті жағдай;
- 0* гиперкинетикалық кататоникалық жағдай;
- 0* галлюцинаторлы-сандырақты жағдаймен сипатталады.



Алпысбай Жұлдыз

## 0 Дифференциалдық диагностика

0 Шизофрения ауруларын келесі аурулармен ажырата білу қажет:

0 Жедел симптоматикалық психоздан

0 Неврозбен

0 Созылмалы психогениямен

0 Мидың органикалық зақымдануынан пайда болған аурулар (эпилепсия, ми мерезі)



## 0 Емдеу тактикасы

0

### Ем мақсаты

- 0 Ұстаманы тыю емі ұстама білінген сәттен бастап клиникалық ремиссия байқалғанға дейін жүргізіледі, демек психоз айтарлықтай басылғанға дейін немесе толықтай кеткенше жалғастырылады. Шизофренияның әйгіленіп (манифестацияланып) тұрған кезінде немесе кезекті өршіп кету (ұстамасы) кезінде ең басты емдік шаралар жіті психоздық симптоматиканы тыюға бағытталуы керек.

0



Алпысбай Жұлдыз



## 0 Дәрі-дәрмектік ем

0

Емдік шаралар жасағанда:

0 1. Ауру өршуінің (ұстаманың) психопатиялық құрылымын ескеру қажет, себебі сол арқылы психотропты дәрілердің ең тиімді түрлері таңдалып алынады.

0 2. Емдеу барысында синдромның спонтанды трансформацияға немесе ем әсерінен өзгеріске ұшырау ерекшеліктерін ескеру керек, себебі сол арқылы беріліп жүрген дәрілерді ауыстыру немесе басқа препараттар қосу, сондай-ақ жасалып жатқан емдік әдісті ауыстыру немесе басқа емдік әдістерді қосымша тағайындау мәселелері шешіледі.

0

Нақты бір препаратты таңдап тағайындағанда сол нейролептик дәрінің психотроптық белсенділігінің спектрін және оның жағымсыз әсерлерін, тағайындауға қарсы көрсетілімдерін, басқа дәрілермен әрекеттесу деңгейін ескере отырып жасалады. Нақты бір нейролептик дәріні мөлшерлеп беру режимі, орташа және ең жоғары тәуліктік дозасы, енгізу жолдары, науқастың жасына және соматикалық жағдайына сондай-ақ психопатологиялық симптоматиканың сипаты мен айқындылығына байланысты анықталады. Бұл дәрілерді қандай мөлшерде және қандай жағдайда қалай тағайындау керек екенін психиатр дәрігер шешеді.

0

- 0 1. **Хлорпромазин** – 2,5% ерітінді. Тәулігіне 2,0 x 3 рет, 5-10 күн бойы беріледі. Бір реттік ең жоғары дозасы 150 мг, тәуліктік дозасы 1000 мг. Психомоторлық еліруді тыю үшін қолданылады, кейін толық емдік нәтижеге жеткенге дейін 25-50 мг амнизин ішкізуге ауыстырады (бірреттік ең жоғары дозасы 300 мг, тәуліктік дозасы 1500 мг). Мінез ауытқуларын реттеу, психомоторлық еліруді тыю үшін тағайындалады. Препаратты венаға жіберген жағдайда артериялық қысымды өлшеп отыру керек, егер қан қысымы түсіп кетсе кофеин немесе кордиамин салынады.
- 0 2. **Левомепромазин** – психомоторлық еліруді тыю үшін 0,025-0,075 г (2,5% ерітінді 1-3 мл) препаратты парентеральдық жолмен береді. Қажеттілік туындап бұлшықетке жіберу керек болса тәуліктік дозасын 0,2-0,25 г-ға (кейде 0,35-0,5 г-ға) дейін көбейтеді, егер венаға жіберу керек болса – 0,75-0,1 г. Емдік нәтиже біліне бастағаннан кейін біртіндеп препаратты парентеральдық беруден ішкізу арқылы беруге көшеді. Ішілетін тәуліктік дозасы 0,05-0,1 г (кейде 0,3-0,4 г). Емдеу курсы тәулігіне 0,1-0,3 г ішкізуден бастап емдік нәтижеге жеткенге дейін жалғастырады. Ауруханада емдеудің соңына қарай препарат дозасын біртіндеп азайтады да емнің нәтижесін сақтау үшін демеуші доза ретінде тәулігіне 0,025-0,1 г қабылдауды қалдырады. Емдік әсері – жалпы антипсихоздық әсер, айқын седативті (тыныштандыратын) әсер, психомоторлық еліруді басады, үрейді азайтады (үрейбасқы) әсер. Препаратты венаға жіберген жағдайда қан қысымын қадағалап өлшеп отыру керек, егер артериялық қысым төмендеп кетсе кофеин немесе кордиамин салу керек.
- 0 3. **Клозапин** – күніне 2-3 рет тамақтан кейін ішіледі. Бастапқы кезде 25 мг-нан тәулігіне 2-3 рет беріледі, кейін оңтайлы емдік нәтижеге жеткенге дейін препараттың тәуліктік дозасын (ең жоғарғы дозасы 600 мг) орташа алғанда 200-400 мг-ға дейін жоғарылатады.
- 0 Емдік әсері – жалпы антипсихоздық әсер, айқын седативті (тыныштандыратын, жұбатқы) әсер етеді, бірақ аминазин және басқа да алифатик фенотиазиндер сияқты аса күшті мәңгіртіп тастамайды.

0 4. **Вальпрой қышқылы** 300 мг-нан 1200 мг-ға дейін, нормотимик (көңіл-күйді жақсартатын) және құрысқакқа қарсы дәрі ретінде тағайындалады.

0 5. **Карбамазепин** – тәулігіне 400-600 мг (ең жоғары тәуліктік дозасы 1200 мг) нормотимик және мінез-құлықты реттейтін дәрі ретінде тағайындалады.

0 6. **Галоперидол** – 5% ерітінді түрінде 2,0 мл-ден күніне 3 рет парентеральдық жолмен 10 күн бойы беріледі, кейін препараттың ішкізу арқылы берілетін түріне ауыстырады, тәулігіне 15-30 мг (кейде 50-60 мг/тәу.) 2-3 рет бөліп қабылданады. Тағайындалған препарат дозасы аурудың динамикасына сай реттеліп беріледі. Емдік әсері – тікелей галлюцинацияларға (елестеулерге), сандырақты ауытқуларға іріктемелі антипсихоздық әсер етеді, сонымен қатар седативті әсері бар. Еліру және т.б. симптомдар күшейген жағдайда препаратты физиологиялық ерітіндіге қосып венаға тамызғы арқылы тамшылатып құюға болады, кейін аурудың қайта өршуін тежеу үшін демеуші доза деңгейіне (5-15 мг/тәу.) дейін азайтып береді.

0 7. **Трифлуоперазин** – бастапқы тәуліктік дозасы 5-10 мг, кейін бұл мөлшерді біртіндеп көбейте отырып емдік нәтижесі білінгенге дейін береді. Ең жоғарғы тәуліктік дозасы 100-120 мг. Препараттың психотроптық қасиетінде нейролептиктік әсер және шамалы стимуляциялағыш әсер бар, кең ауқымды іріктемелі антипсихоздық әсері негізінен психопродуктивті симптоматиканы, әсіресе елестеулерді (галлюцинацияларды), сандырақтауды, кататониялық симптоматиканы басуға бағытталған.

0 8. **Рисперидон** – ішуге арналған 30 мл ерітінді (1 мл-де – 1 мг), бастапқы тәуліктік дозасы 2 мг, орташа емдік дозасы 4-6 мг, көп жағдайда қосымша корректор дәрілер (циклодол, акинетон) тағайындаудың қажеті жоқ. Препарат продуктивті және негативті симптоматикаға, сонымен бірге қосарласқан аффективті ауытқуларға әсер етеді, дофамин-серотонинэргиялық антагонизмі үйлесімді болғандықтан пациенттердің ресоциализациялануын кеңейтуге, аурудың өршу жиілігін және ауруханада емделу мерзімін азайтуға, өмір сүру сапасын арттыруға, әлеуметтік адаптациясын жеңілдетуге мүмкіндік береді.

0 **Алпысбай Жұлдыз**

0

9. **Оланзапин** – бастапқы берілетін дозасы 5-10 мг/тәу., емдік (терапиялық) дозасы тәулігіне 5 мг-нан 20 мг-ға дейінгі аралықта, науқастың клиникалық жағдайын ескере отырып беріледі. Психикалық продуктивті және негативті симптоматикаға, сонымен қатар қосарласқан аффективті ауытқуларға әсер етеді. Негативті симптоматикаға әсер ететіндіктен психикалық кемістіктің аздау дамуына және әлеуметтік бейімделу жеңілдеу болуына ықпал жасайды. Көп жағдайда арнайы корректор дәрілерді қосымша тағайындаудың қажеті жоқ. Оланзапинді ерітінді түрінде 10 мг-нан 1 рет бұлшықетке жіберуге болады. Параноидтық симптоматика және депрессиялық аффект қосарласқан жағдайда антидепрессанттар тағайындалады.

0

10. **Амитриптилин** – күніне 2,0 x 3 рет, біртіндеп дозасын 120 мг-ға дейін жоғарылата отырып, 10 күннен асырмай, бұлшықетке салады. Кейде физиологиялық ерітіндіге араластырып венаға жіберуге болады. Кейін ауыз арқылы берілетін түріне ауыстырады. Алғашқы тәуліктік дозасын 75-100 мг-нан бастап емдік нәтиже білінгенге дейін біртіндеп жоғарылатады. Ең жоғары тәуліктік дозасы 300 мг. Препарат әсіресе үрейлі-депрессиялы жағдайда үрейленуді, ажитацияны және тікелей депрессиялық әйгіленістерді азайтады, сонымен қатар седативті (жұбатқы) әсер етеді. Препаратты МАО ингибиторларымен бір мезгілде қатар пайдалануға болмайды.

0

11. **Имипрамин** – күніне 2,0 x 2 рет бұлшықетке жібереді, біртіндеп дозасын 400 мг-ға дейін көбейтеді. Физиологиялық ерітіндіге араластырып 250 мг венаға құюға болады. Ішкізу арқылы берілетін 100 мг-нан 500 мг-ға дейінгі күндік дозаны 2 бөліп қабылдайды. Препаратты қимылдық және идеялық тежеліспен қабаттаса білінетін адинамиялы, апатиялы психодепрессиялық жағдайларда қолданады.

12. **Флуоксетин** – адинамиялық депрессияны емдегенде тағайындалады. Күніне таңертең 20 мг беруден бастайды, біртіндеп 60 мг-ға дейін көбейтуге болады. Бұл препарат амитриптилин мен мелипраминге қарағанда несеп шығаруды қиындатпайды, жүрекке уытты әсер бермейді және күніне бір-ақ рет берілетіндіктен қолдануға ыңғайлы.

13. **Милнаципран** – капсула 50 мг тәулігіне 2 рет беріледі, емдік нәтиже білінбесе тәуліктік дозасын 200 мг-ға дейін (100 мг x 2 рет) жоғарылатуға болады (ұсыныстағы тәуліктік емдік дозасы 50-150 мг). Емдік әсері: әртүрлі ауырлық дәрежедегі депрессиялық жағдайларда үйлесімді әсер етеді, жанама әсерлері өте аз сонымен қатар қосарласқан соматикалық аурулары бар науқастарға беруге болады.

0

0 14. **Рисперидон** – ұзақәсерлі препарат, демеуші ем жүргізу үшін қолданылады. Дозасы – 25 мг (37,5 мг, 50 мг), екі аптада 1 рет бұлшықетке жіберіледі. Антипсихоздық әсер етеді, аурудың өршімеуіне ықпал жасайды, жанама әсерлері өте аз және қолдануға ыңғайлы.

0 15. **Флуфеназин** (модитен-депо) 25 мг (1,0 мл) бұлшықетке айына бір рет салынады, демеуші емге ауыстырғанда тағайындалады. Антипсихоздық әсер етеді, психопродуктивті симптоматиканы басады.

0 16. **Тригексифенидил** (циклодол) тәулігіне 0,002 x 2-3 рет беріледі. Нейролептикалық синдромды болдырмау үшін қолданады. Науқастардың барлығының артериялық қысымын қадағалап өлшеп тұру керек.

0 Аурудың дәрілік емге көнбейтін (резистентті) формаларын емдеуге төменде аталған тәсілдерді қолдануға болады:

0 - «психотроптық препараттарды бір кезеңге бермей қою» тәсілі, «қайшы» тәсілі, «зигзаг» тәсілі;

0 - электроқұрысқақтық ем (тоқпен ұрғызып емдеу);

0 - коматоздық ем (инсулиндік ем, инсулинотерапия);

0 - **Апласмаферез;**

0 - лазеротерапия;

0

Ем жүргізу барысында психотерапияның бірнеше түрлері мен формаларын қолдану қажет:

0 1. **Топтық психотерапия:**

0 - мінез-құлықтық психотерапия – қазіргі жағдайға пациенттің бейімделуін, дағдылары дамуын, ресоциализациялануын жеңілдету үшін;

0 - когнитивтік психотерапия – ауырғандығын ұғындыру, қайғысын, ауырсыну сезімін ұғындыру, емделу керек екендігін ұғындыру т.б.;

0 - қарым-қатынасқа түсетін, қолдаушы топтарға қосып өмір сүру сапасын жақсарту.

0

2. **Отбасылық психотерапия** – пациенттің туысқандарымен қатынасып іс жүргізу:

0 - жүйелі психотерапия – науқастың отбасы мүшелерінің мінез-құлықтарын аурудың клиникалық әйгіленістеріне байланысты тәрбиелеп өзгерту;

0 - стратегиялық психотерапия – пациенттің келешегі жөнінде және жетістіктерге қол жеткізу жөнінде үмітін арттыру амалдарын жасау;

0 - рационалды психотерапия – ауру (дерт, кесел) туралы, оның ақыры не болуы мүмкін екендігі жөнінде ақпарат беру және т.б.

# Әдебиеттер:

- 0 Аурулардын диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)1. Г.Я.Авруцкий, А.А.Недува Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988. 2. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В. Снежневского. – Москва «Медицина», 1985. 3. Руководство по психиатрии/Под редакцией Г.В.Морозова, Т 1. – Москва «Медицина», 1988. 4. Г.И.Каплан, Б.Дж. Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994. 5. В.М.Блейхер, И.В.Крук. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995. 6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994. 7. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002. 8. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition American Psychiatric Association, 2004. 9. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. М.2000, стр. 52. 10. Джэкобсон Дж., Джэкобсон А. Секреты психиатрии (на англ.яз.) P.58 11. J.L.Cutler. E.R.Marcus Psychiatry. P.3.