



ДЛИТЕЛЬНЫЕ СТАДИИ ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИИ РЕМИТТИРУЮЩЕГО ТИПА.

Гуломкодиров Музаффар

Ферганский медицинский институт

общественного здоровья

Кафедра неврологии, психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Аннотация: В этой статье рассматривается шизофреническое заболевание, его стадии, разнообразие клинического течения шизофрении, варианты лечения.

Ключевые слова: шизофрения, обратная связь, мышление, символизм, апатия, абулия, апатоабулия, негативизм, параноид, искушение, кататонический, гебефренический.

Шизофрения-психическое заболевание; этиология неизвестна. Чаще наблюдается в возрасте 18-35 лет. Заболевание изучалось многими учеными-психиатрами, пока не приобрело отдельную нозологическую форму. Немецкий психиатр й. Крепелин в 1898 году впервые назвал это заболевание „ранним зеванием“. 1911 швейцарский психиатр е.Блейлер более глубоко изучил клиническое течение этого психического заболевания, обосновав, что в его основе лежат нарушения ассоциативных процессов, а как следствие-распад психики, и дал название болезни-шизофрения. Действительно, в основе его лежит нарушение процесса мышления, рассуждения. Заболевание часто начинается с зима, постепенно. Даже потому, что шизофрения чаще всего развивается у людей с Адамовым, малоподвижным, эмоционально вялым характером, они долгое время не вызывают никаких сомнений у окружающих. Больной обычно жалуется на быструю утомляемость, упадок сил, энтузиазма и зависти, в ответ на активизацию проявляет нервозность и капризность. Это специфическое состояние астении человека. В начале этого состояния наблюдаются специфические эмоциональные расстройства, необъяснимые перепады настроения, апатия, паника. Повышается человечность, больной полностью отстраняется от общества; нарастает капризность, угнетенность, беспричинная паника. Из-за страха и „дрянных мыслей“, которые не покидают мозг, появляются качества *igim. Mas*, выйдя за порог, чтобы он мог благополучно добраться до офиса, повернулся к левому плечу и получил три удара ногой и так далее. Мысли пациента будут состоять из колодца бессмысленных и бесполезных рассуждений (ментализм), которые будут все больше и больше изливаться сами по себе. Например, больной продолжает думать, почему у человека две ноги, а у животных четыре. В этот период часто наблюдаются сильные головные боли, нарушения сна. Постепенно первый период болезни переходит в ее запущенную стадию, в которой у больного возникают тошнота,



помрачение рассудка. Он связывает то, что видит вокруг себя, со своими абсурдными внутренними чувствами; возникают символические (символические) рассуждения, при которых больной начинает придавать иное значение предметам в окружении, текущему событию. Например, нож, лежащий на столе, кажется предупреждением о том, что его кто-то пытается убить. Удаленность мыслей (шперрунг), бессмысленные (паралогические, алогические) рассуждения друг о друге, использование новых слов в середине предложения, которые не используются ни в одном языке (неологизм), повторение одних и тех же слов (персеверация), одновременное высказывание мыслей с противоположными значениями (амбивалентность мыслей)-все это характерно для гомеопатического нарушения мышления. также часто встречается амбивалентность эмоций; пациент будет иметь противоположное отношение (ненависть и привязанность к привязанности) к своим близким (родителям и т. д.). Иногда возникают симптомы эмоциональной аберрации (апатия), ослабляется воля (абулия), больной полностью перестает выходить из дома, становится даже равнодушным к себе (апатобулическое состояние). Поведение становится полностью тошнотворным, возникают расстройства настроения (расстройства пищевого, сексуального влечения). Наблюдаются негативизм и кататонические признаки. Наряду с этим, для гомеопатического нарушения характерно возникновение различных заблуждений восприятия (иллюзий и галлюцинаций). К ним относятся сенестопатии (появление неприятных ощущений в разных частях тела), а также галлюцинации „слышание звука“, „появление запаха“, „появление вкуса“, „ощущения внутри тела“. Пациент на самом деле не слышит брань, хныканье, какание и командные голоса, ощущает неприятные запахи гниения, брожения и т. д. На поверхность выходят идеи соблазна, которые часто проявляются в „погоне“, „отношении“ и „влиянии“. Это явление психического автоматизма, при котором пациенту кажется, что психический процесс, протекающий в нем, „чужероден“, что его мысли и суждения, действия „насилуются“ какими-то чуждыми силами. Это часто происходит в форме деперсонализации („я“ — „не я“), когда пациент чувствует себя чужим по внешнему виду, звуку или всему телу и т. д.к. учитывая преобладание на первом месте тех или иных симптомов, среди имеющихся клинических признаков выделяют следующие его виды. 1) Нормальный тип — при котором преобладают в основном расстройства эмоций, воли, мышления и поведения, а искушения и галлюцинации возникают редко;

2) гебефренический тип-наблюдается у подростков, в котором преобладают навязчивые идеи, насмешки, затяжные галлюцинации, искушения;

3) кататонический тип — при котором в основном преобладают симптомы кататонического возбуждения или кататонического торможения.;



4) параноидный тип — идеи искушения (погоня, отравление, ревность, колдовство, изобретательность и др.к.) и выражается наличием как истинных, так и ложных галлюцинаций (появление различных запахов и звуков).

Клиническое течение шизофрении разнообразно. При непрерывно протекающей форме клинические признаки проходят с постепенным усилением и обострением. При этом не будет никаких признаков того, что состояние пациента улучшилось. Во время болезни наблюдаются неврозоподобные галлюцинаторные, гебефренические и кататонические симптомы. В спорадической или вялотекущей форме болезнь проявляется внезапным кратковременным началом психозов. После этого снова начинается период чистоты. В таком виде личность меняется постепенно. Эта форма чаще начинается в подростковом возрасте. Сначала это сопровождается раздражительностью, чрезмерным мышлением и появлением иллюзий, которые не покидают мозг. Наконец, приступообразно-прогрессирующая форма при котором болезнь протекает с приступами и длится дольше. Как только приступы проходят, симптомы болезни исчезают и исчезают. В этой форме изменение личности, интеллект неполноценность становится все более интенсивным. Болезнь сопровождается искушениями и галлюцинациями. Эта форма встречается у людей в возрасте 25 лет и старше. При шизофрении у пациентов поверхностные мысли, бесцельная речь и письмо, беспорядок. Снижается способность к мышлению, больные становятся раздавленными, сухими придурками. Сначала появляются неврозические изменения, вызывающие перепады настроения пациента. Такие больные жалуются на то, что без видимой причины болит каждый участок, быстро утомляются. В поведении и поведении больного наблюдается апатия, эгоизм, скудость, и у него появляется склонность к бегству от окружающих.

Нормальный тип

При простом типе шизофрении — пациент становится вялым, вялым, вялым и малоподвижным. В этом типе больше желания побыть одному, сидеть в одиночестве, не выходя из комнат. Заболевание начинается в подростковом возрасте и протекает вяло. При этом не будет галлюцинаций и искушений. В этом типе пациенты пытаются сделать противоположное сказанному. Например, если он скажет вам открыть рот, он закроет рот. Такое состояние называется негативизмом.

Кататонический тип

При кататоническом типе шизофрении-при движении больного наблюдается кататоническая ригидность или кататоническая возбудимость. Пациенты остаются неподвижными на одном месте и продолжают повторять одно и то же слово или движение. Больной произносит слова, предложения вслух, не может понять, что он говорит. Пациент берет ноги, согнутые в руках,



близко к туловищу и долго сидит, не разговаривая так спокойно, что это называется мутизмом.

Параноидальный тип

Параноидальный тип шизофрении-при этом больные не верят никому, ко всем относятся скептически. Будет казаться, что вы чувствуете физическое воздействие извне на себя. Такие пациенты ходят с подозрением, что люди убьют меня, отравят мою пищу. И некоторые пациенты думают, что машины посылают мне радиоволны. Этот тип искушения чаще встречается в возрасте от 20 до 30 лет. Больной с ипохондрическими искушениями замечает изменения во внутренних органах. К ним относятся повторения о том, что мое сердце перестало биться или что у меня разорвался кишечник. При этом типе заболевания часто возникают галлюцинации. Пациенты слышат разные голоса, команды и пытаются их выполнять, это называется симптомом Кандинского-Клерамбо.

Гебефренический тип

Гебефренический тип шизофрении-при котором больные совершают сухую сафунду, иррациональные поступки. Больные скручивают афту, искусственно повторяя слова, поступки. Один тип шизофрении чередуется с другим типом. Гебефренический тип и нормальный тип имеют тенденцию быть более тяжелыми. С другой стороны, кататонический тип протекает в легкой форме.

Варианты лечения

В лечении шизофрении широко используются инсулин, сульфазин, аминазин и методы гипноза. Инсулин снижает токсичность, вызывая определенные изменения в метаболизме в терапии. Перед началом лечения инсулином у пациентов берут кровь за обедом и проверяют уровень сахара в крови. Инсулин, вводимый в организм, снижает уровень сахара в крови. В норме уровень сахара в крови при определении за обедом составляет 9,0— 11,0 г/л или 3,3—5,5 ммоль/л. Когда вводится инсулин, уровень сахара в крови значительно падает, вызывая так называемое состояние бушока или состояние гипогликемической комы. Средняя доза инсулина, вызывающая шок, составляет 80-100 ТБ. В некоторых случаях состояние шока начинается даже при введении инсулина в количестве 30 ТБ или состояние шока не возвращается даже при введении инсулина в количестве 150-180 ТБ. Однако, чтобы вызвать состояние шока, рекомендуется постепенно увеличивать дозу инсулина. Инсулин следует вводить подкожно, начиная с 4-8 ТБ и увеличивая до 4 ТБ каждый день. Дозу инсулина следует увеличивать до тех пор, пока у пациента не разовьется состояние шока. В зависимости от того, с какой дозы начинается состояние шока, его прекращают. Курс лечения состоит из 25-30 инсулиновых шоков. В состоянии шока пациенты не могут реагировать на внешние воздействия. Зрачки у больных расширяются, тело потеет. Таким образом, пациентов держат в шоковом состоянии в течение 30-40 минут. Затем 40% берут из 30-40 мл



раствора глюкозы, медленно вводят в вену и выводят пациента из состояния шока. После введения такого количества раствора глюкозы, когда пациент приходит в сознание и находится на месте в течение 1-2 минут, растворяют 100-200 г сахара и завтракают.

Медсестра должна следить за тем, как пациент ест. Многие пациенты немеют даже после шокового состояния и не могут есть пищу, выпадая изо рта. Если пациент не приходит в сознание в течение 20-30 минут после введения раствора глюкозы, необходимо снова ввести внутривенно 40% раствор глюкозы 30-40 мл. Иногда подкожно вводят 0,1% 0,5-0,7 мл раствора адреналина. После шокового состояния пациенту меняют нижнее белье. Если у пациента нет возможности вводить раствор глюкозы внутривенно, рекомендуется ввести сахарный сок через зонд. Перед началом инсулинового шока у некоторых пациентов могут наблюдаться судороги, Судороги и эпилептиформные припадки в мышцах туловища, рук, ног и лица. Кроме того, состояние шока может стать повторяющимся во второй половине дня. Поэтому медсестры всегда должны следить за состоянием пациентов, быть готовыми к кормлению и оказанию первой помощи.

Лечение нейролептиками

При кататонических и кататоническо-параноидных состояниях назначают нейролептики: маджептил (от 60-80 мг / сут), лепонекс (от 200-400 мг / сут), большое количество аминазина, стелазина, галоперидола. При острых параноидальных состояниях, когда аффект страха сопровождается психомоторным возбуждением, внутривенно галоперидол применяют вместе со стелазинном, тизерцином. При хроническом течении заболевания, т. е. при обострении соблазнов и осложнении клинических признаков, длительно назначают стелазин (от 40-80 мг в сутки), галоперидол (от 20-40 мг), этаперазин (от 150-200 мг). Обычно 2-3 нейролептика назначают вместе, внутривенно и внутримышечно, с последующим приемом внутрь. Рисполепт (Рисперидон) назначают по 2-4 мг/сут в течение 1-12 недель, аминазин 2,5% по 1,0 м / сут или внутрь. Средняя суточная доза составляет 300 мг, длительность лечения-до 2-3 месяцев. У пациентов, получающих аминазин, всегда измеряется артериальное давление. У некоторых пациентов после приема аминазина резко падает артериальное давление. Это называется ортостатическим коллапсом. В это время пациентов следует уложить на место и ввести подкожно кордиамин 25% 1,0—2,0 мл или адреналин 0,1% 0,5—1,0 мл внутривенно. В начальный период курса лечения больные не должны вставать с места. Артериальное давление пациентов измеряется ежедневно. Таблетка аминазина колеблется от 25 мг до 150-175 мг (суточная доза). В случаях искушения назначают трифтазин 1-5 мг и галоперидол 20-80 мг 3-4 раза в день с постепенным увеличением до 100 мг (суточная доза).



Лечение следует продолжать в такой дозировке до тех пор, пока симптомы заболевания не исчезнут или не уменьшатся в размерах. Затем дозу следует уменьшить до 1-5 мг. Эти лекарства вводятся между мышцами или внутривенно для снятия психического возбуждения. При наступлении искушения и возникновении беспокойства в душе назначают тизерсин 12-50 мг (суточная доза 100-400 мг). При депрессивных симптомах назначают amitriptilin и меллипрамин. При состояниях, которые не покидают мозг — назначают Нозепам, Седуксен, Элениум и трифтазин. При ипохондрических симптомах — Седуксен, тазепам, феназепам. При иримсекримовом действии нейролептики длительного действия-modditen Depot 2,5% по 1,0-2,0 мл, это лекарство вводят 2-3 раза в месяц. При истерических симптомах применяют препараты соннапакс, тералин.

Пациенты с шизофренией должны быть осмотрены, они нуждаются в уходе. Когда пациенты отказываются от еды, их нужно отговорить и сделать так, чтобы они сами Торт. Если это невозможно, рекомендуется продолжать кормить пациентов через зонд. Пациенты с шизофренией должны стараться лечь на сиденье и находиться под постоянным наблюдением медсестер, если они слишком долго стоят.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Muzaffar, G. (2023). Features of Reactive Psychosis in Schizophrenia. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 2(1), 44-49.
2. Muzaffar, G. (2023). Modern Concepts About Schizophrenia. *Eurasian Medical Research Periodical*, 16, 37-41.
3. Гуломқодиров, М., & Машрапов, Ж. (2022). ЭМПИРИЧЕСКИЙ ПОИСК ВЗАИМОСВЯЗИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ. *Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences*, 1(5), 221-223.
4. Долимова М.А., Аграновский М.Л., Солиев Д.М., Гуломқодиров М.М. (2022). РОЛЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАЧЕСТВА И СТРУКТУРЫ РЕМИССИЙ ПРИ РЕЦИДИВНОЙ ШИЗОФРЕНИИ. *Искусство медицины. Международный медицинский научный журнал*, 2 (1).
5. Гуломқодиров, М. (2021). АФЪЮНГА ҚАРАМЛИК ХОСИЛ БУЛИШ ДИНАМИКАСИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИ. *Интернаука*, (20-7), 23-25.
6. Аграновский, М. Л., Гуломқодиров, М. М., Далимова, С. А., & Муминов, Р. К. (2022). АНАЛИЗ ДАННЫХ ОТДАЛЁННОГО КАТАМНЕЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С РЕМИТТУРУЮЩИМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ. *Экономика и социум*, (6-2 (97)), 285-288.
7. Аграновский, М. Л., Гуломқодиров, М. М., Муминов, Р. К., & Далимова, С. А. (2022). ОТДАЛЕННЫЙ ЭТАП ШИЗОФРЕНИИ С РЕМИТТУРУЮЩИМ ТИПОМ



ТЕЧЕНИЯ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА. *Экономика и социум*, (6-2 (97)), 289-292.

8. Ғуломқодиров, М. (2021). ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ДЕПРЕССИЯ ХОЛАТИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ. *Интернаука*, (17-4), 61-62.