

Методические указания к практическому занятию по теме: «Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов»

Цель: Усвоить современную классификацию шизофрении. Ознакомиться с типами течения и клиническими формами шизофрении. Освоить вопросы терапии при шизофрении.

Задачи: расширить и закрепить знания об особенностях пациента с шизофренией.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, тест-контроль, задачи.

Ординатор должен знать:

1. Определение, классификация.
2. Основные и дополнительные симптомы шизофрении.

Ординатор должен уметь:

Диагностировать «негативные» и «позитивные» расстройства у больных шизофренией;
Проводить дифференциальную диагностику шизофрении.

Ординатор должен иметь представление:

О трудовой, военной и судебной экспертизе больных шизофренией.

Ординатор должен владеть навыками:

Сбора анамнеза у пациента с подозрением на психические нарушения.

Учебно-тематический план:

Клиническое практическое занятие- 1 час

Самостоятельная работа- 1 час

Всего- 2 часа

Структура семинара

I. Подготовительный этап:

1.Тема: «Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов».

2. Основные понятия и положения темы:

Шизофрения — психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, эмоциональное оскудение, «дискордантность», т. е. утрата единства психических процессов).

Развитие такого личностного дефицита (дефекта) тесно связано с различными симптомами и синдромами — **неврозо- и психопатоподобными, аффективными, бредовыми, галлюцинаторными** (преимущественно псевдогаллюцинаторными), **гебефренными, кататоническими**, а также **онейроидным помрачением сознания**.

Развитие болезни, особенно ее выраженных форм, приводит к искажению или утрате прежних социальных связей, снижению психической активности, резкому нарушению поведения, особенно при обострении бреда, галлюцинаций и других продуктивных расстройств. Вследствие этого наступает значительная дезадаптация больных в обществе. Однако многие больные с благоприятным (мягкое, малопрогрессирующее) течением болезни не нуждаются в длительной госпитализации, сохраняют способность к адаптации,

в ряде случаев занимаются высокопродуктивной профессиональной, в том числе творческой, деятельностью.

Современная психиатрия располагает большими возможностями лечения и реадaptации больных шизофренией.

Эпидемиологическая справка. Заболеваемость шизофренией сильно колеблется. Это зависит в первую очередь от организации психиатрической помощи в том или ином конкретном районе. При хорошо организованной больничной и особенно внебольничной помощи выявляется больше больных, в первую очередь с начальными и негрубыми формами. Имеют значение также различия в диагностических установках разных психиатрических школ и направлений. По данным эпидемиологических исследований в одном из районов Москвы, заболеваемость шизофренией составляет 1,91 на 1000 населения (1,98 у мужчин и 1,85 у женщин). Болезненность также колеблется в зависимости от указанных выше причин (от 2,5 до 10 на 1000 населения старше 15 лет). Болезнь может начаться в любом возрасте, но чаще у лиц 15—25 лет.

Этиология и патогенез.

Причины, вызывающие шизофрению, а также патогенетические механизмы ее развития недостаточно изучены.

- Значительное число случаев болезни и шизоидных личностных аномалий в семьях больных шизофренией указывает на важную роль **конституционально-генетического фактора**. Об этом же говорит значительно более высокая конкордантность у однойяйцевых близнецов по сравнению с двумяяйцевыми.
- Важное патогенетическое значение имеют также **пол и возраст**.

Относительно менее прогрессивные периодические формы встречаются преимущественно у женщин, а наиболее прогрессивные, непрерывнотекущие, особенно злокачественные, — у мужчин. Менее благоприятно протекает шизофрения, манифестировавшая в детском и юношеском возрасте. Относительно менее прогрессивны формы болезни, возникшей в среднем возрасте.

- Внешние воздействия (психические травмы, острые инфекции) способны провоцировать приступы болезни, но не обнаруживают влияния на непрерывнотекущую шизофрению. Провоцирующее значение имеет и генеративный фактор (роды).
- Биологические (биохимические, иммунологические, генетические) исследования шизофрении выявили серьезные общепатологические сдвиги в организме больного, часть из которых имеет значение в формировании клинической картины. Иммунологическими исследованиями, в частности, установлено развитие при шизофрении (особенно при неблагоприятных формах) аутоиммунного процесса с выработкой **противомозговых антител**. Ряд отклонений, хотя и не столь выраженных, обнаруженных в организме родственников больных шизофренией, указывает на наследственно-конституциональную природу этих явлений.

Клиническая картина.

Шизофрения отличается большим разнообразием клинических проявлений как в начальной стадии, так и в манифестный период.

Выделяют:

- непрерывнотекущую,
- рекуррентную (периодическая)
- приступообразно-прогрессивную шизофрению

Непрерывнотекущая шизофрения развивается относительно медленно с последующим развертыванием неврозоподобных, бредовых, галлюцинаторных, гебефренических и кататонических синдромов.

Исходы, особенно при злокачественных вариантах, неблагоприятные.

В зависимости от прогрессивности непрерывнотекущей шизофрении выделяют вяло протекающую, прогрессивную и злокачественную.

✓ Вяло протекающая шизофрения

Отличается очень медленным течением и постепенным нарастанием изменений личности, никогда не достигающих глубокого эмоционального опустошения.

Болезнь чаще возникает в юношеском возрасте.

Начальные симптомы — заострение пубертатных черт психики с усилением эмоциональной неустойчивости, раздражительности, оппозиционного отношения к близким, рефлексии. Наряду с этим появляются аутистическая отгороженность, астенизация, особенно наглядная при умственной деятельности, склонность к отвлеченному мудрствованию при общем снижении круга интересов. На этом фоне появляются стойкие неврозоподобные нарушения.

Интенсивность этих расстройств колеблется в течение многих лет, постепенно они становятся доминирующими в клинической картине и определяют развернутую (манифестную) стадию болезни. У некоторых больных преобладает одно неврозоподобное расстройство, но у многих различные симптомы сочетаются.

✓ Прогрессивная шизофрения

Обычно наблюдается после 25 лет, хотя бывает и более ранняя (юношеская) манифестация.

Болезнь развивается медленно.

Начальный этап болезни определяется отдельными навязчивыми явлениями, ипохондрией, нестойкими, эпизодическими или более систематизированными бредовыми идеями (отношения, ревности и др.). Нередки в этот период и психопатоподобные расстройства. Уже в это время появляются изменения личности, на которые обращают внимание окружающие: замкнутость, ригидность, утрата тонкости аффективных реакций, эмоциональное уплощение. Постепенно ограничивается круг интересов, больные становятся недоверчивыми, замкнутыми, иногда угрюмыми. Временами отмечаются кратковременные эпизоды тревоги, беспокойства с отрывочными идеями отношения, преследования. В дальнейшем, обычно через несколько лет, возникают бред преследования, физического воздействия, явления психического автоматизма (синдром Кандинского—Клерамбо).

✓ Злокачественная шизофрения

Возникает преимущественно в детском и юношеском возрасте (злокачественная юношеская шизофрения, «раннее слабоумие» в узком смысле).

Она наблюдается у юношей втрое чаще, чем у девушек.

К общим признакам этой формы относятся также появление негативных симптомов в самом начале болезни, причем они предшествуют продуктивной симптоматике — бреду, галлюцинациям и др.; с момента манифестации до исхода (конечное состояние) проходит мало времени; продуктивная симптоматика полиморфна и неразвернута; существует значительная терапевтическая резистентность; конечные состояния отличаются большой тяжестью.

Инициальная симптоматика злокачественной шизофрении состоит из постепенного падения психической продуктивности, эмоциональных изменений и черт искаженного пубертатного криза, изменяется весь строй психической деятельности. Приостанавливается дальнейшее развитие личности, утрачиваются прежние интересы,

живость и любознательность, резко обедняется эмоциональная сфера, пропадает стремление к общению. Резко изменяется поведение больного в семье. Вялые, пассивные вне дома, больные становятся черствыми, грубыми, враждебными к близким. Возникают большие трудности в учебе, новое усваивается с небывалым трудом, но зато появляются «особые», искаженные увлечения — вычурные, оторванные от реальности. В частности, больным свойствен совершенно непродуктивный, рассуждательский интерес к философии, религии («метафизическая», иначе говоря, «философическая интоксикация»). Однако при злокачественной юношеской шизофрении эти явления, как и отдельные сверхценные увлечения, рудиментарны и выглядят особенно карикатурно. В отличие от более благоприятной вяло протекающей шизофрении здесь нет рефлексии, сознания измененности, более стойки психопатоподобные нарушения. Стабилизация болезни на описанном выше уровне соответствует так называемой простой форме шизофрении. Чаще происходит дальнейшее прогрессирование болезни. Манифестному периоду обычно предшествуют отрывочные бредовые идеи преследования, отравления, сексуального воздействия. В дальнейшем быстро развивается бредовой психоз с несистематизированными идеями физического воздействия, отдельными псевдогаллюцинациями и явлениями психического автоматизма. К ним впоследствии присоединяются кататонические и кататано-гебефренные расстройства. При быстром течении болезни отдельные синдромы не разделены во времени, наслаиваются один на другой. Через 1—4 года после манифестации уже сформировано тяжелое конечное состояние с отрывочными полиморфными продуктивными симптомами и грубым дефектом с глубоким эмоциональным опустошением. Значительно выражены регресс поведения и ранняя задержка развития личности или ее регресс до глубокого инфантилизма.

Рекуррентная (периодическая) шизофрения принадлежит к относительно благоприятным формам болезни, так как при ней не наступают тяжелые изменения личности, присущие непрерывнотекущей шизофрении.

Рекуррентная шизофрения наблюдается у женщин значительно чаще, чем у мужчин. Болезни свойственны хорошо очерченные приступы, за которыми следуют отчетливые и достаточно глубокие ремиссии. Вероятность возникновения новых приступов болезни высока (возвратный, рекуррентный тип).

Клиническая картина большинства приступов (как и всех острых психозов) достаточно полиморфна: в ней можно выделить синдромы аффективные (депрессивный, маниакальный) и острые бредовые (параноидный, парафренный), а также синдром помрачения сознания (онейроидный).

В приступах возможно преобладание одного из названных синдромов, но значительно чаще бывает синдромальная полиморфность (смена синдромов в течение приступа). При повторных приступах их клиническая картина может быть идентичной предыдущим (клише), но чаще наблюдаются различные типы (варианты) приступов. Ниже подробно описана последовательность развития «усредненного», обобщенного приступа, а затем приведены отдельные типы приступа.

Типичный приступ рекуррентной шизофрении разворачивается не хаотично, а в определенной последовательности (стереотип). В инициальном периоде настроение неустойчивое: то повышенное — с гиперактивностью, повышенной самооценкой, экзальтацией, то пониженное — с вялостью, рассеянностью, обидчивостью, капризностью, чувством неполноценности. Из-за резко повышенной чувствительности даже незначительные конфликты приобретают сверхценное звучание, сообщая состоянию реактивную окраску. Колебания аффекта беспорядочны, часто происходят на протяжении нескольких часов. Эти явления сопровождаются головными болями, неприятными

ощущениями в области сердца, парестезиями, расстройствами сна. При депрессии наблюдаются анорексия, тошнота, запоры, постепенно нарастают взбудораженность, бессонница.

В дальнейшем на фоне этих колебаний аффекта появляются тревога, страх, чувство измененности я и окружающего. В одних случаях страхи остаются неопределенными, беспредметными, в других возникает отрывочный острый параноид с растерянностью, фрагментарным чувственным бредом преследования и соответствующим бредовым поведением. Состояние изменчиво, возможны короткие светлые промежутки с критикой своих переживаний. При дальнейшем развитии картины приступа появляются ложные узнавания, бред инсценировки (интерметаморфоза), отдельные идеаторные автоматизмы. Больным кажется, что вокруг творится нечто непонятное, специально для них разыгрываемое. Вскоре происходит фантастическое преобразование бреда: воспоминаниям, прежним знаниям, окружающим явлениям и реально происходящим событиям придается фантастический смысл.

Обратное развитие типичного приступа может быть постепенным или сравнительно быстрым.

Приступообразно-прогредиентная (перемежающе-поступательная, шубообразная [Шуб — приступ.]) шизофрения.

Эта форма самостоятельная по клиническим проявлениям, занимает как бы промежуточное место между непрерывнотекущей и рекуррентной формами шизофрении. Часть ее случаев нередко относят к непрерывному, а часть — к рекуррентному типу.

При шубообразной шизофрении свойственные непрерывному течению синдромы (неврозоподобные, паранойяльные, параноидные) сочетаются с очерченными аффективными, аффективно-бредовыми и кататоническими приступами.

Клиническая картина приступов шубообразной шизофрении включает аффективные расстройства (депрессии, мании), но редко исчерпывается ими. Чаще возникают сложные синдромы с навязчивостями, деперсонализационными, психопатоподобными (в частности, гебоидными), паранойяльными, параноидными, галлюцинаторными, парафреничными, кататоническими и кататано-гебефреничными расстройствами.

Структура шубообразной шизофрении в целом. Течение деперсонализационных и психопатоподобных (гебоидных) приступов очень длительное. Они охватывают весь период полового созревания. Однако после 25 лет происходит постепенное обратное развитие приступа с побледнением и последующим исчезновением тяжелых психопатоподобных нарушений. Остаются выраженный психический инфантилизм, пассивность, эмоциональное обеднение, нередко циклотимоподобные колебания аффекта. При таком типе течения, по-видимому, тесно связанном с возрастным кризом, повторные развернутые приступы обычно не возникают, и больные адаптируются в обществе.

Объем амбулаторной помощи больным шизофренией и показания к госпитализации в психиатрические больницы.

Объем амбулаторной помощи.

Все больные шизофренией должны находиться на учете в психоневрологическом диспансере, где им оказывается внебольничная лечебная и социальная помощь (мероприятия по реадaptации). В условиях диспансера проводят лечение малопрогрессирующих форм, поддерживающую терапию в период ремиссий, купирование стертых или транзиторных обострений.

Показания к госпитализации: продуктивная симптоматика, свидетельствующая об обострении заболевания и нарушающая адаптацию больных.

Особенно это необходимо тогда, когда из-за резкого снижения критики при обострении болезни больному невозможно обеспечить систематическое амбулаторное лечение. Очень важно своевременно госпитализировать больных с приступообразными формами. Колеблющаяся картина начальной стадии заболевания с эпизодическими «просветами» может создать у врача и близких больного иллюзию легкого, обратимого состояния, а совпадающие по времени экзогенные влияния затрудняют диагностику эндогенного процесса.

Несвоевременная госпитализация чревата вредными последствиями: задерживается активное лечение, возрастает опасность различных антисоциальных эксцессов, ухудшаются клинический прогноз и перспективы адаптации.

В деонтологическом смысле следует в равной степени учитывать как интересы больного шизофренией, так и необходимость защиты общества от его социально опасных действий.

Серьезного внимания заслуживают **сроки выписки** больного из стационара и перевода его под наблюдение и на амбулаторное лечение в диспансере.

Основной критерий — достаточно полное, стабильное или значительное обратное развитие продуктивной симптоматики, эффективность поддерживающей терапии, обеспеченность внебольничным наблюдением (семья, диспансер).

Не следует выписывать больного при первых признаках улучшения или спустя несколько дней после купирования острых проявлений болезни. Вместе с тем длительное содержание в стационаре приводит к утрате больными социальной активности, разрыву связей с обществом и т. д. При многомесячном или многолетнем пребывании в больнице болезненная симптоматика фиксируется (явление госпитализма). В связи с этим, кроме активной биологической терапии, в стационаре проводят комплекс реадаптационных мероприятий (труд, удовлетворение культурных запросов).

Больных с тяжелым дефектом личности и редуцированными психотическими симптомами (стабилизация на уровне конечного состояния) необходимо направлять в интернаты для хронически психически больных Министерства социального обеспечения.

Лечение.

Шизофрения — в ряде случаев хронический прогрессивный процесс, крайне полиморфный по клиническим проявлениям, поэтому ее лечение должно быть длительным, комплексным и дифференцированным.

Непрерывнотекущая шизофрения. Лечение соотносится с прогрессивностью, этапом, типом синдрома.

Вяло протекающая шизофрения с навязчивостями. Показаны транквилизаторы (седуксен, элениум, феназепам и др.). Хороший эффект при систематизированных навязчивостях дает модитен-депо с пролонгированным действием, а также курсовое внутривенное капельное введение транквилизаторов (седуксен, элениум). В особо резистентных случаях проводят курс атропино-коматозной терапии. Ввиду большой стойкости навязчивого синдрома и его значительной резистентности к терапии она должна быть длительной (не менее 6 мес.), предпочтительно в амбулаторных условиях, так как больные тяготеют к пребыванию в стационаре и обычно в этом не нуждаются.

Шизофрения с сенестопатическими и сенестопатически-ипохондрическими расстройствами.

Аминазин, трифтазин (стелазин), галоперидол, мажептил не всегда эффективны. Лучший эффект дает внутривенное капельное введение транквилизаторов в сочетании с приемом внутрь небольших доз нейролептиков (стелазин, сонапакс, эглонил, хлорпротиксен, лепонекс), а также тералена и инсидона, избирательно влияющих на сенестопатии.

Шизофрения с психопатоподобными, в том числе истерическими, расстройствами. Показаны неуплептил и небольшие дозы аминазина, трифтазина (стелазина), в тяжелых случаях — мажептила, лепонекса.

Паранойяльная шизофрения. Наиболее эффективен галоперидол, несколько менее — трифтазин (стелазин). В первые недели после госпитализации для купирования напряжения, агрессии показаны аминазин, лепонекс.

Параноидная шизофрения, преобладание бредовых расстройств. Показано длительное применение больших доз аминазина, трифтазина (стелазина), галоперидола, триседила, мажептила, лепонекса (особенно при возбуждении и агрессии). Те же препараты используются для поддерживающей терапии. В ремиссиях можно назначать препараты пролонгированного действия (модитен-депо), а также пимозид, френолон, сонапакс, эглонил, хотя следует отметить их относительно меньший антипсихотический эффект.

Параноидная шизофрения, преобладание галлюцинаторных расстройств. Лучший эффект дает галоперидол, а также этаперазин (трилафон) в больших дозах (до 200—250 мг/сут), стелазин.

Злокачественная юношеская шизофрения. Систематическое применение трифтазина (стелазина), мажептила, лепонекса предупреждает развитие тяжелых кататоногепефренных симптомов. При преобладании дефектных апатико-абулических расстройств, бедности продуктивной симптоматики активизируют и несколько регулируют поведение больного малые дозы нейролептиков (лиоген, модитен-депо, стелазин, мажептил) в сочетании с небольшими дозами транквилизаторов.

Рекуррентная шизофрения. Лечение соотносится с целями купирования приступа, профилактики рецидивов, коррекции состояния в период ремиссий.

Развернутые (онейроидные) приступы. Показаны аминазин, лепонекс, трифтазин (стелазин), френолон в средних дозах. Большие дозы купируют ряд ведущих симптомов приступа, но могут привести к развитию или утяжелению депрессии. При обратном развитии приступа дозы нейролептиков необходимо значительно снизить. При остаточной депрессии показаны антидепрессанты с седативным, а не стимулирующим эффектом — амитриптилин (триптизол). Стимулирующие антидепрессанты могут привести к развитию маниакального состояния или обострению психоза. Инсулинотерапия эффективна, но в сочетании с нейролептиками (нейролептики показаны для снятия возбуждения и других наиболее острых проявлений болезни).

Преобладание аффективных нарушений (депрессии или мании).

При депрессиях применение стимулирующих антидепрессантов, так же как и значительных доз нейролептиков (при маниях), требует осторожности. В тяжелых случаях внутривенно капельно или внутримышечно вводят антидепрессанты (мелипрамин, амитриптилин). При маниях показаны галоперидол, стелазин. Соли лития эффективны в легких и среднетяжелых случаях, когда маниакальное состояние не осложнено бредовыми расстройствами (фантастический бред) и кататоническими симптомами. При циркулярном течении с явным преобладанием аффективных расстройств резкие перемены лечения

(частая смена антидепрессантов нейролептиками в связи с колебаниями аффекта) могут привести к усилению циркулярности. В таких случаях более показано длительное лечение солями лития как основным средством в сочетании с седативными антидепрессантами и нейролептиками мягкого действия (сонапакс, хлорпротиксен, этаперазин, эглонил), а также малыми дозами аминазина.

Фебрильная кататония. Наиболее эффективно систематическое применение аминазина в дозах 400—500 мг/сут (не менее 300 мг/сут). Другие нейролептики менее эффективны. При нарастании тяжести состояния по витальным показаниям необходима электросудорожная терапия (по одному сеансу ежедневно) в течение 6—7 дней. Одновременно проводится дегидратационная терапия. Лихорадку можно снизить парентеральным введением амидопирина (10—20 мл 4% раствора).

Шубообразная шизофрения. Лечение соотнобразуется с синдромальными особенностями приступов (по аналогии с рекомендациями при синдромах непрерывнотекущей шизофрении). Показано комбинированное применение антидепрессантов (при депрессивном аффекте) и нейролептиков. Возможна коматозная инсулинотерапия. Поскольку в клинической картине ремиссий при шубообразной шизофрении нередко отмечаются паранойяльные и галлюцинаторные симптомы, поддерживающая терапия должна включать нейролептические препараты (трифтазин, стелазин, галоперидол, пимозид, аминазин). Применяются также препараты пролонгированного действия (модитен-депо).

Трудовая экспертиза. Трудоспособность больных шизофренией колеблется от полной нетрудоспособности с необходимостью ухода и надзора до полной профессиональной сохранности с возможностью творческого роста. В связи с этим на диагнозе шизофрении самой по себе нельзя основывать экспертное решение. Решающее значение имеют установление формы, этапа болезни, выявление клинического прогноза.

Непрерывнотекущая шизофрения. Клинический и трудовой прогноз неблагоприятен при злокачественных юношеских (с момента манифестации) и параноидных формах (с утяжеления паранойяльных расстройств и перехода на параноидный этап). Таким больным определяют инвалидность II, а при утрате способности к самообслуживанию — I группы. Вместе с тем в начальной стадии болезни, несмотря на изменения личности или паранойяльную симптоматику, не следует поспешно констатировать стойкую утрату трудоспособности, так как нельзя исключить стабилизацию болезни в этой стадии. Основной задачей врача остается адаптация больных к профессиональной деятельности, но обычно на сниженном уровне (инвалидность III группы).

Различны трудовые возможности и при вяло протекающей шизофрении — от профессиональной сохранности до нетрудоспособности (например, при стойких выраженных навязчивых и деперсонализационных синдромах). Экспертное решение должно учитывать не только клинические особенности, но и преморбидный склад личности больного, сохранность личностных установок, прежнюю квалификацию и трудовой опыт.

Рекуррентная шизофрения. Во время острого приступа больные временно нетрудоспособны. При его полном обратном развитии их выписывают на работу. Инвалидность II группы устанавливают тогда, когда приступ явно затягивается и не обнаруживает тенденции к обратному развитию. В этих случаях необходимо динамическое наблюдение, чтобы своевременно начать трудовую реадaptацию больных после прекращения затяжного приступа (трудовая рекомендация, перевод на

инвалидность III группы и т. д.). Стойкая утрата трудоспособности констатируется при затяжном течении болезни типа *continua* с выраженной картиной приступов. Трудоспособность в период ремиссии зависит от особенностей клинической картины. Чаще всего при рекуррентной шизофрении в ремиссиях трудоспособность полностью сохранена. Трудоспособность стойко ограничена при выраженных астенических расстройствах и аффективной неустойчивости.

Шубообразная шизофрения. Присутствие признаков двух основных форм болезни делает экспертное решение весьма вариабельным, зависящим от индивидуальных особенностей клиники и течения.

3. Обучающиеся оформляют конспекты (тезисы, рецензии).

II. Основной этап

1. Вступительное слово ведущего семинара.

2. Выступление обучающихся.

3. Рецензирование выступлений.

4. Коллективное обсуждение.

5. Корректировка ответов.

III. Заключительный этап

1. Подведение итогов работы педагогом.

2. Ответы на вопросы.

3. Тестирование.

4. Ситуационные задачи

5. Задание для самоподготовки:

- ознакомиться с содержанием семинарского занятия

- изучить основную и дополнительную литературу к теме семинара

Хронокарта клинического практического занятия по теме:

	На 1 час
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	2 мин
Тестирование	4 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	7 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	25 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	4 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	3 мин

Тесты

ПК-5

001. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте

Варианты ответа:

- а) подростковом
- б) зрелом
- в) старческом
- г) одинаково во всех возрастных группах

Правильный ответ: 1(А)

ПК-5

Вопрос:

002. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме

Варианты ответа:

- а) невротоподобных расстройств
- б) бредовых расстройств
- в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
- г) судорожного синдрома
- д) верно а) и г)

Правильный ответ: 4(Г)

ПК-5

Вопрос:

003. Специфическими, встречающимися только при шизофрении, являются следующие расстройства

Варианты ответа:

- а) синдром Кандинского - Клерамбо
- б) псевдогаллюцинации
- в) интерпретативный бред
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 5(Д)

ПК-5

Вопрос:

004. Для мышления больных шизофренией характерно

Варианты ответа:

- а) замедление ассоциативного процесса
- б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
- в) обстоятельность
- г) ускорение ассоциативного процесса
- д) все перечисленное

Правильный ответ: 2(Б)

ПК-5

Вопрос:

005. Для внешнего вида больных шизофренией свойственны

Варианты ответа:

- а) неадекватная мимика
- б) исчезновение вазомоторных реакций
- в) замедленность или ускоренность мимики
- г) верно а) и б)

Правильный ответ: 4(Г)

ПК-5

Вопрос:

006. Для злокачественной шизофрении характерны следующие варианты конечных состояний

Варианты ответа:

- а) тупое и негативистическое
- б) дурашливое
- в) бормочущее
- г) манерное
- д) все перечисленные

Правильный ответ: 5(Д)

ПК-5

Вопрос:

007. При параноидной шизофрении начало заболевания наиболее часто приходится

Варианты ответа:

- а) на юношеский возраст
- б) на детский возраст
- в) на зрелый возраст
- г) на период инволюции
- д) на поздний возраст

Правильный ответ: 3(В)

ПК-5

Вопрос:

008. Начальный этап параноидной шизофрении характеризуется

Варианты ответа:

- а) неврозоподобными расстройствами
- б) нестойкими, эпизодическими бредовыми идеями
- в) личностными изменениями в виде замкнутости, ригидности, сужения диапазона эмоциональных реакций

- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Правильный ответ: 4(Г)

ПК-5

Вопрос:

009. Для вялотекущей шизофрении свойственно

Варианты ответа:

- а) медленное течение с постепенным развитием изменений личности
- б) глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
- в) преимущественно невротоподобные и психопатоподобные позитивные расстройства
- г) значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании)
- д) верно а) и в)

Правильный ответ: 5(Д)

ПК-5

Вопрос:

010. Вялотекущая шизофрения чаще, как правило, дебютирует

Варианты ответа:

- а) в молодом возрасте
- б) в зрелом возрасте
- в) в детском возрасте
- г) в инволюционном периоде
- д) в возрасте от 25 до 60 лет

Правильный ответ: 1(А)

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите основные (первичные, базисные, негативные) симптомы шизофрении
ПК-5
2. Каковы основные клинические формы шизофрении? ПК-5
3. Каковы основные типы течения шизофрении? ПК-5
4. Каковы основные проявления шизофренического дефекта? ПК-5
5. Понятие о шизоаффективном расстройстве ПК-5
6. Факторы, влияющие на прогноз при шизофрении ПК-5
7. Каковы основные методы лечения при шизофрении? ПК-6
8. Перечислите препараты, наиболее часто использующиеся для лечения шизофрении
ПК-6

Ситуационные задачи

Задача №1

ПК-5,ПК-6

Больная 37 лет. Больна в течение многих лет. С 12-летнего возраста стали нарастать изменения личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Целыми часами стереотипно раскачивается сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №2

ПК-5,ПК-6

Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эххо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

Задача №3

ПК-5,ПК-6

Больной 20 лет. С детства отличался замкнутостью, не имел друзей, большую часть времени проводил дома, учился неровно, но всегда отлично по точным предметам. После окончания школы поступил в МГУ, сдал экзамены за первый семестр. Состояние изменилось остро, стал растерянным, импульсивным, совершал неожиданные и стереотипные движения руками и телом, затем стал застыть на одном месте, на вопросы не отвечал, иногда произносил отдельные слова. Потом надолго замолчал, тонус мышц был повышен. Был стационарирован.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №4

ПК-5,ПК-6

Больной 28 лет. С детства замкнутый, отмечались беспричинные страхи. После окончания ПТУ работал газосварщиком, но с товарищами по работе не общался, держался высокомерно, замкнуто. За два года до стационарирования явился в приёмную АН РФ, где

представил обширный трактат с проектом по переустройству мира согласно «оптимальным условиям человеческого существования». Отказ воспринимал, как происки врагов, стал ходить по разным инстанциям, убеждая, что его враги специально хотят навредить стране и не принимают его предложений. Всех, от кого получал отказ, заносил в специальную схему, которую назвал «планом заговора». Писал жалобы в правоохранительные органы и прокуратуру.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

Задача №5

ПК-5,ПК-6

Больной 35 лет. Дядя по линии матери болен шизофренией. В возрасте 20 лет впервые стационарировался в психиатрический стационар в связи с идеями преследования, отношения. Был поставлен диагноз «шизофрения». Выписан в состоянии ремиссии. Принимал поддерживающую терапию. Через 6 месяцев самостоятельно прекратил приём препарата. Через 2 недели повторный приступ болезни, был стационарирован. После выписки из стационара в течение 3 месяцев принимал поддерживающую терапию, затем приём лекарств прекратил. Очередное обострение через 3 недели, лечился в психиатрической больнице на протяжении 4 месяцев, выписан с улучшением.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Каков характер течения заболевания?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендованное лечение.

Задача №6

ПК-5,ПК-6

Больная 23 лет. Впервые заболела в 18 лет, появилось недовольство своей внешностью. Считала себя уродливой, жаловалась матери, что незнакомые люди на улице обращают на неё внимание отворачиваются, дают понять что им неприятно видеть её уродливое лицо, разубеждениям не поддавалась. Старалась не выходить на улицу, была напряжена, тревожна. Госпитализирована в психиатрическую больницу. Выписана без улучшения. Стала грубой, отчуждённой от семьи упорно добивалась пластических операций, грозила самоубийством в случае отказа, была вновь госпитализирована.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

Задача №7

ПК-5,ПК-6

Больной 19 лет. С 14 лет стали возникать колебания настроения, появилось чувство апатии, ничего не хотелось делать, ощущал свою беспомощность, утомляемость, такие состояния проходили через 2-3 недели. С 15 лет возникает постоянное желание мыть

руки, проводил за этим занятием много времени, после того, как отходил от умывальника, сразу возникала мысль, что руки всё-таки грязные, понимал нелепость своих опасений, но ничего не мог с собой поделать. Мысль о загрязнении постоянно преследовала больного.. Постепенно стал меняться по характеру стал замкнутым, растерял друзей, ничем не занимался, бросил учебу, целыми днями проводил дома, был пассивен, холоден к близким. Был стационарирован.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Каков диагноз?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №8

ПК-5,ПК-6

Больная 47 лет. Больна на протяжении 12 лет. Два года назад перенесла инфаркт миокарда. Первый раз стационарировалась в ПБ с резким снижением настроения, в голове была «путаница», считала, что окружающие её люди замышляют недоброе, хотят отравить. После лечения состояние нормализовалось, но стала значительно менее активной, не смогла работать. С диагнозом « Шизофрения» получила 2 группу инвалидности. Принимала поддерживающую терапию нерегулярно. Состояние вновь резко изменилось: стала возбуждённой, многоречивой, не спала ночами, декламировала стихи, слышала «голоса» в голове, ощущала воздействие «лазера» на своё тело и голову. После лечения в ПБ стала спокойнее, но оставалась бездеятельной, безучастной, эмоционально холодной.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №9

ПК-5,ПК-6

Больной 27 лет. Впервые заболел остро 2 дня назад. До этого в течение недели изменилось состояние: стал рассеянным, не понимал сути вопросов, отвечал после длительной паузы. Постепенно нарастала заторможенность, тонус мышц повышен, застывал в неудобных позах, на вопросы перестал отвечать совсем, отмечалась сухость кожи лица, редкое мигание, при попытке пересадить больного оказывал сопротивление, при попытке накормить сжимал губы, когда ложку убирали ото рта – раскрывал рот.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить больного?

Задача №10

ПК-5,ПК-6

Больной 22 лет. В течении последнего года изменился по характеру, стал тревожным, замкнутым. Появились неприятные ощущения в голове, как будто «пронзало

ножом», чувствовал сжимающие боли в области сердца. Тревога за своё здоровье усиливалась, стал посещать разных целителей, экстрасенсов, забросил учебу, дома был замкнут, ни с кем своими переживаниями не делился. Читал медицинскую литературу, требовал от врачей всё новых обследований. С недоверием относился к их словам, что он здоров. Эмоционально тускл, монотонен, ничем не занят.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить больного?

Задача №12

ПК-5,ПК-6

Больная 40 лет. Впервые заболела год назад, когда резко изменилось настроение. Стала подавленной, тоскливой, тревожной, считала, что глубоко виновата перед своим давно умершим отцом, ловила на себе осуждающие взгляды окружающих, как, близких, так и незнакомых людей, которые намекали ей на её вину. Появилась мысль, что все осуждают её за «преступление», которое она совершила (отец умер, когда больная была на курорте). Пряталась от окружающих, неделями не выходила на улицу, в голове постоянно присутствовали мысли о самоубийстве, но не было сил это сделать.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. Назовите симптомы.
3. Для какого расстройства этот синдром характерен?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача №13

ПК-5,ПК-6, ПК-10

Больной 18 лет. Заболел остро, внезапно расстроился сон, не спал три ночи, мысли в голове путались, пропадали. Стал неадекватным, озирался по сторонам, не мог сосредоточиться. Окружающее, казалось, наполненным особым символическим смыслом, на улице, казалось, разыгрывается какая-то «комедия», окружающие люди разделились на врагов и друзей. Постоянно менялось настроение, то становился восторженным – на лице состояние экстаза, то наоборот, становилось страшно, совершал неожиданные нелепые поступки.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?
6. Взаимодействие врача общей практики с врачами-специалистами

Ответы на задачи по теме:

«Шизофрения».

Задача №1.

1. Апатико-абулический синдром. Симптомы: эмоциональное оскудение, гипобулия, двигательная стереотипия, шизофазия, гетероагрессия, булимия, аутизм.
2. Для шизофрении

3. Психологическое обследование для выявления специфических нарушений мышления
4. Неблагоприятный
5. Нейролептики (галоперидол, рисполепт)

Задача №2.

1. Депрессия, вербальные псевдогаллюцинации, симптом психического автоматизма, бред воздействия, открытости мыслей, бред отношения, загруженность.
2. Синдромом Кандинского-Клерамбо
3. Шизофрения
4. Эндогенные
5. Нейролептики (трифтазин, галоперидол, клозапин)

Задача №3.

1. Люцидный кататонический
2. Шизофрения, органические заболевания головного мозга.
3. Психологические методы исследования
4. Госпитализация
5. Нейролептики (мажептил, клозапин, трифтазин, галоперидол)

Задача №4.

1. Аутизм, фобии, бредовые идеи реформаторства, сутяжничества, преследования.
2. Паранойальным.
3. Паранойе, параноидном расстройстве личности, шизофрении.
4. Психогенные, эндогенные.
5. Нейролептики (трифтазин, зельдокс).

Задача №5.

1. Параноидный синдром; бред преследования, бред отношения
2. Шизофрения
3. Приступообразно-прогредиентный
4. Относительно благоприятный
5. Нейролептики – пролонги (галоперидол-деканоат, рисполепт конста)

Задача №6.

1. Бред физического недостатка, бредовые идеи отношения, аутизация, депрессия.
2. Дистормоманическим синдромом
3. Шизотипическое расстройство, шизофрения, дистормофобия
4. Психогенные, эндогенные
5. Нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, психотерапия

Задача №7.

1. Обсессивно-фобический синдром, аффективная лабильность, апатия, астения, навязчивый страх загрязнения (мизофобия), навязчивые представления, обсессивные ритуалы, аутизм, эмоциональное оскудение.
2. Обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения, шизотипическое расстройство.
3. Шизофрения
4. Неблагоприятный
5. Нейролептики, психотерапия

Задача №8.

1. Маниакально-бредовый
2. Гипомания, логорея, вербальные псевдогаллюцинации, бред преследования, бред воздействия.
3. Шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство.
4. Неблагоприятный
5. Нейролептики (сероквель, оланзапин, галоперидол).

Задача №9.

1. Гипокинезия, каталепсия, мутизм, активный негативизм
2. Кататоническим
3. Шизофрения
4. Эндогенные
5. Нейролептики (галоперидол, мажептил, клозапин, трифтазин)

Задача №10.

1. Аутизм, сенестопатии, ипохондрические бредовые идеи, подозрительность, эмоциональное оскудение, апатия, абулия.
2. Сенестопатически-ипохондрическим
3. Шизофрения, органические поражения мозга, депрессивный эпизод.
4. Эндогенные, экзогенные
5. Нейролептики (кветиапин), антидепрессанты, транквилизаторы

Задача №11.

1. Депрессивно-бредовый
2. Депрессия, бред отношения, бред преследования, бред самообвинения.
3. Шизоаффективное расстройство
4. Благоприятный
5. Антидепрессанты, нейролептики (кветиапин).

Задача №12.

1. Шперрунги, растерянность, бред значения, инсценировки, антагонистический бред, аффективная лабильность, импульсивность.
2. Галлюцинаторно-бредовый синдром
3. Шизофрения, шизоаффективное расстройство.
4. Эндогенные
5. Нейролептики

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>