

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____

Должецкая Д.О.
(ФИО ординатора)

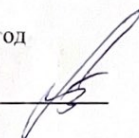
Тема реферата «Шизофрения»

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+/-
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	6/6
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/5

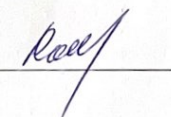
Дата: «26» 12 2022 год

Подпись рецензента



Березовская М.А.

Подпись ординатора



Должецкая Д.О.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Шизофрения»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Должецкая Д.О

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М.А

Красноярск 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение.....	3
Актуальность.....	3
Исторические факты.....	3
Этиология и патогенез.....	4
Клиническая картина.....	5
Клинические формы и типы течения.....	7
Критерии установления диагноза/состояния.....	8
Расстройства шизофренического спектра.....	9
Лечение.....	10
Вывод.....	11
Используемая литература.....	12

Введение

Шизофрения - эндогенное хроническое психическое заболевание, неизвестной этиологии, в которой определенную роль играет наследственная предрасположенность, в основе патогенеза лежит функциональное расстройство ЦНС с нарушением соотношения процессов возбуждения и торможения, вследствие нарушений обмена нейромедиаторов, начинающееся, преимущественно в молодом возрасте, характеризующееся многообразием клинической симптоматики, прогрессивностью течения и исходом в специфическое шизофреническое слабоумие.

Сам термин шизофрения (греч. schizo- разделять, расщеплять, phren— ум, разум) на русский обычно переводят как «расщепление разума», подразумевая особую «дисгармоничность» и «утрату единства психических процессов».

Актуальность

Проблема шизофрении на протяжении последних ста лет остаётся актуальной и значимой. До сих пор возникают вопросы по этиологическим аспектам шизофрении, патогенетическим особенностям различных клинических форм шизофрении, много внимания уделяется разработке новых подходов к терапии этого заболевания. Изучается эффективность новых лекарственных средств, в контексте перспективы повышения качества жизни больных, возможности терапии продуктивных и негативных расстройств при шизофрении.

На сегодняшний день шизофрения является более распространенным заболеванием, чем другие психические расстройства. Ей страдает более 40 миллиона человек. Наибольшее количество заболевших приходится на жителей крупных городов. Сельские люди болеют шизофренией гораздо реже.

Манифест заболевания почти в половине случаев приходится на возраст до 30 лет (пик заболеваемости – 18–25 лет); еще 30% случаев заболевание дебютирует в возрасте 31–45 лет. Мужчины и женщины болеют одинаково часто, но у женщин шизофрения обычно развивается позже.

Шизофрения часто сочетается с депрессиями, тревожными расстройствами, наркоманией и алкоголизмом. Значительно повышает риск суицида. Является третьей по распространенности причиной выхода на инвалидность после деменции и тетраплегии. Нередко влечет за собой выраженную социальную дезадаптацию, обращающуюся безработицей, бедностью и бездомностью.

Исторические факты

Клиническая симптоматика, сходная с симптоматикой, которую в наши дни относят к шизофрении, описывалась, начиная с глубокой древности.

В 1871 году Э.Геккером была описана гебефрения, в 1874 году К.Л.Кальбаумом — кататония, в 1891 В.Маньян дал описание динамики хронического бредового психоза.

В 1898 году немецкий психиатр Крепелин предложил рассматривать «раннее слабоумие» как отдельную нозологическую форму, а гебефрению, кататонию и паранойю как её подтипы. Такое предложение он сделал на основании сходства основных симптомов и исхода этих расстройств. Он описал заболевание, как протекающее при ясном сознании и состоящее из ряда состояний, типичным признаком которых является разрушение внутренних связей между такими психическими процессами как эмоции и воля.

Следующим этапом в изучении шизофрении явились работы Е. Блейлера (1857-1939). Профессор психиатрии в Цюрихе, на основании многолетних исследований он показал, что основной характеристикой заболевания является характерное расщепление психических процессов, утрата цельности и функциональной взаимосвязи между мышлением, эмоциями и поведением. Именно Блейлер предложил термин «шизофрения» — «расщепление мысли» чтобы указать центральный симптом заболевания. Далее, он ввел принцип разной диагностической значимости отдельных симптомов, подразделив их на основные или фундаментальные и дополнительные.

Основные: расстройства ассоциативного процесса; аффективные р-ва (уплощение эмоций, нарушение самовосприятия, чувства «Я» — агедония); нарушение волевой сферы и поведения — амбивалентность, аутизм.

Дополнительные симптомы: галлюцинации, бред, нарушения памяти, изменение личности, изменение речи и письма, соматические и кататонические симптомы.

Большое значение в клинике и диагностике имели работы К. Шнайдера (1887-1967) предложившего более прагматичный для диагностики набор т.н. симптомов I и II ранга.

К симптомам I ранга относятся: звучание мыслей (слуховые псевдогаллюцинации), галлюцинации от 3-го лица т.е. слуховые галлюцинации в форме диалогов и комментирующего содержания, соматические галлюцинации; ощущение воздействия извне, внеотнятие или вкладывание мыслей, трансляция (открытость мыслей), бредовое восприятие — идеи воздействия осуществляемые или вызываемые внешними силами.

Симптомы II ранга: другие типы галлюцинаций, внезапно возникающие бредовые идеи другого содержания, аффективные расстройства, растерянность — они менее характерны, но также значимы и позволяют поставить диагноз даже в отсутствии симптомов первого ранга.

Этиология и патогенез

Этиология неизвестна, но установлены факторы, являющиеся необходимыми и достаточными для развития этого заболевания.

Существует ряд теорий, наиболее современной является теория «стресс диатеза». Согласно этой модели для возникновения заболевания необходимо наличие и специфической уязвимости индивидуума (диатеза) и действие стрессора — окружающей среды. Стрессор может иметь биологическую природу (например медленные вирусные инфекции) и психосоциальные (неблагоприятная семейная обстановка). Шизофренный диатез может быть обусловлен биологически (генетическая предрасположенность), а также сформироваться как совокупность как биологических, так и психосоциальных факторов (алкоголизм, травма, социальный стресс).

Так, риск шизофрении возрастает в случаях, когда человек рос в городской среде, по сравнению с проживанием в сельской местности, является мигрантом и употребляет каннабиоиды. К факторам риска кроме того относят акушерско-гинекологические осложнения (преждевременные роды, гипоксия плода), инфекционные заболевания и недостаточное питание матери в первый и в начале второго триместра беременности, инфекционные заболевания в период беременности — грипп, краснуха, токсоплазмоз, герпес, а также раннюю детскую психологическую травму. В последние годы специальное внимание в отношении развития шизофрении уделяется микробиоте.

Генетический фактор — выдвинута полигенная теория и теория с вовлечением одного гена. Нет научного подтверждения ни той, ни другой, но полигенная теория больше согласуется с особенностями проявлений шизофрении (может при отсутствии заболевания у обоих родителей быть больной ребенок, возникновении болезни возможно при наличии больных родственников как со стороны матери, так и со стороны отца, у

больных тяжелыми формами шизофрении, больше больных родственников). В семьях, в которых имеются больные шизофренией, заболеваемость выше, чем в популяции, если больны оба родителя, 13 риск заболеть у детей составляет 60%, один – 16 – 17%. Риск заболеть у однояйцевых близнецов составляет около 70%, двуйцевых – 17 – 18%.

Дофаминовая гипотеза. Предполагается, что симптомы шизофрении, отчасти вызываются гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов или повышенной активностью дофамина. Эту теорию подкрепляет тот факт, что препараты блокирующие дофаминовые рецепторы (нейролептики) устраняют симптомы шизофрении. С другой стороны, средства усиливающие концентрацию дофамина, например, амфетамины (ЛСД) обостряют симптоматику. Однако, дофаминовая гиперактивность не специфична для шизофрении, но встречается и при других психозах, кроме того, блокада рецепторов наступает после введения препаратов, а клинический эффект, только через несколько недель. Гипотеза связанная с воздействием ГАМК – уменьшение активности ГАМК вызывает усиление дофаминовой активности.

Еще один потенциальный механизм развития шизофрении связан с **воспалением**, на что указывает повышение концентрации в плазме крови некоторых провоспалительных цитокинов, отражающих реакцию микроглии на различные патологические (в частности, аутоиммунные) процессы в мозге [9, 215]. Избыток свободных радикалов вследствие активации микроглии оказывает повреждающее действие и приводит к нарушению нейрогенеза и патологии белого вещества у больных шизофренией.

Клиническая картина

Продромальные явления могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель, месяцев и даже лет. К продромальным симптомам относятся утрата интереса к работе, к социальной деятельности, к своей внешности, к гигиеническим привычкам, когнитивные нарушения, изменения моторики, что может сочетаться с отдельными расстройствами восприятия, тревогой, не достигающей степени синдромальной оформленности депрессией или другой неспецифической психопатологической симптоматикой.

Наиболее активный период болезни – первые 5 лет после манифестации психотической симптоматики, когда происходят наиболее выраженные биологические нарушения и существенные социальные потери для пациентов. Данная группа пациентов требует особых подходов как в организационной форме оказания психиатрической помощи, так и методов лекарственной терапии и реабилитации.

Позитивные (продуктивные, психотические) симптомы

В большинстве случаев проходящие (наблюдаются во время эпизодов ухудшения состояния):

бред, галлюцинации (обычно псевдо-), психические автоматизмы, дезорганизация мышления (резонерство, разорванность и пр.) и поведения, кататония.

Негативные симптомы

Представлены дефицитом эмоционально-волевой сферы:

уплощение и ригидность аффекта, обеднение мышления, обрыв мыслей, апато-абулические расстройства: снижение энергетического потенциала, снижение побуждений, ангедония, аутизм, социальная запущенность.

Негативная симптоматика не является обязательной для диагностики шизофрении, наблюдается не у всех больных. Первичные (вызванные болезнью)

негативные симптомы мало обратимы, они могут прогрессировать по мере течения заболевания, во многом определяют социальную дезадаптацию пациентов.

Первичную негативную симптоматику следует отличать от вторичной негативной симптоматики, вызванной побочными эффектами антипсихотиков (лекарственным паркинсонизмом), социальной депривацией (в т.ч. госпитализмом), депрессией.

Вторичная негативная симптоматика может быть обратима на фоне соответствующей терапии и социальной реабилитации.

Когнитивные расстройства

Представлены умеренно выраженными расстройствами ряда познавательных функций (рабочей памяти, скорости обработки информации, внимания, исполнительных функций и пр.). Выраженных интеллектуально-мнестических нарушений (н., амнезии, деменции и пр.), свойственных грубо органическим заболеваниям головного мозга, при шизофрении не встречается.

Во многих случаях когнитивные расстройства при шизофрении могут быть отражением волевых расстройств (т.е. как неспособность использовать свои когнитивные способности), позитивной симптоматики, депрессии или побочных эффектов лекарств. Тем не менее, отмечается, что собственно когнитивный дефицит при шизофрении, даже не будучи выраженным, является предиктором плохого социального и трудового прогноза с одной стороны, а с другой рассматривается как связующее звено (эндофенотип) между структурными и функциональными изменениями в головном мозге и клинической симптоматикой шизофрении (в т.ч. продуктивной).

Аффективные расстройства

Депрессивная (чаще) или маниакальная (реже) симптоматика, которая может наблюдаться, как в структуре обострений болезни совместно с продуктивной (психотической) симптоматикой, так и в межприступный период (н., «постшизофреническая депрессия»). Аффективные нарушения не должны определять клиническую картину болезни (быть существенно выражены), иначе диагноз шизофрении должен быть отвергнут в пользу шизоаффективного или биполярного аффективного расстройства.

Клинические проявления **обострения (приступа)** шизофрении: манифестация или усиление продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, нарушений мышления, часто сопровождающихся страхом, тревогой, нарастающими изменениями поведения, различными видами психомоторного возбуждения, кататонической и гебефренической симптоматикой, зачастую – суицидальными мыслями и поступками.

Ремиссия – послабление психопатологической симптоматики острого периода болезни. Ремиссии подразделяются на полные и неполные, спонтанные (сохраняющиеся вне зависимости от проведения психофармакотерапии) и фармакозависимые (продолжающиеся до тех пор, пока проводится поддерживающая и противорецидивная терапия). Полная ремиссия предполагает отсутствие позитивных расстройств, обычно с восстановлением критического отношения к перенесенному психозу и неглубоким уровнем личностных изменений. При неполной ремиссии психопатологические расстройства в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности и становятся «частным делом» пациента, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени, при сохранении относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения, в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

Клинические формы и типы течения

Согласно МКБ-10, выделяют несколько форм шизофрении: параноидная, гебефреническая (гебефренная), кататоническая, недифференцированная, резидуальная и простая.

F20.0 – параноидная шизофрения.

В клинической картине должны быть выражены галлюцинации и/или бред: галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения; бред преследования, воздействия, отношения, значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности. Эмоциональная сглаженность или неадекватность, кататонические симптомы или разорванная речь не должны доминировать в клинической картине, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности.

F20.1 – гебефреническая шизофрения.

Обычно должна дебютировать в подростковом или юношеском возрасте. Должны отмечаться отчетливая и продолжительная эмоциональная сглаженность или неадекватность; поведение, которое характеризуется больше дурашливостью, нежели нецеленаправленностью; отчетливые расстройства мышления в виде разорванной речи. В клинической картине не должны доминировать галлюцинации или бред, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности.

F20.2 – кататоническая шизофрения.

При кататонической шизофрении в течение минимум двух недель должны отчетливо определяться один или более из следующих кататонических симптомов: ступор или мутизм; возбуждение; застывания; негативизм; ригидность; восковая гибкость; подчиняемость (автоматическое выполнение инструкций).

F20.3 – недифференцированная шизофрения.

При недифференцированной шизофрении симптоматика или недостаточна для выявления другой формы шизофрении, или симптомов так много, что выявляются критерии более одной формы шизофрении.

F20.4 – постшизофреническая депрессия.

F20.5 – резидуальная шизофрения.

При резидуальной или остаточной форме шизофрении наблюдается переход от активного течения процесса, т.е. психотических эпизодов с преобладанием продуктивных симптомов к хронической стадии со стойкими негативными симптомами, такими как психомоторное заторможенность, сниженная активность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы; бедность речи, как по содержанию, так и по количеству; бедность невербальных коммуникаций; недостаточность навыков самообслуживания и социальной продуктивности.

F20.6 – простая шизофрения.

Отмечается медленное развитие на протяжении не менее года всех трех признаков: 1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией, 2) постепенное появление и углубление негативных симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы, бедность невербального общения, 3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности. Отсутствие галлюцинаций или достаточно полно сформировавшихся бредовых идей любого вида, то есть клинический случай не должен отвечать критериям любой другой формы шизофрении или любого другого психического расстройства. Отсутствие данных за деменцию или другое органическое психическое расстройство.

F20.8 – другие формы шизофрении.

F20.9 – шизофрения, неуточненная.

Кроме того, иногда выделяют относительно редкое состояние т.н. **фебрильную шизофрению** — «приступы онейроидной кататонии при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении шизофрении, которые сопровождаются подъемом температуры и появлением ряда соматических расстройств». Подъем температуры может быть значительным (более 40) и сопровождающимся развитием трофических нарушений, поэтому это состояние представляет угрозу для жизни больных. Необходима дифференциальная диагностика с ЗНС (злокачественным нейролептическим синдромом)

Выделяют следующие **типы течения заболевания**:

1. **Непрерывный** (непрерывнотекущая шизофрения) — на протяжении длительного времени (и-р, более года) отсутствуют ремиссии (сохраняется продуктивная симптоматика), либо ремиссии неполные, лекарственные или достаточно короткие по отношению к общей длительности заболевания. Также может отмечаться нарастание негативной симптоматики, нарушения социального функционирования, утрата трудоспособности. Степень (скорость) прогрессирования болезни, нарастания негативной симптоматики может в значительной степени различаться у разных больных — от изменений, которые становятся очевидными через многие годы болезни, до очень быстрого (в течение 1-2 лет) нарастания грубого дефекта (более характерно при раннем начале заболевания — юношеская злокачественная, гебефреническая шизофрения).

2. **Эпизодический с нарастающим дефектом** (ранее назывался приступообразно-прогредиентная, или шубообразная шизофрения). Один или несколько психотических эпизодов, между которыми отмечается нарастающая негативная симптоматика, ухудшается качество ремиссий. В большинстве случаев у пациентов наблюдается прогрессирующее нарушение социального функционирования, они вынуждены получать инвалидность.

3. **Эпизодический со стабильным дефектом**. Ряд психотических эпизодов, после которых не формируется полноценная ремиссия. Пациент вынужден получить инвалидность.

4. **Эпизодический ремиттирующий (рекуррентный)**. Возникают относительно кратковременные психотические приступы, после которых — светлый промежуток (интермиссия). Отсутствуют какие-либо значимые неблагоприятные последствия болезни (т.е. негативная симптоматика), а пациент сохраняют удовлетворительную социальную адаптацию и трудоспособность. Изменения личности нарастают медленно.

Критерии установления диагноза/состояния

В качестве диагностических критериев опираются на «четыре А Блейера»:

- снижение аффекта (обеднение эмоционально-волевой сферы)
- аутизм (замкнутость)
- нарушение ассоциативного мышления
- амбивалентность.

Для диагностики шизофрении требуется наличие, как минимум, одного четкого симптома (или 2 менее отчетливых симптомов), принадлежащего к перечисленным ниже признакам 1-4, или 2 симптомов, относящихся к признакам 5-9, которые должны отмечаться на протяжении не менее одного месяца (критерий наличия расстройств в течение одного месяца имеет отношение только к перечисленным ниже специфическим симптомам, а не к продромальному непсихотическому этапу).

1. Эхо мысли, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость);

2. Бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

3. Галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение пациента или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;

4. Стойкие бредовые идеи другого рода, которые не адекватны для данной социальной культуры и не имеют рационального объяснения по своему содержанию;

5. Постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель;

6. Прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи; или неологизмы;

7. Кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье;

8. "Негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; эти признаки не обусловлены депрессией или лекарственной нейролепсией;

9. Значительное последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Состояния, соответствующие приведенным критериям, но продолжающиеся менее месяца (независимо от того находился пациент на лечении или нет), должны быть квалифицированы как острое шизофреноподобное психотическое расстройство или перекодироваться, если симптомы продолжаются в течение более длительного периода.

Расстройства шизофренического спектра

Помимо шизофрении выделяют расстройства шизофренического спектра, которые по клинической картине похожи на шизофрению, но не полностью соответствуют диагностическим критериям или имеют особенности проявлений.

К расстройствам шизофренического спектра, по МКБ-10, относятся шизотипическое расстройство, хронические бредовые расстройства, острые и транзиторные психотические расстройства, индуцированное бредовое расстройство, шизоаффективные расстройства. Объединяет эти расстройства то, что они могут накапливаться в семьях больных шизофренией, часто имеют схожие, но разной степени выраженности клинические признаки, отражают общую генетическую уязвимость.

Шизотипическое расстройство характеризуется странным, чужаковатым поведением, эмоциональной холодностью, социальной отгороженностью; нарушениями мышления и восприятия, не достигающими уровня бреда и галлюцинаций. Носит хронический характер, иногда переходит в шизофрению.

Хронические бредовые расстройства проявляются наличием единственного или основного симптома — хронического бреда, который обычно монотематический или систематизированный политематический. Это может быть бред преследования, ипохондрический, величия, кверулянтный, ревности и др.

Индукцированное бредовое расстройство характеризуется наличием бреда, разделяемого несколькими лицами, имеющими тесный эмоциональный контакт. Один человек при этом страдает истинным психотическим расстройством, другой лишь разделяет его бредовые убеждения.

Острые и транзиторные психотические расстройства характеризуются острым началом, наличием типичных симптомов психоза (бред, галлюцинации, дезорганизация речи и поведения), быстро меняющейся клинической картиной, часто связаны с перенесенным стрессом. Как правило, завершаются выздоровлением в течение 2-3 месяцев.

Шизоаффективное расстройство сочетает в себе одновременно черты шизофрении и аффективных расстройств (мании, депрессии).

Лечение

В лечении шизофрении необходимы два основных компонента:

1. Медикаментозное лечение.
2. Психосоциальная терапия и реабилитация.

Терапия антипсихотическими лекарственными средствами остается ведущим методом на всех этапах лечения. Антипсихотики можно разделить на антипсихотики первого поколения (типичные) и антипсихотики второго поколения (атипичные). Механизм действия типичных антипсихотиков основан, в первую очередь, на блокаде D2-дофаминовых рецепторов, с этим же связаны и основные побочные эффекты (экстрапирамидные расстройства). Атипичные антипсихотики отличаются дополнительным фармакологическим действием (серотониновый антагонизм, парциальный D2-агонизм и др.), меньшей выраженностью экстрапирамидных побочных эффектов, эффективностью в отношении негативных симптомов.

Основные принципы применения лекарственных средств следующие:

1. Предпочтительна монотерапия антипсихотиком.
2. Выбор лекарственных средств и доз в каждом случае проводят на основании анализа преимуществ и возможных побочных эффектов, таких как метаболические (набор веса, нарушение толерантности к глюкозе), экстрапирамидные (акатизия, дискинезия, дистония), кардиоваскулярные (продолгование интервала QT), гормональные (повышение уровня пролактина) и др. При назначении антипсихотиков желательно обсудить выбор препарата с пациентом с целью поддержания комплаенса.
3. Предпочтительны пероральные формы введения лекарственного средства. Парентеральное введение лекарственного средства допускается на короткое время на этапе купирующей терапии в случае отсутствия сотрудничества пациента с родственниками, врачами и персоналом и при назначении пролонгированных антипсихотиков для поддерживающей терапии.
4. Постепенное увеличение дозы до минимальной терапевтической. Это позволяет избежать ряда побочных эффектов лекарственного средства и определить индивидуальную чувствительность пациента к конкретному антипсихотику.
5. В случае первого эпизода шизофрении предпочтение должно быть отдано антипсихотикам второго поколения в связи с меньшим риском развития экстрапирамидных расстройств.
6. Продолжительность лечения антипсихотиками после первого психотического эпизода шизофрении должна составлять 1-2 года.

7. Дозы антипсихотика при лечении первого эпизода шизофрении, как правило, ниже доз, применяемых в последующих эпизодах расстройства, и соответствуют нижней границе минимальной терапевтической дозы.

8. При отмене антипсихотика рекомендуется постепенное снижение дозировки, чтобы избежать «рикошетных» реакций. Особенно это касается лекарственных средств с сильными холинолитическими действиями (клозапин, хлорпромазин)

9. Предпочтительны лекарственные средства с наилучшим профилем безопасности для конкретного пациента.

10. Адекватное время ожидания лечебного эффекта до перевода на другой препарат — 3–5 недель. При отказе пациентов от регулярного приема таблетированных лекарственных средств возможно назначение депо-препаратов или инъекций антисихотиков пролонгированного действия. Они назначаются с регулярностью 1 раз в 2–4 недели. Примерами таких лекарственных средств из антипсихотиков первого поколения служат галоперидол деканоат, зуклопентиксола деканоат, флуфеназина деканоат; из антипсихотиков второго поколения — рисперидон (микросферы), оланзапина памоат, палиперидона пальмитат.

К часто встречающимся побочным эффектам приема антипсихотиков, особенно первого поколения, относят **экстрапирамидные расстройства** (лекарственный паркинсонизм, дистонию, актизию).

Наряду с медикаментозной терапией, крайне важна **психосоциальная терапия и реабилитация**.

Трагичность шизофрении для пациента и его близких состоит в том, что болезнь нарушает способность полноценно общаться, работать, учиться. Многие (но не все) теряют профессиональные навыки, способность к творчеству. При длительном течении болезни пациенты могут даже терять способность обслуживать себя: покупать продукты, готовить пищу, следить за своим здоровьем. Первый эпизод шизофрении часто сопровождается депрессией с невозможностью справиться с изменившейся вследствие болезни жизненной перспективой. К сожалению, именно в этот период пациенты с шизофренией с большей вероятностью совершают самоубийства.

Помимо медикаментозной терапии, необходима поддержка пациента родными и близкими. Эффективна работа психообразовательных программ, во время которых пациентам рассказывают об основных проявлениях заболевания, возможности их предотвратить, особенностях лечения. В формате группы пациенты могут делиться своим опытом преодоления трудностей с людьми, имеющими схожие проблемы, получать психологическую поддержку.

Вывод

Таким образом, можно сделать вывод о том, что шизофрения распространена повсеместно, во всех странах и социально-экономических слоях общества. Это заболевание, протекающее с различными изменениями личности. Нестабильность психического состояния, приносит дискомфорт не только больному, но и всей его семье, а все социальные взаимодействия, к которым так привык человек, становятся невозможными.

Поскольку у заболевания возможен благоприятный прогноз, к лечению следует приступать сразу при возникновении первых симптомов. При наличии у подростка чрезмерной агрессивности или, наоборот, хладнокровности, рекомендуется консультация психолога. В некоторых случаях требуется начало терапии с медикаментозного лечения, но в большинстве — необходимо помнить, что только комплексная терапия поможет избежать усугубления состояния пациента и вылечить его в кратчайшие сроки.

Используемая литература

- Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г
- Клинические рекомендации МЗ РФ «Шизофрения у взрослых», 2021г.
- Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАРМедиа», 2020г.
- «Психопатология. Учебник и практикум для вузов» В.А. Дереча, Москва, Юрайт, 2019
- Незнанов Н.Г., Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А. «Психиатрия. Национальное руководство»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
- Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г