

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

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Шизофрения.

Зав. кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнила: Гутман Вера Яковлевна

Красноярск

2022

План

1. Актуальность.....	стр 3
2. Введение.....	стр 4
3. Этиология и патогенез заболевания	стр 5
4. Клиническая картина.....	стр 7
5. Классификация заболевания.....	стр 8
5.1 По МКБ-10.....	стр 8
5.2 По вариантам клинического течения.....	стр 9
6. Диагностика заболевания.....	стр 10
7. Лечение.....	стр 12
8. Заключение.....	стр 13
9. Список литературы.....	стр 14

Актуальность.

Проблема психических расстройств с каждым годом становится всё актуальней. Научно-технический прогресс затронул все сферы жизни общества, соответственно, качество жизни населения способно изменяться. К сожалению, эти изменения не всегда несут положительный характер.

Одним из самых серьёзных заболеваний в психиатрии является шизофрения. Родные и близкие таких людей должны понимать, что пациент нуждается не только в медикаментозном лечении, но и постоянной психологической поддержке. Тяжело жить в полном отсутствии принятия и понимания, а душевно больному – тем более.

Гарантии на то, что кто-то из близких людей не заболеет шизофренией, нет. При этом от больного отворачиваются окружающие, а родственники впадают в отчаяние. Подобное положение в социуме еще больше угнетает психологическое состояние больного шизофренией, получается замкнутый круг. Потому так важно его психологически поддерживать и успокаивать. Эти действия должны послужить альтернативой для облегчения психологического состояния пациента.

Высокая распространенность и заболеваемость шизофренией, тяжесть клинических проявлений, нередко ведущих к глубокой инвалидизации, большие экономические затраты, трудовые потери и социальный урон, связанные с этим заболеванием, являются причиной того, что проблема шизофрении остается одной из самых актуальных в современной клинической и социальной психиатрии.

Введение.

Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторной, бредовой, кататонической, аффективной и др.) и негативной (апатия, абulia, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.).

Медиана заболеваемости шизофренией составляет 15,2 на 100 тыс. населения в год с 80% доверительным интервалом в пределах 8–43 на 100 тыс. населения; показатель болезненности в течение жизни колеблется в пределах 0,3–2,0%, в среднем – 0,7%. Медиана болезненности в каждый данный момент времени находится на уровне 3,3–4,6 на 1000 человек населения с 80% доверительным интервалом в пределах 1,3–12,1. В Российской Федерации число лиц, которым впервые в жизни был установлен диагноз шизофрении, в 2016 году составлял 7,83 на 100 тысяч населения; общая болезненность (2018 г.) – 321,6 на 100 тысяч населения (или 0,32%). 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. Показатель инвалидности по шизофрении в 2016 г. находился на уровне 240,9 на 100 тыс. населения (из них 89,4% инвалиды I и II группы). Впервые в 2016 году признаны инвалидами вследствие шизофрении 6,0 на 100 тыс. населения. Риск развития диабета у пациентов с шизофренией составляет 11%–23% по сравнению с 8,5% риска возникновения заболевания у лиц из общей популяции. Сопутствующие соматические заболевания (сердечно-сосудистые, диабет II типа и т.д.) и суициды (уровень суицидов на протяжении жизни составляет 4%–13%) являются ведущими причинами преждевременной смертности и сокращают продолжительность жизни пациентов с шизофренией в среднем на 10–20 лет по сравнению с общей популяцией.

Впервые в 1852 г. французский психиатр Бенедикт Огюстен Морель выдвинул теорию возникновения нервных и психических заболеваний и описал ее. По его мнению, все психические заболевания возникали из-за дегенеративных процессов, которые терпит человеческая природа. Пациентам, с выявленными психическими нарушениями, Морель давал неутешительные прогнозы.

Немаловажный вклад в изучение патологических состояний психики, внес немецкий психиатр Карл Людвиг Кальбаум. В 1863 году выходит книга «Группировка психических болезней и систематика психических расстройств», где психиатр проводит дифференцировку и подробное

изучение основных форм психозов. В дальнейшем, Кальбаум в совместной работе с психиатром Эвальдом Геккером, ввели такие понятия как гебефрения и кататония. В 1908 году, швейцарский психиатр Эйген Блейер ввел диагноз «шизофрения» и подробно изучал данное заболевание. По Блейеру, основным симптомом шизофрении является амбивалентность - наличие противоположных чувств к одному и тому же объекту.

Но не только зарубежные деятели занимались изучением болезней психики. В 1882 году, один из основоположников Российской психиатрии Виктор Хрисанфович Кандинский ведет исследования области псевдогаллюцинаций и вводит термин, соответствующий современной шизофрении – «идеофрения».

Этиология и патогенез заболевания.

В настоящее время общепринятой является стресс-диатезная модель происхождения шизофрении, в которой находит отражение представление о значении в развитии болезни не только наследственного, но и средовых, в том числе социальных факторов. Шизофрения – разнородное, полигенно-мультифакторное заболевание с множественными распространенными генетическими полиморфизмами, каждый из которых вносит небольшой вклад в подверженность заболеванию. Риск развития шизофрении у детей, если один из родителей страдает данным заболеванием, составляет 7–13% (если больны оба – 27–46%), у внуков – 5%. Вероятность заболеть у одного из родителей в случае болезни ребенка – 6%. У гетерозиготных близнецов риск считается равным 17%, у монозиготных близнецов – 41–65%, у сиблингов – 9%, у полусиблингов – 3–8%, у двоюродных братьев и сестер (дядек/теток) – 2%, у племянников – 4%. Наряду с генетическими и эпигенетическими существенное значение в развитии заболевания имеют средовые факторы. Так, риск шизофрении возрастает в случаях, когда человек рос в городской среде, по сравнению с проживанием в сельской местности (отношение шансов ≈ 2), является мигрантом (отношение шансов 2–5) и употребляет каннабиоиды (отношение шансов 1,5–2,0). 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 (отношение шансов 3,06), а также раннюю детскую психологическую травму (отношение шансов 5,94). В последние годы специальное внимание в отношении развития шизофрении уделяется микробиоте. Комплекс указанных неблагоприятных факторов приводит к отклонениям в развитии головного мозга и явлениям диатеза с личностной уязвимостью, которые при наличии сверхпороговых внешних раздражителей

способствуют прогрессирующему церебральному процессу, проявляющемуся психопатологической (позитивной и негативной) симптоматикой. Манифестному психозу при шизофрении предшествует длительный патологический процесс, протекающий в центральной нервной системе в течение многих лет. В частности, это проявляется нерезко выраженным, но статистически значимым уменьшением интракраниального объема у недавно заболевших пациентов с шизофренией (величина эффекта 0,2), что указывает на нарушение развития мозга еще до дебюта заболевания. В постпубертатном периоде происходит дальнейшее уменьшение мозговой ткани, включая как серое, так и белое вещество (величина эффекта 0,4). Сокращение объема мозга (в большей степени в лобных и височных областях) продолжается и после манифеста шизофрении, особенно в первые годы заболевания. Патологические механизмы развития шизофрении обусловлены, как минимум, тремя взаимосвязанными процессами: дофаминергической дисрегуляцией, нарушением глутаматергической нейротрансмиссии и провоспалительным статусом мозга. Согласно дофаминовой гипотезе развития шизофрении возникновение психотической симптоматики тесно связано с усилением дофаминовой нейротрансмиссии и гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов в мезолимбической системе головного мозга, а негативная симптоматика обусловлена снижением дофаминовой активности в мезокортикальной системе. При этом дофаминовая теория в настоящее время не рассматривается изолированно, а является существенным компонентом более широкой нейротрансмиттерной теории, учитывающей сопряженные нарушения в различных системах, в частности, серотонинергической и ГАМК-ергической. Значительную роль в развитии психоза играет глутаматергическая система мозга, модулирующая повышенную активность дофаминовых нейронов мезолимбического пути. Кроме того, дисрегуляция глутаматергической нейротрансмиссии лежит в основе когнитивных нарушений. Аберрация синаптической пластичности вследствие нарушения модуляции N-метил-D-аспартат (NMDA) рецепторов приводит к сбою в формировании эфферентных копий (нейрофизиологические «предсказания» сенсорных сигналов, которые должны произойти в результате действия), что обуславливает рассогласование ожидания и результата действия, на феноменологическом уровне проявляющемуся в когнитивных нарушениях и различной психопатологической симптоматике, в частности синдроме психического автоматизма. 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. 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 («первый психотический эпизод – ППЭ»), 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 (отделения ППЭ), так и методов лекарственной терапии и реабилитации.

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. Согласно рекомендациям рабочей группы по разработке критериев ремиссии при шизофрении, выраженность симптоматики не должна превышать легкой степени выраженности по каждому из следующих проявлений заболевания: бред, необычное содержание мыслей, галлюцинации, концептуальная (понятийная) дезорганизация, манерность и позирование, притупленный аффект, пассивно-апатическая социальная отгороженность, нарушение спонтанности и плавности речи. Шестимесячный период является минимальным, чтобы при указанной выше выраженности расстройств диагностировать ремиссионное состояние. Разработаны и более дифференцированные критерии ремиссии по

отдельным формам и типам течения шизофрении и с учетом достигнутого уровня функционального восстановления.

Классификация заболевания.

По МКБ-10.

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.

По типам течения.

Выделяют следующие типы течения заболевания:

1. Непрерывный (непрерывнотекущая шизофрения) — на протяжении длительного времени (н-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.

Диагностика.

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.

Дифференциальный диагноз.

Рекомендуется исключить любое соматическое, неврологическое и органическое психическое расстройство или употребление токсических веществ, алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ), которые могут вызвать острое психотическое состояние с шизофреноформной симптоматикой. С этой целью в случае необходимости обязательно рекомендуется сделать общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, провести электрокардиографию (ЭКГ), при необходимости – электроэнцефалографию (ЭЭГ), эхоэнцефалографию (ЭХО-ЭГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) и другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты в крови и моче.

Для осуществления дифференциального диагноза с другими психическими заболеваниями рекомендуется изучение анамнеза, выделение ведущего синдрома и катamnестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания.

Лечение.

1. Фармакотерапия.

Основным методом лечения шизофрении является использование антипсихотических препаратов (нейролептиков), которые могут привести к улучшению социального функционирования, действуя как на «негативные» и острые, так и на «продуктивные» симптомы психоза и препятствуя его дальнейшему развитию. При приёме большинства антипсихотиков максимальный терапевтический эффект достигается в течение 7-14 дней. В то же время антипсихотикам не удаётся значительно ослабить негативные симптомы и когнитивную дисфункцию. Эффект антипсихотиков обусловлен в первую очередь именно подавлением дофаминовой активности, несмотря на их существенные побочные действия. Используемые в настоящее время дозировки антипсихотиков, как правило, ниже по сравнению с дозировками, использовавшимися в первые десятилетия их применения. Несмотря на широкую распространённость антипсихотической фармакотерапии, она ни в коей мере не является этиопатогенетической, а представляет собой симптоматическую терапию, ориентированную преимущественно на малоспецифичные продуктивные симптомы.

Имеются свидетельства того, что клозапин, амисульприд, оланзпин и рисперидон являются самыми эффективными средствами. Дальнейшее (после купирования психоза) применение этих антипсихотиков позволяет снизить риск рецидива. При резистентной шизофрении рекомендуется назначать клозапин.

2. Психотерапия.

Также широко рекомендуется и используется при шизофрении, хотя возможности терапии порой ограничены фармакологией из-за проблем с финансированием или недостаточной подготовки персонала. Помимо лечения самой болезни, психотерапия направлена также на социальную и профессиональную адаптацию пациентов.

3. Другие методы.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) не рассматривается при первоначальном выборе стратегии терапии, но может быть прописана при неудаче других методов. Она более эффективна при наличии симптомов кататонии, и правила NICE в Великобритании рекомендуют применение ЭСТ при кататонии, если у данного пациента она уже с успехом проводилась, однако других рекомендаций относительно ЭСТ при шизофрении нет.

Инсулинокоматозная терапия для лечения шизофрении применялась на Западе с момента её создания в 30-е годы XX века и до 50-х годов, когда было признано, что не свидетельств её эффективности, при том, что она существенно опаснее ЭСТ.

В России инсулинокоматозная терапия продолжает использоваться, представляя с точки зрения разных специалистов, уникальный метод терапии. Также иногда применяется атропинокоматозная терапия.

Заключение.

Шизофрения – 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.

Исходя из данных практики и большинства исследований, диагноз «шизофрения» чаще всего устанавливается пожизненно, а само заболевание имеет неблагоприятный прогноз. Но при более благоприятных формах и типах течения, в случае своевременного начатого и правильно подобранного лечения, можно замедлить формирование дефекта и добиться длительной ремиссии вплоть до нескольких лет.

Литература:

1. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинулькина М.А. «Психиатрия и медицинская психология»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
2. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г.
3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Шизофрения», 2021г.
4. Незнанов Н.Г., Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А. «Психиатрия. Национальное руководство»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
5. Александровский Ю.А, Незнанов Н.Г. «Психиатрия. Национальное руководство: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
6. <https://psychiatr.ru/education/slide/427>, 2022г.