

**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 НА ТЕМУ: «ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ
РАССТРОЙСТВО»**

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Березовская М.А.
Ординатор: Щетникова А.С.

Красноярск 2020 г.

Оглавление	
Введение	3
Определение заболевания.....	3
Этиология и патогенез заболевания или состояния	3
Эпидемиология заболевания или состояния.....	4
Классификация	5
Клиническая картина заболевания или состояния	6
Лечение	9
Вывод.....	12
Список литературы	12

Введение

ОКР страдает около 1-3% жителей планеты, примерно у 80% пациентов с этим расстройством разовьется депрессия. Также у этой патологии высокая коморбидность с изолированными фобиями и паническим расстройством. Некоторые пациенты воспринимают легкие формы ОКР как простой неудобство, когда как у других пациентов навязчивости серьезно вмешиваются в супружескую и профессиональную жизнь. Этой группе пациентов необходима квалифицированная помощь: медикаментозное и психотерапевтическое лечение. Поэтому специалисту необходимо обладать достоверной и самой передовой информацией по этому расстройству.

Определение заболевания

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюдать для достижения чувства «завершённости действия».

Этиология и патогенез заболевания или состояния

На развитие ОКР оказывают влияние как генетические факторы, так и факторы окружающей среды. Многочисленные исследования подтверждают участие кортико-стриатоталамо-кортикальной системы (КСТКС) в патофизиологии расстройства. Другие отделы головного мозга также участвуют в патогенезе ОКР. Близнецовые исследования и исследования семей с ОКР подтвердили наличие большого наследственного компонента в этиопатогенезе ОКР. При этом больший вес генетических факторов был отмечен при манифесте ОКР в детском возрасте, чем во взрослом. Конкретные гены и группы генов, влияющие на вероятность развития ОКР, неизвестны, хотя исследования в этой области продолжаются. На вероятность развития ОКР, по-видимому, влияют несколько факторов окружающей среды, но причинно-следственные связи на данный момент надежно не верифицированы. У взрослых пациентов описано развитие ОКР после травматических событий, в связи с чем высказывается предположение, что острая реакция на стресс может служить «пусковым фактором» для данного расстройства. Существуют описания множества случаев развития ОКР после неврологических повреждений (ОНМК, ЧМТ), которые

затрагивали КСТКС. Кроме того, показано, что нейрохирургические вмешательства в областях КСТКС могут уменьшать интенсивность и частоту возникновения симптомов ОКР у взрослых. В экспериментах у животных было показано, что нарушение работы этой системы приводит к поведению, схожему с ОКР. В нейровизуализационных исследованиях выявлены анатомические аномалии в КСТКС у пациентов с ОКР. Несмотря на наличие противоречивых результатов в мета-анализах, в целом в большинстве работ отмечаются аномалии в орбитофронтальной коре, передней поясной извилине (ППИ) и стриатуме. Существуют предположения о роли серотониновой и (или) дофаминовой систем в патогенезе ОКР. Результаты фармакологических и нейровизуализационных исследований, направленных на проверку этих гипотез, оказались противоречивыми. Кроме того, в некоторых современных моделях предполагается, что симптомы ОКР прямо или косвенно связаны с нарушениями глутаматергической нейротрансмиссии в кортикостриарных путях.

Эпидемиология заболевания или состояния

Распространенность ОКР по различным оценкам составляет около 1-3% популяции. Распространённость среди женщин несколько выше во взрослом возрасте, тогда как в детском возрасте, напротив, чаще болеют лица мужского пола. Средний возраст начала ОКР – 19-20 лет. К 14-летнему возрасту расстройство развивается у 25% больных, манифест заболевания после 35 лет встречается редко. У пациентов мужского пола начало заболевания, как правило, более раннее, так у 25% из них первые проявления возникают уже к возрасту 10 лет, тогда как у женщин этот процент значительно ниже. У 76% пациентов с ОКР в анамнезе отмечаются расстройства тревожного спектра (паническое расстройство, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство, изолированные фобии), у 63% — аффективные расстройства (чаще всего рекуррентное депрессивное расстройство (41%), у 23-32 % — сопутствующее расстройство личности, преимущественно с ананкастными чертами. Помимо этого, до 29% лиц с ОКР обращаются за помощью в связи с различными тиками. Такое сочетание более характерно для лиц мужского пола, у которых ОКР возникло в детском возрасте. Кроме того, при ОКР чаще, чем в популяции встречаются дисморфобия [30], трихотилломания и невротические экскорации (компульсивное расчесывание и др. формы повреждения кожи и слизистых). При этом ОКР чаще, чем в общей популяции, встречается при шизофрении и шизоаффективном расстройстве (12% пациентов), биполярном расстройстве, нервной анорексии и нервной булимии, синдроме Туретта.

Классификация

В международной классификации болезней 10-го пересмотра, адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999) ОКР выделены в отдельную рубрику F42 и включены в общий кластер невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48). Комментарий. В DSM-5 ОКР выделено в отдельную от тревожных расстройств категорию, которая называется «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства».

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)

Существенной особенностью состояния является наличие повторяющихся навязчивых мыслей или вынужденных действий. Навязчивые мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые вновь и вновь приходят больному в голову в стереотипном виде. Они почти всегда огорчительны, и пациент часто безуспешно пытается сопротивляться им. Тем не менее больной считает эти мысли своими собственными, даже если они произвольны и отвратительны. Навязчивые действия, или ритуалы, являются стереотипными манерами, которые больной повторяет вновь и вновь. Они не являются способом получить удовольствие или атрибутом выполнения полезных задач. Эти действия являются способом предотвратить возможность наступления неприятного события, которое, как опасается больной, в противном случае может произойти, нанеся вред ему или другому лицу. Обычно такое поведение осознается больным как бессмысленное или неэффективное и делаются повторные попытки противостоять ему. Почти всегда присутствует тревожность. Если компульсивные действия подавляются, тревожность становится более выраженной

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления

Они могут принимать форму идей, мысленных образов или побуждений к действию, которые почти всегда причиняют страдание пациенту. Иногда идеи являются незаконченными, бесконечно рассматриваемыми альтернативами, связанными с неспособностью принять обычное, но необходимое решение, касающееся повседневной жизни. Связь между навязчивыми размышлениями и депрессией является особенно тесной, поэтому диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства следует отдавать предпочтение лишь только в том случае, если навязчивые мысли возникают или удерживаются при отсутствии депрессивного эпизода.

F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

Большинство компульсивных действий относится к очистке от загрязнения (в основном мытье рук), повторным проверкам для получения гарантии того, что потенциально опасная ситуация не может возникнуть, или соблюдению

аккуратности и опрятности. В основе такого явного поведения лежит обычно боязнь опасности, которой может подвергнуться сам пациент или которой он может подвергнуть другого, и ритуальные действия являются безрезультатной или символической попыткой предотвратить опасность.

Также к этой группе заболеваний относится:

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

Ниже приведены наиболее распространённые варианты obsessions и ритуалов:

«Очищение» – страхи, связанные с загрязнением/заражением и ритуалы очищения

«Симметрия» – obsessions по поводу симметрии и ритуалы повторного, «правильного» выполнения действий, раскладывания предметов в определенном порядке и счет

«Табуированные мысли» – примеры включают агрессивные, сексуальные, богохульные obsessions и связанные с ними compulsions

«Причинение вреда» – например, мысли или представления о причинении вреда самому себе или кому-то другому («контрастные навязчивости») и ритуалы перепроверки («повторного контроля») по этому поводу

«Хординг» – obsessions и compulsions по поводу собирания и накопления различных предметов.

Клиническая картина заболевания или состояния

ОКР у пациентов проявляется в виде obsessions или compulsions, или и того, и другого одновременно. Причем исследования показывают, что именно сочетание в клинической картине obsessions и compulsions встречается чаще, чем каждый из синдромов по отдельности.

Obsessions – это повторяющиеся или неотвязные мысли, представления, или побуждения. Obsessions не приносят удовольствия и не воспринимаются как произвольные. Они назойливые, нежелательные, и большинство людей страдают или испытывают тревогу от их появления. Пациенты с ОКР стараются игнорировать, избегать, подавлять навязчивости, или нейтрализовать их другими мыслями или действиями (например, выполняя ритуалы).

Компульсии (ритуалы) – это повторяющееся поведение или идеаторные акты, которые человек совершает из чувства необходимости в связи с содержанием obsessions или в соответствии с правилами, требующими точности исполнения, или достижения чувства «завершенности», «полноты» выполнения. Целью является уменьшение дистресса, вызванного obsessions, или предотвращение нежелательных событий. При этом компульсии никаким реалистичным образом не связаны с этими «опасными» событиями или очевидно избыточны в сравнении с обычными действиями. Комппульсии также могут выполняться для избавления от чувства «незавершенности» — например, необходимость многократного повторения действия, пока оно не будет выполнено «абсолютно правильно». Выполнение ритуалов не приносит удовольствия, хотя некоторые пациенты испытывают облегчение тревоги и дискомфорта.

Obsessions и компульсии могут быть различными по своей частоте и интенсивности – от 1-2 часов в день с их незначительной интенсивностью до постоянно присутствующих тягостных симптомов, значительно снижающих трудоспособность и (или) качество жизни.

В момент появления obsessive мыслей или compulsive действий пациент может испытывать разнообразные эмоции. Так, некоторые больные ощущают выраженную тревогу, на высоте которой могут развиваться и повторяться приступы паники (психовегетативные пароксизмы). Другие пациенты сообщают о выраженном чувстве отвращения. При совершении ритуала, многие пациенты испытывают неприятное чувство «незавершенности» или неловкости, которые не прекращаются пока действия не будут выполнены (например, определенные предметы разложены «правильным» образом).

У многих пациентов с ОКР обнаруживаются ошибочные убеждения и установки, включая следующие.

- Утрированное чувство собственной ответственности за предстоящие события и склонность преувеличивать негативные последствия неудач. – Перфекционизм и неспособность переносить неопределенность («низкая толерантность к неопределенности»).
- Переоценка роли и важности идеаторных феноменов (мыслей) – например, вера в то, что наличие «плохих, запрещенных» мыслей также плохо, как и реальные действия.
- Убеждение в возможности и необходимости контролировать мышление.

Существует связь между ОКР и суицидальным поведением, частота возникновения суицидальных мыслей у больных ОКР на протяжении жизни – 63,5%, суицидальных попыток – 46%.

Большому риску подвержены больные с наличием коморбидной психической патологией, симптомами депрессии и тревоги, суицидальными попытками в анамнезе. Часть пациентов испытывают навязчивый страх причинить вред окружающим, но нет данных о том, что они с большей вероятностью совершат агрессивный поступок, чем лица из общей популяции.

Пациенты с ОКР по-разному оценивают степень бессмысленности и чрезмерности своих навязчивых мыслей и ритуалов. Степень критичности к симптомам зависит от индивидуальных особенностей и может меняться по мере развития заболевания. В небольшом проценте случаев (менее 4%) при отсутствии критического отношения навязчивые мысли могут трансформироваться в бредовые – например, в случае с убежденностью пациента, что его мысли смогут причинить реальный вред другому человеку.

Развитие симптомов ОКР чаще постепенное, острое начало описано, например, после перенесенного инфекционного заболевания. Без лечения ОКР обычно приобретает хронический характер со стабилизацией и даже ослаблением симптомов. У некоторых пациентов течение носит эпизодический характер, в более редких случаях течение неблагоприятное – с утяжелением и усложнением симптоматики.

При ОКР часто формируется избегающее поведение, когда больные с ОКР избегают людей, вещей, мест, наличие которых усиливает обсессии и компульсии. Например, при страхе загрязнения такое поведение может распространяться на общественные места – рестораны, уборные – с целью уменьшения риска загрязнения или инфекции. Пациенты с навязчивыми мыслями агрессивного содержания могут ограничивать социальные взаимодействия. Избегающее поведение может охватывать разнообразные сферы жизни и значительно нарушать повседневное функционирование, трудоспособность и (или) качество жизни.

При отсутствии надлежащей терапии частота наступления ремиссии при ОКР у взрослых достаточно низкие – около 20%. Даже при активной терапии только малая часть пациентов со временем полностью выздоравливает.

Развитие ОКР приводит к ухудшению качества жизни, а также значительно нарушает социальную и трудовую адаптацию. Нарушения касаются многих аспектов жизненного уклада и зависят от остроты симптоматики.

К ним, как правило, приводят следующие последствия обсессий или компульсий:

- время, затраченное на «прокручивание» навязчивых мыслей и выполнение ритуалов.
- избегающее поведение по отношению к ситуациям, провоцирующим усиление симптомов ОКР
- специфичные ограничения, связанные с фабулой (содержанием) симптомов

Лечение

Всем пациентам с установленным диагнозом ОКР рекомендуется психофармакотерапия и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ERT) с целью коррекции обсессивных и компульсивных симптомов.

Большая часть пациентов положительно реагирует на один из этих методов лечения или их комбинацию, однако, у 40-60% пациентов сохраняются резидуальные (остаточные) симптомы даже после адекватных по продолжительности и интенсивности (дозированию) курсов лечения.

В крупном мета-анализе 29 РКИ показано, что КПТ и ее разновидность ERP (exposure and prevention therapy, экспозиционная терапия) при ОКР значительно превосходят по эффективности плацебо (группа ожидания) и неструктурированные методы психологического консультирования.

Средняя редукция выраженности симптомов (в большинстве исследований оцениваемая по шкале FLY-BOCS), составила 50-70%.

Психотерапию следует рассматривать как монотерапию первой линии у фармакологически интактных пациентов с легким или умеренным уровнем дистресса или дезадаптации, у пациентов без тяжелой сопутствующей психиатрической патологии, а также у пациентов, которые по разным причинам предпочитают отложить ПФТ или отказываются от ПФТ.

Психотерапию можно рассматривать как дополнительный метод на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР.

КПТ и экспозиционная терапия могут быть малоэффективными в группах пациентов, злоупотребляющими психоактивными веществами, а также у пациентов с выраженным когнитивным снижением, отсутствием мотивации на психологическое лечение и сопутствующей тяжелой психиатрической патологией.

Комбинированная терапия (сопутствующая ПФТ + психотерапия) демонстрирует лучшие показатели эффективности, чем только ПФТ.

Алгоритм медикаментозного лечения:

Этап I—монотерапия СИОЗС в течение 8-12 недель.

- Пароксетин 40-60 мг/сут
- флуоксетин 40-80 мг/сут
- сертралин 50-200 мг/сут
- флувоксамин 100-300 мг/сут
- циталопрам 20-60 мг/сут
- эсциталопрам 10-20 мг/сут

Если есть эффект, то продолжение монотерапии СИОЗ в эффективной дозе в течение 1-2 лет.

Этап II – монотерапия другим ИОЗС (предпочтительно кломипрамином) в течение 8-12 недель.

- Кломипрамин 100-250 мг/сут,
- венлафаксин 225-375 мг/сут,
- дулоксетин 60-120 мг/сут,
- милнаципран 50-100 мг/сут, либо другой СИОЗС

Если есть эффект, то продолжение монотерапии СИОЗ в эффективной дозе в течение 1-2 лет.

Этап III – адьювантная терапия АВП или галоперидолом в течение 8-12 недель.

- Галоперидол 1-5 мг/сут
- арипипразол 5-15 мг/сут
- амисульприд 200-600 мг/сут
- кветиапин 50-500 мг/сут
- оланзапин 5-15 мг/сут,

- палиреридон 3-6 мг/сут
- рисперидон 0,5-4 мг/сут

Если есть эффект, Постепенная отмена (через 3-6 месяцев) адъювантного средства, монотерапия ИОЗС либо продолжение комбинированной терапии ИОЗС + АПП/АВП в течение 1-2 лет.

Этап V – экспериментальные методы адъювантной терапии в течение 8-12 недель

Альтернативные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе IV, могут включать противосудорожные препараты

- вальпроевая кислота 300-500 мг/сут
- габапентин 300- 900 мг/сут
- ламотриджин 100-200 мг/сут
- топирамат** 100-200 мг/сут
- Экспериментальные методы адъювантной терапии, используемые на Этапе V, могут включать: пиндолол, карбонат лития, L-триптофан, буспирон, D-циклоксерин и налтрексон.

Этап VI – немедикаментозные (неинвазивные) методы (цТМС, ЭСТ)

Вывод

В настоящее время нельзя недооценивать значение «тревожных расстройств», так как удельный вес этой патологии растёт и вносит существенный вклад в снижение уровня жизни пациентов, а также приводит к нарушению адаптации. Такие пациенты нуждаются в медицинской помощи, очень важно, чтобы пациенты получили квалифицированную помощь, соответствующую стандартам доказательной медицины, при первом контакте с психиатрической службой. Именно поэтому изучение этой темы так важно.

Список литературы

1. Психиатрия и медицинская психология - И. И. Иванец и др. – 2014.
2. Сайт РОП: <https://psychiatr.ru/>
3. Клиническая психиатрия. Избранные лекции : учеб. пособие / ред. Л. М. Барденштейн, Д. М. Пивень, В. А. Молодецких. - М. : ИНФРА-М, 2018. - 432 с.
4. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой - Роберт Лихи—2018.
5. Клиническая психиатрия : учеб. пособие для мед. вузов, интернов, ординаторов, врачей-курсантов / гл. ред. Т. Б. Дмитриева ; пер. с англ. Р. Г. Акжигитова, В. В. Золотухина, Г. Каплан [и др.].

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____

Рецензия _____ зав. Кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия

Щетниковой Анастасии Сергеевны

Тема реферата: «Обсессивно-компульсивное расстройство».

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 литература (не старше 5 лет)	
9. Наличие общего вывода по теме	
10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: «__» _____ 2020 год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора _____ Щетникова А.С.

