

**ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава
России**

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат на тему:

Шизофрения.

Выполнил: ординатор 2-го года обучения

Тимофеев А.С.

Руководитель: зав.кафедрой, д.м.н.

Березовская М .А.

- 1. Определение шизофрении**
- 2. Эпидемиология**
- 3. Этиология**
- 4. Патогенез**
- 5. Клинические проявления**
- 6. Схизис**
- 7. Клинические формы**
- 8. Типы течений**
- 9. Дефект**
- 10. Прогноз и последствия**
- 11. Лечение**
- 12. Список используемой литературы.**

Определение шизофрении.

Шизофрения — психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.

Шизофрения — психическое расстройство, для которого характерно:

- Относительно высокая распространенность — страдает 0,7-1% населения Земли (что, например, в 3-5 раз больше, чем распространенность сахарного диабета 1 типа).
- Значительная тяжесть заболевания — люди, страдающие шизофренией, в большинстве случаев, заболевая в молодом возрасте, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в медицинской помощи (это делает шизофрению похожей на сахарный диабет 1 типа, при котором больные всю жизнь нуждаются в инсулине), часто госпитализируются (например, в России ежегодно получают стационарную помощь порядка 40% всех больных шизофренией, состоящих на диспансерном учете), составляя порядка 50% всех пациентов психиатрических стационаров
- Серьезные последствия в связи с нарушениями социального функционирования. Более 50% больных шизофренией в мире длительно нетрудоспособны. По оценкам ВОЗ шизофрения входит в первую десятку причин, приводящих к нетрудоспособности у лиц молодого возраста (15-44 лет). Для шизофрении характерны высокие показатели потери «здоровых» лет жизни вследствие болезни или преждевременной смерти (DALY), затрат здравоохранения и семей пациентов на лечение и социальную реабилитацию.
- Сокращение продолжительности жизни в среднем на 10 лет. Как за счет увеличения риска суицида, так и за счет повышения риска соматических заболеваний
- Наиболее интригующее психическое заболевание. Несмотря на более чем 100 летнюю историю изучения шизофрении, до настоящего времени ее причины точно не известны. Попытки их найти являются мощным драйвером исследований деятельности нервной системы человека в норме и патологии. Каждый год в мире проводятся тысячи научных исследований, посвященных шизофрении. В 2019 году в базу данных Medline ежедневно добавлялось более 18 статей о шизофрении, всего эта база уже содержит более 140 тысяч статей, посвященных этой болезни. Кроме того, клиническая симптоматика шизофрении ставит вопросы о сущности человеческой психики, границах «нормальности», а случаи этого заболевания у известных деятелей искусства о сути «гениальности». Это приводит к тому, что шизофрения и симптоматика, ей характерная, регулярно привлекает внимание философов, отражается в сюжетах различных художественных произведений. В связи с этим с одной стороны, мало кто из живущих на земле не слышал об этом заболевании, но с другой стороны порождает множество домыслов и фактических искажений.
- Важно отметить, что современные подходы к терапии и реабилитации больных шизофренией помогают в значительной степени справиться с неблагоприятными последствиями этого заболевания. Соответственно, в настоящее время прогноз этого заболевания не такой негативный, каким он был еще несколько десятилетий назад.

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

Критерии шизофрении К. Шнайдера (1950)

Симптомы первого ранга

- звучание мыслей,
- слышание голосов в форме диалога,
- слышание голосов, сопровождающих замечаниями собственные действия,
- переживания телесного воздействия,
- отнятие мыслей и другие виды воздействия на мысли,
- распространение мыслей,
- бредовое восприятие, а также всякие действия и влияние других в области эмоций, стремлений (влечений) и желаний.

Симптомы второго ранга

- остальные обманы чувств,
- бредоподобные фантазии,
- растерянность,
- депрессивные и веселые расстройства настроения, пережитое обеднение эмоций и некоторые другие.
- Состояние не вызвано каким-либо известным соматическим заболеванием или органическим поражением головного мозга

Наличие симптомов 1 ранга при наличии каких-либо из расстройств настроения трактуется в пользу диагноза шизофрении

Эпидемиология

- Риск развития шизофрении в течение жизни составляет 0,7-1%. При «срезовых» (одномоментных, «поперечных») исследованиях шизофрению выявляют с частотой порядка 0,4% населения. Предполагается, что не все лица с шизофренией попадают в поле зрения психиатров и получают адекватный диагноз и лечение, т.е. учтенная болезненность может быть ниже, чем реальная распространенность заболевания.
- В России психиатрической службой наблюдаются порядка 570 тысяч пациентов с шизофренией (0,4% населения).
- Прежде предполагалось, что распространенность шизофрении в разных странах мира должна быть приблизительно одинакова. При этом ясно, что различия в регистрируемой распространенности в разных регионах мира могут быть связаны с различиями в организации психиатрической службы, числе врачей-психиатров, используемых критериях диагностики. Однако в последние десятилетия появились убедительные данные (например, тут), что все-таки заболеваемость шизофренией существенно зависит от распространенности некоторых факторов риска, в т.ч. она выше в больших городах с большим количеством мигрантов, при скученности населения, распространенности употребления легких наркотиков, особенно, каннабиноидов.

- Риск развития шизофрении у мужчин и женщин одинаковый (1:1), хотя при использовании более «узких» критериев, исключающих состояния с выраженной аффективной симптоматикой, риск у мужчин оказывается немного выше, чем у женщин.
- Наибольшая заболеваемость шизофрений характерна в раннем взрослом возрасте (18-30 лет), в 80% случаев в возрасте до 40 лет.
- Женщины в среднем заболевают на несколько лет позже мужчин и болеют легче.

Этиология

Шизофрению относят к первичным психозам (обусловленным преимущественно предрасположенностью). Специфичных причин шизофрении (т.е. факторов, которые присутствуют у всех больных с этим расстройством и обуславливают её развитие) до настоящего времени не обнаружено. Несмотря на то, что в настоящее время признается, что примерно на 80% развитие шизофрении обусловлено наследственностью, конкретных, свойственных только этому заболеванию, генетических особенностей не найдено, как и каких-либо специфичных (т.е. не встречающихся при других заболеваниях) нейрофизиологических или нейроанатомических признаков. Следовательно, несмотря на многочисленные исследования, до настоящего времени не существует каких-либо биомаркеров, которые можно было бы использовать для подтверждения или исключения диагноза шизофрении.

В формировании заболевания предполагается участие сразу многих относительно малоспецифичных факторов и развитие по модели «уязвимость — стресс» (иногда модель называют «стресс — диатез»): при наличии предрасположенности (уязвимости, к которой относят наследственность, дизонтогенетические и психосоциальные предикции), воздействие неспецифических психических, социальных, соматических стрессоров приводит к декомпенсации и развитию болезни.

Генетическая основа заболевания подтверждается результатами многочисленных генеалогических исследований семей пациентов, близнецовым и рядом других методов генетических исследований. Доказано, что риск развития заболевания значимо возрастает в зависимости от степени родства со страдающим шизофренией (при этом риск у родственников увеличивается не только в отношении шизофрении, но и в отношении других психических расстройств). Если, исходя из распространенности заболевания, можно предполагать, что у каждого человека в популяции риск заболеть шизофренией в течение жизни составляет около 1%, то при наличии родственников первой степени родства он может повышаться (по грубой оценке) до 10%. Однако, хотя у монозиготных близнецов (обладающих 100% общностью генов) конкордантность (возникновение у обоих близнецов) существенно выше, чем у дизиготных, но, тем не менее, она составляет лишь порядка 50%. Таким образом, понятно, что не только наследственность приводит к развитию шизофрении.

Наследуемость шизофрении не подчиняется законам Менделя, т.к. они применимы лишь к моногенным признакам. Предполагается, что при шизофрении множество генов, каждый из которых имеет свой слабый эффект, в совокупности определяют риск заболевания (см. полигенное наследование расстройств шизофренического спектра). В настоящее время в крупномасштабных генетических исследованиях выделено несколько сотен «генов-кандидатов», т.е. генов, которые могут вносить свой вклад в развитие шизофрении. Это создает выраженную генетическую гетерогенность шизофрении и не позволяет выделить гены, которые можно было бы рассматривать как специфичные причины заболевания.

Кроме генетической предрасположенности, в развитии шизофрении определенно играют свою роль факторы, связанные с неблагоприятным воздействием среды. Однако, как и в случае с генами, специфичных факторов не выявлено, все эти факторы могут встречаться среди людей с другими психическими расстройствами, также как и среди лиц без каких-либо заболеваний. Признать тот или иной фактор фактором риска позволяет повышение частоты (вероятности) развития шизофрении у лиц, подвергшихся его воздействию. Среди наиболее известных факторов риска можно выделить:

- Социальные стрессоры. Например, в многочисленных исследованиях было показано, что риск шизофрении у мигрантов выше, чем у оседлого населения. Однако нельзя исключить, что здесь, помимо стресса, связанного с самой миграцией, имеет значение то, что чаще мигрируют менее приспособленные, т.е. изначально уязвимые, лица. Кроме того, существует феномен миграции по бредовым мотивам. Тоже касается других случаев социального неблагополучия (происхождение из низших социальных слоев, бедность, бездомность и пр.), дискриминации, социальной изоляции и пр.

- Жизнь в городах. Лица, выросшие в городах, имеют больший риск развития шизофрении, чем те, кто вырос и живет в сельской местности. Часть этих различий может быть объяснена меньшей доступностью медицинской помощи в селах (а значит и меньшей выявляемостью болезней), с другой стороны, повышение риска может быть обусловлено общим загрязнением внешней среды в городах и «информационными перегрузками» и пр.

- Рождение в зимний период времени. Незначительное повышение риска развития шизофрении у родившихся зимой людей иногда связывают с более высокой вероятностью инфекционных заболеваний матери во время беременности. Долгое время особое значение здесь уделяли вирусу гриппа, однако, в дальнейшем анализ заболеваемости людей, родившихся в годы пандемий гриппа, не подтвердил у них какого-либо повышения риска шизофрении. С другой стороны, выявлено влияние на риск шизофрении некоторых других внутриутробных инфекций (токсоплазма, вирус герпеса, цитомегаловирус и пр.).

- Осложнения во время беременности и родов. В исследованиях последних десятилетий выявлено, что осложнения во время беременности и родов повышают риск развития шизофрении. Предполагается, что эти факторы вносят свой вклад в нарушение развития нервной системы. С другой стороны, высказывается предположение, что генетические причины могут приводить к нарушению развития нервной системы во время внутриутробного периода, а уже незрелость нервной системы повышает вероятность развития акушерской патологии во время родов, т.е. гены шизофрении могут приводить к акушерским осложнениям, а не акушерские осложнения к шизофрении.

- Употребление каннабиноидов. В настоящее время употребление марихуаны считается одним из наиболее значимых факторов, повышающим риск развития шизофрении.

- Особенности воспитания и внутрисемейных отношений. Предполагается, что частота развития шизофрении повышается при воспитании в условиях чрезмерных эмоциональных нагрузок, назойливой гиперопеки, стремления к контролю со стороны родителей, особенно, если такое воспитание сочетается с эмоциональным неприятием ребенка, холодностью или насилием.

- Жизненные события, которые можно рассматривать, в качестве психотравмирующих. В некоторых случаях, первой манифестации шизофрении или очередному рецидиву заболевания предшествуют различные «стрессовые», неблагоприятные жизненные события. Предполагается, что они, как и различные

соматические заболевания, употребление психоактивных веществ или, например, послеродовой период, могут в большей степени оказывать влияние на манифестацию заболевания (т.е. являться «пусковыми» факторами), а не обуславливать его происхождение.

Патогенез

Патогенез шизофрении складывается из двух отчасти взаимосвязанных видов нарушений:

1. Нейрохимические нарушения. Дисбаланс нейротрансмиттеров (веществ, обеспечивающих передачу нервных импульсов в синапсах):

- Дофамина. Предположительно имеет наибольшее значение в патогенезе шизофрении. Считается, что гиперпродукция дофамина в мезолимбической системе приводит к развитию позитивной симптоматики (в т.ч. бреда и галлюцинаций), гипопродукция дофамина в префронтальной коре к проявлениям негативной симптоматики и нейрокогнитивному дефициту. Все антипсихотики (препараты, используемые для лечения психозов, в первую очередь бреда и галлюцинаций), так или иначе, влияют на дофаминовые рецепторы. Причем, обычно, чем больше способность препарата блокировать дофаминовые рецепторы, тем более выражены побочные эффекты этих препаратов в виде вторичной (обусловленной лечением) негативной симптоматики.
- Серотонина. Предполагается, что блокирование 5HT_{2a} рецепторов может способствовать уменьшению выраженности негативной симптоматики. Некоторые атипичные антипсихотики (антипсихотики 2-ого поколения) обладают такой способностью.
- Глутамата. Предполагается, что нарушение функции NMDA рецепторов (N-метил-D-аспаратных рецепторы, основной подтип глутаматных рецепторов, необходимый для осуществления сложных процессов, стоящих за такими явлениями, как ассоциативное обучение, рабочая память, поведенческая гибкость и внимание), кроме всего прочего, приводит к дисбалансу дофамина (гиперактивности в мезолимбической системе и гипоактивности в префронтальной коре — см. выше). Кроме того, глутаматная система имеет важное значение в развитие нейронных путей (дисфункция может приводить к нарушению развития ЦНС в подростковом периоде — периоде, когда могут появляться первые симптомы шизофрении)

2. Структурные изменения головного мозга. Длительное время наличие структурных нарушений при шизофрении отрицалось (поэтому шизофрению даже, несмотря на ее часто прогрессирующий характер, относили к функциональным психозам). Однако, современные нейровизуализационные исследования позволили выявить небольшие изменения, которые, тем не менее, как предполагается, могут иметь большое значение для объяснения самого заболевания и его течения. Структурные аномалии головного мозга при шизофрении могут быть весьма разнообразны, наиболее часто наблюдаются расширения боковых желудочков, уменьшение объема серого вещества в височных, лобных, теменных долях, структурах лимбической системы. Кроме того, использование диффузионно-тензорной томографии (DTI) позволяет выявить уменьшение белого вещества и нарушения проводящих путей мозга, что, как предполагается, может приводить к структурной и функциональной (выявляется, например, на функциональной магнитно-резонансной томографии, фМРТ, fMRI)

рассогласованности и разобщения между отделами головного мозга. Предполагается, что это может быть причина «схизиса» (расщепления), ставшего названием болезни. Структурные изменения прогрессируют по ходу течения заболевания (максимально в первые годы болезни, но динамика сохраняется и в последующем).

Тем не менее, как было сказано выше, все структурные нарушения, свойственные шизофрении, достаточно невелики. Считается, что мозг больного шизофренией лишь на 3% меньше мозга здорового человека. Такие незначительные изменения можно выявить при обследовании значительных выборок людей в рамках научных исследований (сравнив, например, средние размеры определенных зон у 100 больных 100 здоровых), но для индивидуальной диагностики (постановки диагноза у конкретного больного), в связи с большой вариабельностью строения головного мозга в популяции, подобных изменений недостаточно.

В настоящее время в развитии шизофрении большое место отводят дизонтогенезу, т.е. нарушению индивидуального развития нервной системы во внутриутробном периоде и раннем детском возрасте (поэтому все чаще шизофрению называют расстройством нейроразвития). В пользу этого в многочисленных исследованиях было выявлено, что в детстве у больных шизофренией чаще, чем у здоровых, наблюдается задержка нервно-психического развития (задержка развития моторных и когнитивных навыков). Кроме того, некоторые структурные изменения в мозге больных обнаруживаются еще задолго до начала болезни, а также у родственников больных, что свидетельствует о роли predisposition (м.б. обусловлена, как генетическими, так и средовыми влияниями).

Существует так называемая «теория двойного удара»: минимальные мозговые дизонтогенетические нарушения присутствуют у лиц, которые в последующем заболеют, уже в раннем детстве (1-ый «удар»), в подростковом периоде возрастная реорганизация мозга происходит аномально, включая нарушения процесса синаптического прунинга или обрезки избыточных синаптических связей (2-ой «удар»). В раннем взрослом возрасте (обычно в возрасте 18-30 лет), при действии «стрессовых» запускающих факторов, заболевание манифестирует клинической симптоматикой.

Кроме того, необходимо отметить, что по своим патогенетическим проявлениям шизофрения в значительной степени гетерогенна, что обуславливает и разнообразие клинической картины. Это позволяет выделять разные патогенетические типы. Например, английский психиатр Тимоти Кроу предложил выделять 2 типа шизофрении:

- Позитивная шизофрения — характеризуется преобладанием продуктивной симптоматики, острым развитием, относительно удовлетворительной преморбидной адаптацией. Патогенетическая основа этого типа — гипердофаминергическая активность без выраженных структурных изменений мозга. При таком типе наблюдается хороший ответ на классические нейролептики (блокаторы D-рецепторов) и в целом более благоприятный прогноз.

- Негативная шизофрения — характеризуется преобладанием негативной симптоматики, скрытым, постепенным началом, хроническим или злокачественным течением. Патогенетическая основа в гиподофаминергической активности и атрофии серого вещества в префронтальной коре. В этих случаях более эффективны атипичные антипсихотики.

Клинические проявления

1. Позитивные (продуктивные, психотические) симптомы — в большинстве случаев преходящи (наблюдаются во время эпизодов ухудшения состояния): бред, галлюцинации (обычно псевдо-), психические автоматизмы, дезорганизация мышления (резонерство, разорванность и пр.) и поведения, кататония
2. Негативные симптомы — представлены дефицитом эмоционально-волевой сферы: апатия, абулия, обеднение речевой продукции (алогия), малоконтактность. 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.

3. 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).

4. 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.

Схизис

«Схизис» — расщепление (правильное произношение именно «схизис», в Россию термин пришел как фонетическое заимствование из немецкого, поэтому стал писаться и произноситься как «шизис»). В соответствии с концепцией Э.Блейлера, «схизис» — это не симптом болезни, а определенное свойство, которым наделены все проявления шизофрении.

Действительно, «расщепление», нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности и всей психики больного как целого, можно заметить в самых различных клинических проявлениях шизофрении:

- Мыслительные процессы — разорванное, дезорганизованное мышление
- Эмоциональные процессы — эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность
- Волевые процессы — абулия, утрата единого волевого стержня личности, направляющего и скрепляющего воедино всю деятельность человека, определяющего его поведение
- Утрата границ своего «Я» — отчуждение своих собственных психических процессов, т.е. психические автоматизмы (синдром Кандинского-Клерамбо)
- Аутизм* — разрыв контактов между внутренним миром больного и внешним

В клинической картине у разных пациентов могут преобладать расстройства различных сфер психической деятельности, что определяет многообразие клинических проявлений шизофрении. Иногда говорят, что «расщепление» при шизофрении — как трещины, расходящиеся по стеклу после удара — трудно предугадать как и куда они пойдут, и каждый раз рисунок будет разным.

Клинические формы

Исторически выделяли четыре формы шизофрении:

1. Параноидная форма — самая частая форма, которая в психиатрических стационарах диагностируется с частотой более 90% случаев шизофрении. Для нее характерна галлюцинаторно-бредовая симптоматика, чаще всего в форме синдрома психических-автоматизмов (в русскоязычной психиатрии обычно называют — с-мом Кандинского-Клерамбо, в зарубежной — симптомами I ранга К.Шнайдера).

2. Кататоническая форма — ведущим продуктивным синдромом в этом случае является кататонический. *Если прежде кататоническую симптоматику считали относительно специфичной для шизофрении, то в настоящее время кататония рассматривается как неспецифичный синдром, который может наблюдаться в рамках самых различных психических расстройств (аффективных расстройств, шизофрении, расстройствах нейроразвития, расстройствах, связанных с употреблением ПАВ и пр.)*

3. Гебефреническая форма — для этой формы описывалось характерное начало в подростковом, юношеском возрасте (*Геба — богиня юности*) и неблагоприятное, злокачественное течение (с быстрым формированием выраженного эмоционально-волевого дефекта). Продуктивная симптоматика представлена так называемым гебефренным синдромом: длительно сохраняющееся кататоническое возбуждение с грубыми поведенческими расстройствами на фоне эмоциональной и когнитивной дефицитарности: подвижны, многоречивы, дурашливы, неуместно и грубо шутят, гримасничают, настроение обычно бессодержательно, немотивированное веселое, но также может быстро меняться и становиться злобным.

4. Простая форма — при этой форме позитивные симптомы отсутствуют, но нарастают первичная негативная симптоматика, достигающая степени выраженного апато-абулического дефекта. Во многих случаях первоначальный диагноз простой формы шизофрении со временем меняется на диагноз шизофрении параноидной. Это можно объяснить теми случаями, когда развитие болезни началось с негативной симптоматики, а продуктивная присоединилась лишь на отдаленном этапе заболевания, либо тем, что изначально в отношении своей продуктивной симптоматики пациент был по бредовому недоступен (т.е. по тем или иным причинам, например, из-за подозрительности, скрывал,

не рассказывал окружающим, в т.ч. врачам, о галлюцинаторных переживаниях, идеях преследования и воздействия).

Выделяли также резидуальную (остаточную) шизофрению — состояние эмоционально-волевого дефекта после перенесенных прежде психотических эпизодов. 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.

Типы течений

Начиная с Э.Крепелина прогрессирующее течение шизофрении с формированием эмоционально-волевого дефекта считалось обязательным атрибутом этой болезни, её главным отличием от других эндогенных расстройств (устар. «маниакально-депрессивного психоза»). В дальнейшем, с расширением диагностических границ шизофрении, неблагоприятное течение перестало восприниматься в качестве облигатного диагностического признака шизофрении, и уже во второй половине XX века длительные катамнестические исследования свидетельствовали о том, что лишь приблизительно у 50% больных отмечаются неблагоприятные исходы заболевания, заключающиеся в потере социофункционального статуса, утрате самостоятельности, необходимости в медицинской и социальной помощи.

В связи с этим, было предложено выделять несколько типов течения шизофрении (рекуррентный, приступообразно-прогредиентный, непрерывный). Теория типов течения шизофрении особенно активно разрабатывалась в советской психиатрии (школа академика А.В.Снежневского). Предполагалось, что клиническая картина заболевания (особенности психопатологической симптоматики) имеют прочную связь с вариантами течения и отдаленным прогнозом заболевания, поэтому по клинической картине в первые годы заболевания можно предполагать отдаленный прогноз болезни. Однако на практике выделение типов течения оказалось плохо воспроизводимо (слишком субъективно) и малоинформативно (низкая прогностическая валидность).

Для снижения субъективности оценок в настоящее время рекомендуется использовать только констатацию количества перенесенных прежде эпизодов. В МКБ-11 (2019) предлагаются следующие варианты:

1. Шизофрения, первый эпизод
2. Шизофрения, повторный эпизод
3. Шизофрения, непрерывное течение (>1 года без ремиссии)

Первый эпизод выделяют в связи с тем, что лица с первым эпизодом психоза нуждаются в особых подходах к лекарственной терапии и социально-психологической помощи. Предполагается, что наибольшие изменения в мозге больных шизофренией и формирование негативных и когнитивных нарушений происходят в первые 5 лет болезни, поэтому качественная помощь при первом эпизоде болезни особенно важна.

В длительной перспективе можно выделить (в достаточной мере условно) несколько вариантов течения шизофрении:

1. Единственный эпизод — однократный психотический эпизод (т.е. продуктивная симптоматика), который завершается полной ремиссией, отсутствуют какие-либо значимые неблагоприятные последствия болезни (т.е. негативная симптоматика), а пациент сохраняет удовлетворительную социальную адаптацию и трудоспособность.

2. Множественные эпизоды без нарастания дефекта (прежн. рекуррентное течение) — ряд психотических эпизодов, после которых формируется полноценная ремиссия без значимых неблагоприятных последствий, пациент сохраняет удовлетворительную социальную адаптацию и трудоспособность.

3. Множественные эпизоды с нарастающим дефектом (прежн. приступообразно-прогредиентное, «шубообразное» — 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.

4. Непрерывный тип — на протяжении длительного времени (н., 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).

На отдаленных этапах непрерывного и приступообразно-прогредиентного типа течения обычно наблюдается редукция или «потускнение» продуктивной симптоматики (в т.ч. уменьшение эмоционального напряжения, которая она вызывает у пациента), в психическом статусе преобладает негативная симптоматика. В этих случаях говорят о резидуальной (остаточной) шизофрении или об апато-абулическом (шизофреническом) дефекте (см. далее). Таким образом, с учетом современных представлений о шизофрении, как о патологии нейроразвития и этапах её прогрессирования, схематично общее течение шизофрении можно изобразить так, как представлено на рисунке.

Кроме того, необходимо отметить, что нарастание негативных и когнитивных расстройств может быть связано не только с самой болезнью, но и с внешними факторами: неблагоприятными условиями жизни, госпитализмом, чрезмерным лечением антипсихотиками, депрессией и пр.

Дефект

В части случаев при шизофрении нарастают эмоционально-волевые (и отчасти когнитивные) расстройства, что неизбежно ведет к нарушению социального функционирования больных. При значимой выраженности этих изменений говорят об эмоционально-волевом дефекте больных или апато-абулическом синдроме. Формирование такого дефекта является неблагоприятным исходом заболевания. Апато-абулический синдром — выраженный дефект эмоционально-волевой сферы. Пациенты бездеятельны, пассивны, безынициативны, равнодушны к своему облику, состоянию здоровья, условиям жизни, имеют мало общения,

не проявляют к чему-либо интересов. В беседе эмоционально невыразительны, монотонны, однообразны. Со временем утрачивают прежний социальный статус — теряют работу, семью, иногда жилье, т.к. несмотря на общую сохранность когнитивных и физических способностей, часто оказываются неспособны не только преодолевать различные жизненные трудности (поиск новой работы, разрешение давнишних бытовых и семейных споров и пр.), но и даже выполнять свои повседневные бытовые дела. Например, живя самостоятельно дома, перестают готовить, едят только самую простую пищу, не убираются, захламляют квартиру, имеющиеся деньги тратят на ненужные мелочи, т.к. не могут противостоять сиюминутным желаниям и пр. При этом пациенты такого рода могут удовлетворительно существовать при наличии хороших социальных условий (ненавязчивая помощь близких или социальных работников должна помогать им «организоваться», служить опорой, поддержкой), но они очень чувствительны к неблагоприятным социальным факторам: в тех случаях, когда им, так или иначе, удается приспособиться к текущим условиям жизни, любое значимое неблагоприятное изменение в социальном окружении приводит к срыву этой адаптации, а далее к неблагоприятным психологическим последствиям этой дезадаптации (что служит ведущей причиной госпитализаций пациентов с резидуальной шизофренией в психиатрические стационары).

Кроме того, прежде выделяли и другие типы дефекта при шизофрении:

- Психопатоподобный дефект (похожий на проявления психопатии) — личностные изменения, в наибольшей степени страдает эмоциональная сфера и поведение, что проявляется чужаковатостью и неадекватностью эмоций с относительной сохранностью повседневной активности и пр.
- Интеллектуальный дефект — неспособность к продуктивной интеллектуальной деятельности за рамками ограниченного круга интересов

Прогноз и последствия.

Прогноз хуже:

1. При раннем дебюте заболевания
2. При наличии семейного анамнеза шизофрении (больше генетическая нагрузка)
3. При плохой адаптации в преморбиде (до болезни) — низком образовательном уровне, профессиональном статусе
4. При постепенном, длительном развитии заболевания без провоцирующих факторов
5. При преобладании негативной симптоматики и когнитивных расстройств
6. При отсутствии критики к заболеванию и плохом комплаенсе (готовности следовать предписаниям врача)

Прогноз лучше:

1. У женщин
2. При наличии провоцирующих факторов (неблагоприятные жизненные события, соматические заболевания и пр.)
3. При хорошей адаптации и отсутствии личностной (характерологической) патологии в преморбиде
4. При остром начале заболевания
5. При наличии аффективной симптоматики в клинической картине
6. При хорошей переносимости лекарств

При адекватно подобранной терапии и хороших социальных условиях возможна хорошая адаптация больных в социуме и качество жизни

Социально-психологические последствия шизофрении:

- Снижение качества жизни самих больных и их близких
- Социальный «дрейф» — снижение социального уровня больных
- Страдающие шизофренией реже вступают в брак и имеют меньше детей (особенно мужчины, т.к. с одной стороны в среднем раньше заболевают, с другой из-за эмоционально-волевых расстройств не всегда способны проявить достаточно необходимой для мужчины волевой активности, чтобы создать семью)
- Увеличение числа тяжких преступлений, но также чаще становятся жертвами преступлений.

Тяжкие преступления (убийства, нанесения тяжелого вреда здоровью) страдающие шизофренией совершают в несколько раз чаще, чем здоровые. Эти преступления могут совершаться как под влиянием продуктивной симптоматики, так и в силу эмоционально-волевого дефекта, затрудняющего регуляцию своего поведения. Этот факт и громкие преступления подобного рода, которые освещаются в СМИ, приводит к тому, что страдающих шизофренией общество (в т.ч. некоторые врачи) боится, старается изолировать или избегать. Однако если рационально оценить риск преступлений, совершаемых больными шизофренией, то оказывается, что он не так велик, т.к. все-таки сами преступления такого рода в современном социуме редки (в РФ менее 1% преступлений совершаются в состоянии невменяемости), а если кому-либо в жизни придется встретиться с настоящим убийцей, то во много раз (если брать за распространенность шизофрении — 1% населения) больше вероятность того, что он не будет страдать шизофренией. Более того, пациенты страдающие алкогольной/наркотической зависимостью, совершают тяжкие преступления примерно с той же частотой, что и больные шизофренией, их в обществе существенно больше, но мы привыкли с ними сталкиваться в повседневной жизни и не боимся.

- Высокие социальные издержки общества, которые по размеру значительно превосходят медицинские издержки. Социальные издержки включают потери возможности работать в трудоспособном возрасте (для государства неполученный подушевой ВВП), выплаты пенсий и пособий по инвалидности (в России более 1/3 учтенных пациентов с шизофренией имеют группу инвалидности, 3/4 из них трудоспособного возраста), меры социальной реабилитации, поддержки, ухода за больными и т.д.

Медицинские последствия:

- Уменьшение продолжительности жизни в среднем на 10 лет
- 5 % больных шизофренией совершают завершённый суицид, значительно большее число совершают суицидные попытки, не заканчивающиеся смертельным исходом. Риск суицида повышается при:
- Острой психотической (галлюцинаторно-бредовой) симптоматике (особенно недавно впервые возникшей)
- Депрессии в клинической картине (в т.ч. в постпсихотическом периоде, в первые месяцы после выписки из психиатрической больницы)
- Среди больных шизофренией наиболее часто совершают самоубийства молодые мужчины, частота самоубийств коррелирует с более высокими значениями IQ (осознание болезни и ее последствий)
- Некомплаентности лечению, недостаточном лечении или при наличии побочных эффектов лечения
- Наличии суицидных попыток в анамнезе (повторно часто выбираются такие же средства суицида, как и в предыдущие попытки)

- Истории суицидов у родственников
- Злоупотреблении алкоголем

· Высокая распространенность соматических заболеваний в связи:

- Длительным пребыванием в состоянии эмоционального напряжения (активизация стрессорных систем в организме)
- Нездоровым образом жизни (в т.ч. из-за волевых расстройств — не занимаются спортом, часто ведут малоподвижный образ жизни, потребляют вредную еду, много курят и пр.)
- Побочными эффектами лекарственной терапии
- Предполагается также повышение риска наследственной предрасположенности при шизофрении для ряда соматических заболеваний (в т.ч. обменных нарушений)

· Не получают адекватной медицинской помощи из-за:

- Своих волевых расстройств (не могут собраться и пойти к врачу или преодолеть трудности, чтобы попасть на прием; в целом малое внимание уделяют своему здоровью)
- Некритичности, в т.ч. к соматическому здоровью (так, во время развития инфаркта миокарда с выраженными болями в области сердца, один пациент интерпретировал эти боли, как действие, «инопланетян», которые «лазером жарят» его сердце; соответственно, за медицинской помощью не обращался)
- Бедности (отсутствием возможности оплатить медицинские услуги при такой необходимости, отсутствием возможности покупать дорогостоящие лекарства)
- Стигматизацией больных шизофренией в глазах врачей-непсихиатров. Оставшиеся после цикла по психиатрии знания у многих врачей касаются в первую очередь опасности психически больных, поэтому, встретив этих пациентов на приеме, многие врачи сознательно или бессознательно стремятся по каким-либо формальным поводам избавиться от них (например, перевести в психиатрическую больницу), не оказывать им помощь и общаться с ними как можно меньше (на медицинском сленге подобные действия называют «спихотерапия» или «пациентобол»).

· Высокие затраты здравоохранения на лечение. В т.ч. дорогостоящая медикаментозная помощь, длительные и частые госпитализации. Например, в 2009 году 227 тысяч пациентов с шизофренией получали лечение в стационарах, т.е. более 40% от всех больных шизофренией, состоящих на учете в ПНД. Средняя длительность госпитализаций пациентов с шизофренией составляла 105 дней (3,5 месяца). При этом четверть из госпитализированных пациентов лечились в стационаре более 1 раза.

Лечение

В соответствии с биопсихосоциальной моделью развития психических расстройств лечение шизофрении и других первичных психотических расстройств должно включать воздействие на все компоненты модели:

- Биологические факторы
- Антипсихотики (нейролептики):
 - купирование продуктивной симптоматики
 - поддерживающая (противорецидивная) терапия

Атипичные антипсихотики предпочтительны (особенно при первом эпизоде психоза), т.к. вызывают меньше вторичных негативных симптомов и нейролептических побочных эффектов (ЭПС)

Клозапин – препарат выбора при терапевтической резистентности и высоком суицидальном риске

- Психологические факторы: психотерапия и психообразование (разъяснение симптомов заболевания)
- Социальные факторы: социальная реабилитация и поддержка

Список литературы.

1. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу СПб.: "Питер", 2008
2. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. Практическое руководство для врачей и студентов. М.: Медицина, 1997
3. Пособие по практической психиатрии клиники Модсли. Под. Ред. Д. Голдберга. К.: Сфера, 2000
4. Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. — М.: Практика, 1998.
5. Руководство по психиатрии. (Ред. А.С. Тиганов) М., 1999.