

# **ЭНДОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ,**

**АФФЕКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ,**

**ШИЗОФРЕНИЯ**

# Аффективный психоз

(старое название - маниакально-депрессивный психоз)

эндогенное психическое заболевание, протекает в виде приступов (фаз, эпизодов) с аффективными расстройствами, **полным восстановлением психического здоровья между ними (интермиссии)** и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов.

Заболевание может протекать в виде биполярных или монополярных приступов.

## **/F30-F39/ Расстройства настроения (аффективные расстройства)**

основное нарушение заключается в изменении аффекта или настроения чаще в сторону угнетения или подъема, сопровождается изменением общего уровня активности, а большинство других симптомов вторичны.

Большинство из этих расстройств имеют тенденцию к повторяемости, а начало отдельных эпизодов часто связано со стрессовыми событиями или ситуациями.

- при аффективном психозе:

***интермиссия*** - "светлый промежуток", отсутствие резидуальной симптоматики, ПОЛНОЕ ЗДОРОВЬЕ

- при шизофрении:

***ремиссия*** (присутствует резидуальная негативная симптоматика)

# Продуктивные и негативные симптомы и синдромы

- **Продуктивные (позитивные, плюс симптом)** новый дезадаптивный феномен психической деятельности. Новая функция, появившаяся в результате болезни, отсутствующая у здоровых людей (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, эпилептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение и т.д.)
- **Негативные (дефект, минус симптом)** - признаки ущерба, выпадения, изъяна, дефекта психического процесса, исчезновение способности (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т.д.). Как правило необратимы.

Продуктивные симптомы не специфичны, лучше поддаются коррекции. Негативные более значимы для постановки диагноза.

## **F30-F39 - Аффективные расстройства**

- Если у пациента **был маниакальный эпизод**, то при повторных приступах диагноз: **Биполярное аффективное расстройство**
- Если у пациента были повторяющиеся **только депрессивные эпизоды**, то диагноз: **монопольное - Рекуррентное депрессивное расстройство**

## Распространённость эндогенных аффективных расстройств

До 1,5 % населения страдает биполярным расстройством (мужчины и женщины одинаково). В дебюте биполярного расстройства у мужчин преобладает мания, у женщин - депрессия).

По разным данным 2-11% популяции ежегодно переносят депрессию.

**Депрессию в течение жизни переносят до 30% населения.**

Около 5% пациентов психиатрических стационаров составляют больные с эндогенными аффективными расстройствами.

***биполярный : монополярный тип = 1 : 3***

Чаще страдают женщины (особенно при монополярном типе)

# Этиология эндогенных аффективных расстройств

- Вклад генетических факторов в развитие аффективных психозов составлял 70 %, а средовых соответственно 30 %.
- Предполагается полигенный тип наследования и связь наследования с X-хромосомой
- Монополярный и биполярный типы - генетически разнородные заболевания

# ТРИГГЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ

запускающими реализацию наследственной  
предрасположенности при аффективных расстройствах  
могут быть:

- психоэмоциональная травма,
- злоупотребление психоактивными веществами,
- инфекционный процесс (герпес вирус, цитомегаловирус),
- гормональные изменения (пубертат, послеродовой период, климакс,) или заболевания (гипотиреоз).

# Гипотезы патогенеза депрессий:

Патогенез заболевания связан с **нарушением синаптической передачи** в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга ответственных за бодрствование, скорость психических реакций, фон настроения. Возникновение депрессии связывают с недостатком нейромедиаторов (серотонина, норадреналина, дофамина), нейропептидов (мелатонина, вазопрессина, энкефалинов, эндорфинов) и **десинхронизацией биологических ритмов** биогенных аминов и их метаболитов.

В 1896г. Крепелин выделил **Маниакально-депрессивный психоз (МДП)** в самостоятельную нозологическую единицу, противопоставив раннему слабоумию (*dementia praecox*), на основании фазно-периодического течения и благоприятного исхода.

# КЛИНИКА АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ

## ДЕПРЕССИЯ

- стойкое снижение настроения – печаль
- замедление мышления
- замедление моторики
- ангедония
- чувство вины
- идеи самоуничужения
- снижение энергии
- утрата интересов
- неуверенность в себе
- Триада Протопопова (симпатикотония)

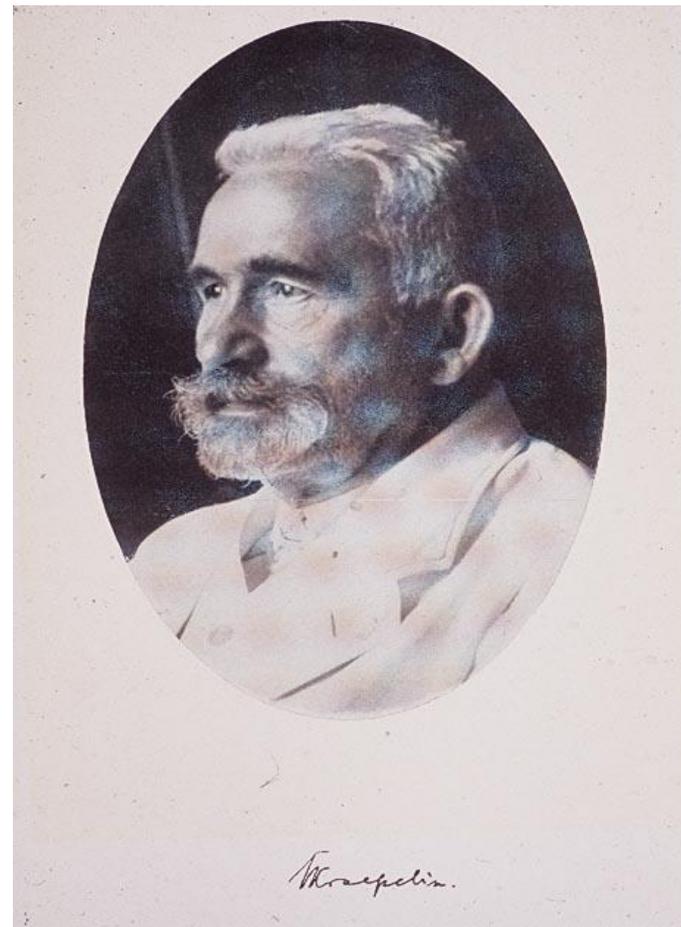
## МАНИЯ

- повышенное настроение
- ускорение мышления
- ускорение моторики
- снижение потребности во сне
- усиление влечений
- идеи величия

# Аффективные синдромы

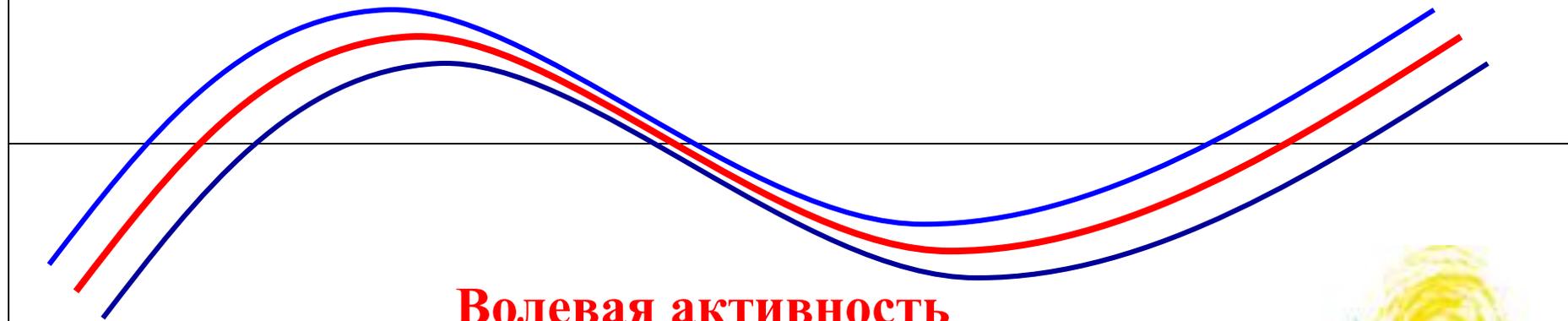
**Крепелин** выделил три их компонента:

- **Эмоциональный (тимический)**
  - Счастье / Тоска
- **Интеллектуальный (идеаторный)**
  - Темп мышления
  - Содержание мыслей
- **Двигательно-волевой (моторный)**
  - Энергия и активность



# Нормальный аффект

- Настроение и активность подвержены колебаниям



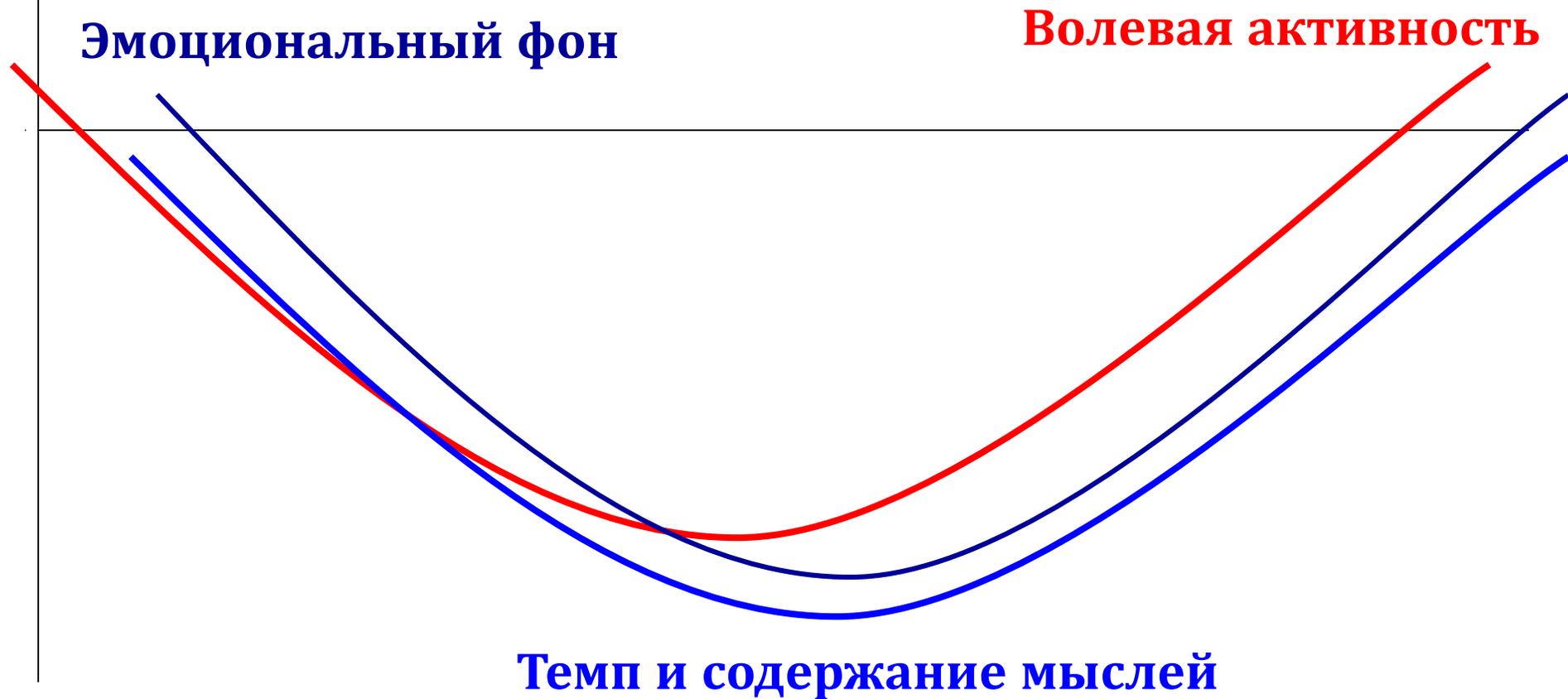
**Волевая активность**

**Эмоциональный фон**

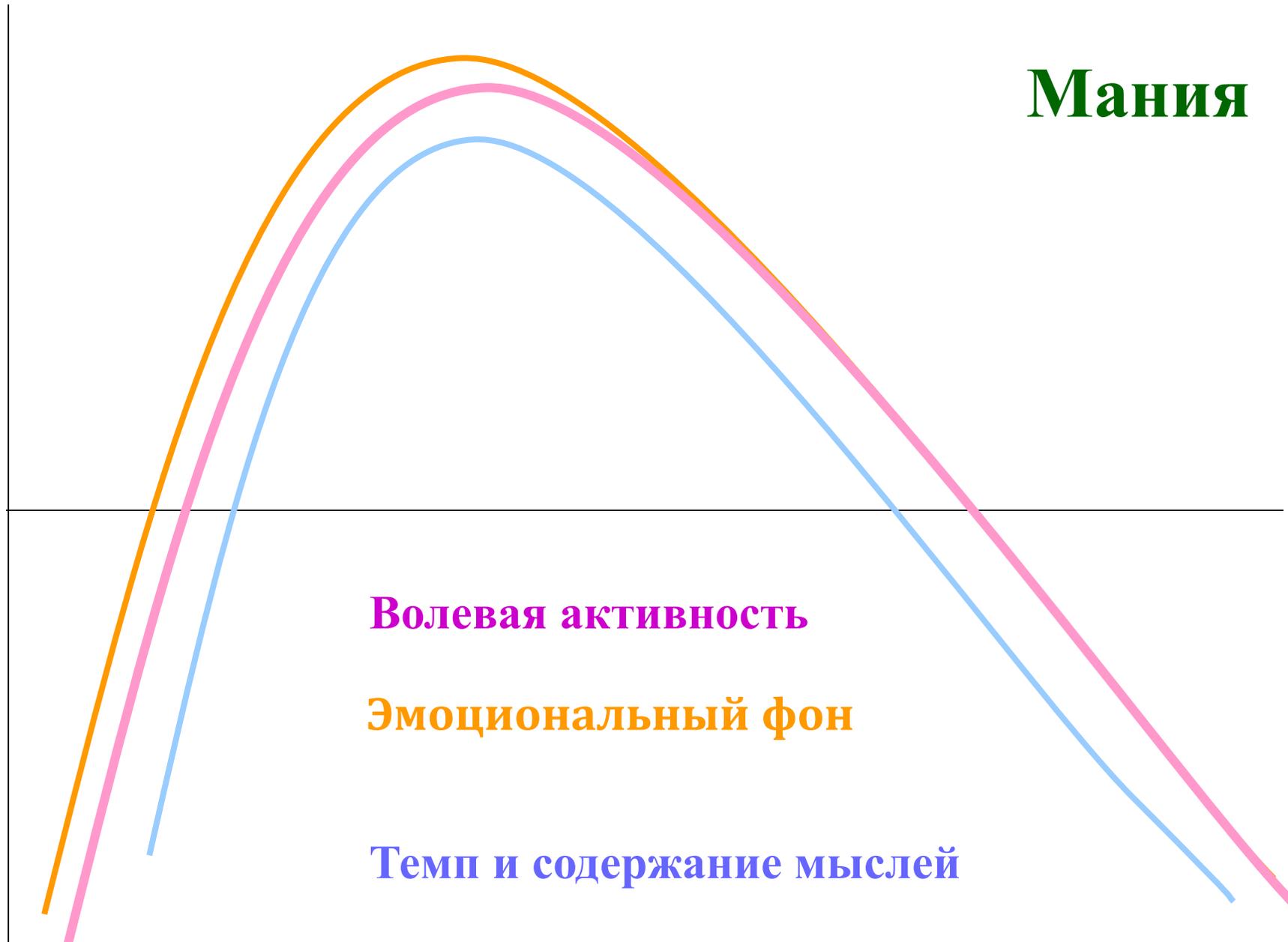
**Темп и содержание мыслей**



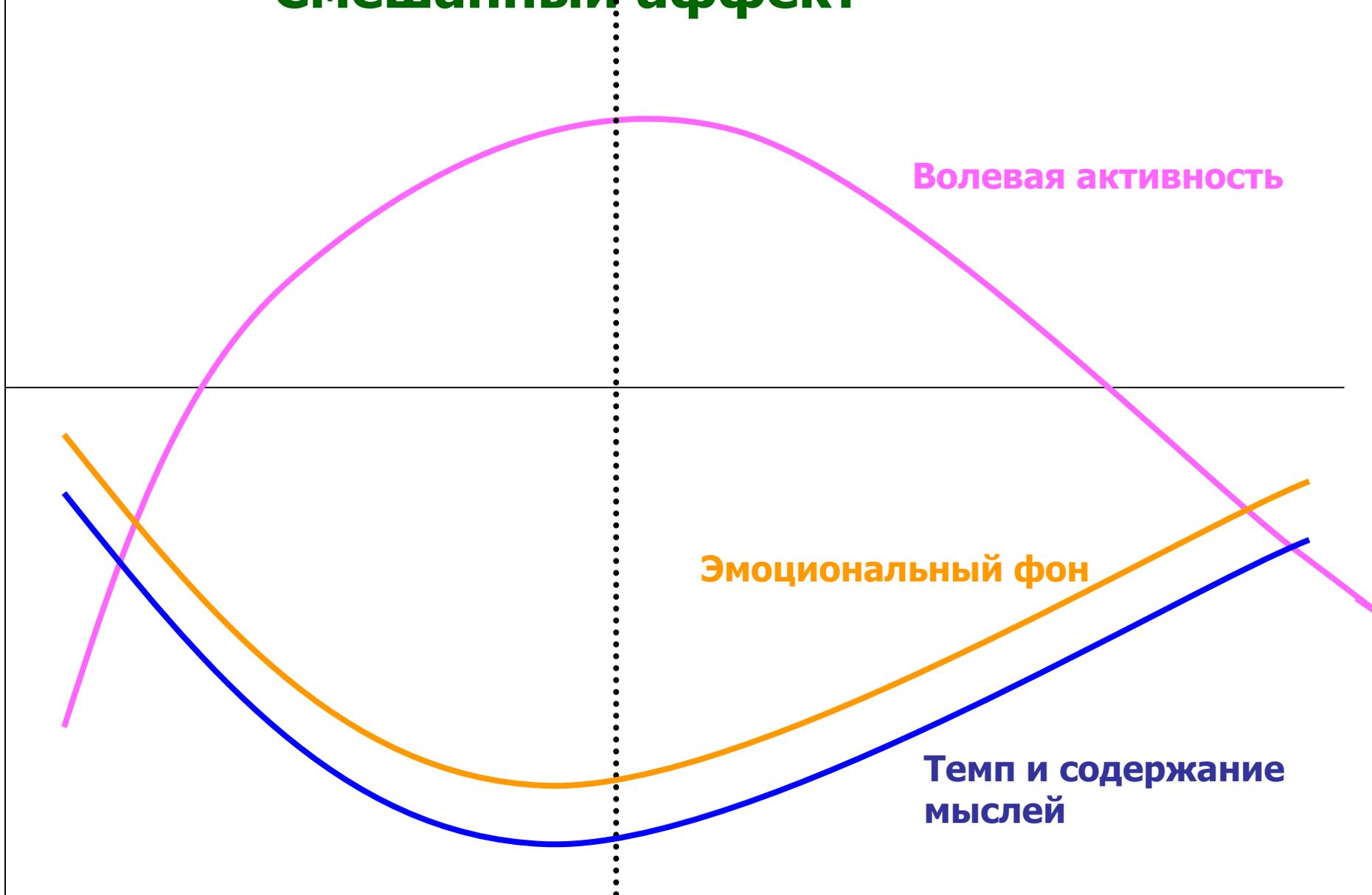
# Депрессия



# Мания



# Смешанный аффект



Волевая активность

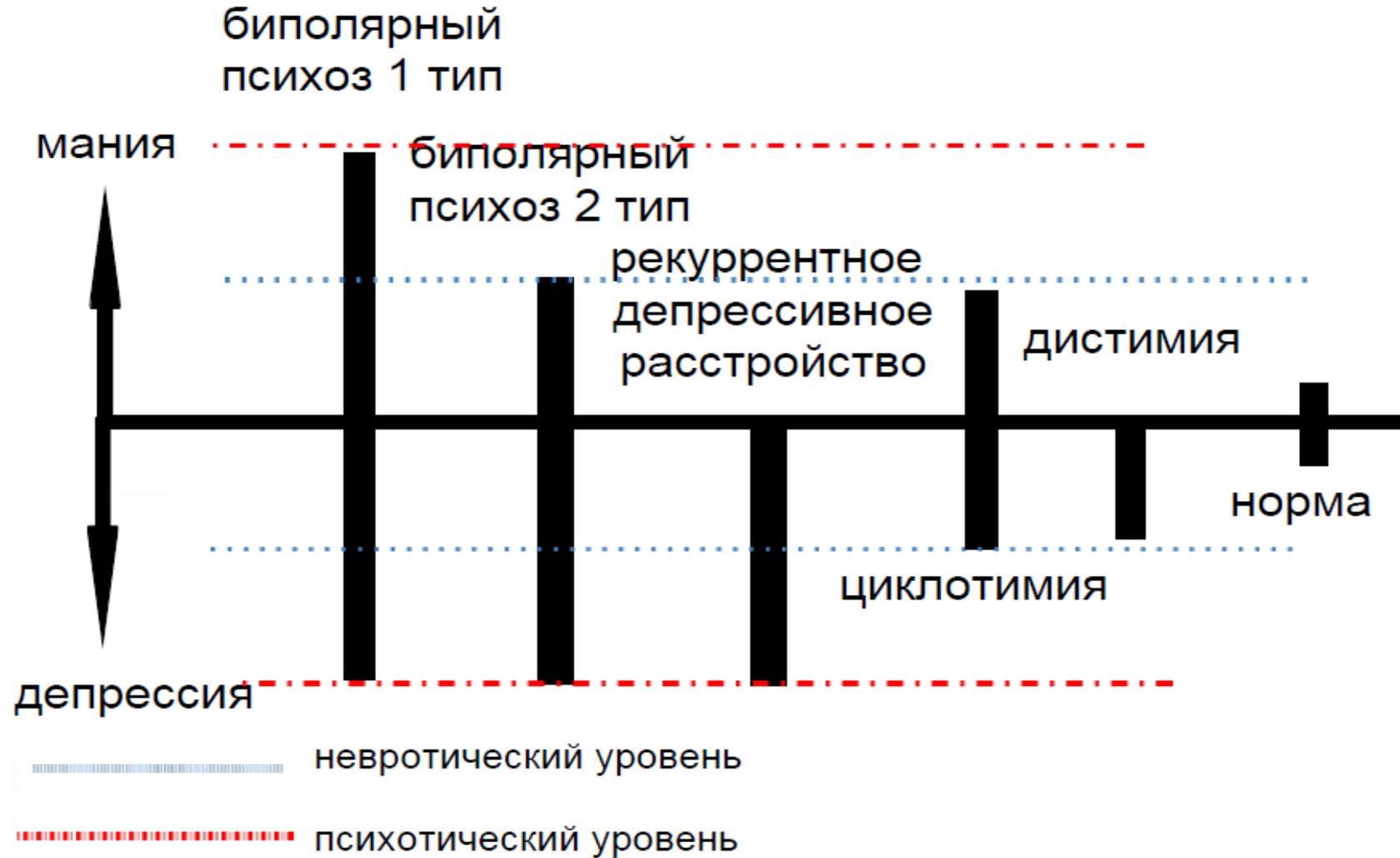
Эмоциональный фон

Темп и содержание мыслей

# Смешанные состояния

- могут возникать при биполярном аффективном психозе
- одновременное существование маниакальных и депрессивных симптомов, длящихся не менее двух недель или их быстрое чередование в течение нескольких часов
- сопровождаются повышением риска суицида (!)
- требуют изменения тактики терапии

# Аффективные расстройства



## По тяжести психические расстройства делятся на:

**ПСИХОТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ** – тяжелое расстройство, характеризуется:

- **неадекватным восприятием** окружающей действительности, которое определяет нелепое и опасное поведение больных
- отсутствием **контроля** за поведением
- отсутствием **критики** (осознания болезни)

**НЕВРОТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ** – более мягкие расстройства, характеризуются:

- **правильным восприятием** и осмыслением действительности;
- поведение не всегда адаптивно, но опасные и нелепые поступки исключены (**контроль поведения затруднен, но присутствует**);
- **наличие критики**, стремление избавиться от болезни.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

(коды по МКБ-10):

**F30.** Маниакальный эпизод

**F31.** Биполярное аффективное расстройство

**F32.** Депрессивный эпизод

**F33.** Рекуррентное аффективное расстройство

**F34.** Хронические аффективные расстройства

**F34.0** Циклотимия

**F34.1** Дистимия

# **/F30/ Маниакальный эпизод**

/F30.0/ Гипомания

/F30.1/ Мания без психотических симптомов

/F30.2/ Мания с психотическими симптомами

имеются общие характеристики повышенного настроения и увеличения в объеме и темпе физической и психической активности.

Все подрубрики этой категории должны использоваться только для единичного маниакального эпизода. Предыдущие или последующие аффективные эпизоды (депрессивные, маниакальные или гипоманиакальные) должны кодироваться в рубрике биполярного аффективного расстройства (F31.-).

# **/F30.0/ Гипомания**

1. Повышенное или раздражительное настроение, явно ненормальное для данного индивидуума сохраняется **по меньшей мере 4 дня** подряд.
2. Представлены минимум три симптома из числа следующих, что сказывается на личностном функционировании в повседневной жизни:
  - повышенная активность или физическое беспокойство
  - повышенная говорливость
  - затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость
  - сниженная потребность во сне
  - повышение сексуальной энергии
  - небольшие кутежи или другие типы безрассудного или безответственного поведения
  - повышенная общительность или фамильярность.

**Эпизод не может быть приписан употреблению психоактивного вещества или любому органическому психическому расстройству .**

## /F30.1/ Мания без психотических симптомов

- Настроение приподнято неадекватно обстоятельствам и варьирует от беспечной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Подъем настроения сопровождается повышенной энергичностью, приводящей к гиперактивности, речевому напору и сниженной потребности в сне. Нормальное социальное торможение утрачивается, внимание не удерживается, выраженная отвлекаемость, повышенная самооценка, легко высказываются сверх-оптимистичные идеи и идеи величия.
- Могут возникнуть нарушения восприятия, такие как переживание цвета как особенно яркого (и обычно прекрасного), озабоченность мелкими деталями какой-либо поверхности или фактуры, субъективная гиперакузия. Больной может предпринять экстравагантные и непрактичные шаги, **бездумно тратить деньги или может стать агрессивным, влюбчивым, шутливым в неподходящих обстоятельствах.** При некоторых маниакальных эпизодах настроение скорее раздраженное и подозрительное, нежели приподнятое.

## **/F30.2/ Мания с психотическими симптомами**

- Клиническая картина соответствует более тяжелой форме, чем F30.1. Повышенная самооценка и **идеи величия могут развиться в бред, а раздражительность и подозрительность - в бред преследования.** В тяжелых случаях отмечаются выраженные бредовые идеи величия или знатного происхождения. В результате скачки мыслей и речевого напора речь больного становится малопонятной. Тяжелые и продолжительные физические нагрузки и возбуждение могут привести к агрессии или насилию. Пренебрежение к еде, питью и личной гигиене может привести к опасному состоянию **дегидратации и запущенности.** Бред и галлюцинации могут быть классифицированы как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. "Неконгруэнтные" включают аффективно нейтральные бредовые и **галлюцинаторные расстройства**, например: бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, которые беседуют с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения

# /F31/ Биполярное аффективное расстройство

- Расстройство, характеризующееся повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены.
- В некоторых случаях отмечается подъем настроения, повышенная энергичность и активность (мания или гипомания), в других снижение настроения, пониженная энергичность и активность (депрессия). Выздоровление обычно полное между приступами (эпизодами), а заболеваемость как у мужчин, так и у женщин примерно одинакова, в отличие от других расстройств настроения.
- Больные, страдающие повторными эпизодами в виде мании должны квалифицироваться как биполярные.

# Биполярный аффективный психоз

- Манифестирует в возрасте 20-25 лет
- В клинической картине обычно классические аутохтонно возникающие аффективные фазы (тоскливо-заторможенные депрессии и веселая мания)
- Могут появляться **смешанные состояния**
- Фазы более частые (0,5-0,7 фаз в год),
- Длительность фаз 3-4 месяца
- Может иметь неблагоприятное (**континуальное**) течение

# Биполярный аффективный психоз

1. Циркулярный



2. Альтернирующий



3. Любые другие сочетания фаз. В т.ч. течение без интермиссий (континуальное)

- Согласно МКБ-10, диагностическим критерием аффективных фаз является их длительность не менее 1-2 нед с "полным нарушением обычной работоспособности и социальной деятельности" больного, обуславливающим необходимость обращения к врачу и лечения.
- **Маниакальные фазы** обычно короче депрессивных.
- Максимальная продолжительность аффективной фазы может составлять несколько месяцев и даже несколько лет (описаны депрессивные фазы, длящиеся 18 лет).

# РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (Монополярный депрессивный психоз )

- Обычно дебютирует после 30 лет.
- В большинстве случаев первоначально реактивные (психогенные) депрессии на отдаленных этапах становятся **аутохтонными**.
- Часто присутствуют сомато-вегетативные, сенестоипохондрические, тревожно-фобические расстройства.
- Средняя продолжительность фаз – 6 мес
- Средняя частота депрессий - 1 фаза в 4 года

# /F32/ Депрессивный эпизод

- сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии.
- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и унижения (даже при легком типе эпизода);
- мрачное и пессимистическое видение будущего; д) идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Сниженное настроение мало колеблется в течение дней, могут быть характерные суточные колебания.

# /F32.0/ Депрессивный эпизод легкой степени

- Сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, повышенная утомляемость обычно считаются наиболее типичными симптомами депрессий.
- Для достоверного диагноза необходимы по крайней мере 2 из этих 3-х симптомов, плюс хотя бы еще 2 из других симптомов, описанных выше (для F32). Ни один из указанных симптомов не должен достигать глубокой степени, а минимальная продолжительность всего эпизода - примерно **2 недели**.
- Человек с легким депрессивным эпизодом как правило обеспокоен этими симптомами и затрудняется выполнять обычную работу и быть социально активным, однако, вряд ли прекращает полностью функционировать, т.е. **затруднена, но сохранена социальная адаптация**

## **/F32.1/ Депрессивный эпизод средней степени**

- Должны присутствовать по крайней мере 2 из 3-х наиболее типичных симптомов для легкой степени депрессии (F32.0), плюс по меньшей мере 3 (а предпочтительней 4) других симптома.
- Несколько симптомов могут быть выраженной степени, но это необязательно, если имеется много симптомов. Минимальная длительность всего эпизода - около 2-х недель.
- значительные трудности в выполнении социальных обязанностей, домашних дел, в продолжении работы – **нарушена социальная адаптация, но нет психотических симптомов.**

## **F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов**

- больной обнаруживает значительное беспокойство и ажитированность, но может и отмечаться выраженная заторможенность. Выражены потеря самоуважения или чувство никчемности или вины. Угроза суицида. Соматический синдром почти всегда присутствует.
- Присутствуют все 3 из наиболее типичных симптомов, характерных для легкой и умеренной степени депрессивного эпизода, плюс наличие 4 и более других симптомов, часть из которых должны быть тяжелой степени. Однако, если присутствуют такие симптомы как ажитация или заторможенность, больной может не захотеть или не может детально описать многие другие симптомы. В этих случаях, квалификация такого состояния как тяжелый эпизод может быть оправдана. Депрессивный эпизод должен длиться по меньшей мере 2 недели. Если же симптомы особенно тяжелые и начало очень острое, оправдан диагноз тяжелой депрессии и при наличии эпизода менее чем 2 недели.
- Во время тяжелого эпизода маловероятно, чтобы больной продолжал социальную и домашнюю деятельность, выполнял свою работу. Такая деятельность может выполняться очень ограничено.
- Эту категорию используют только для единичного тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов; при последующих эпизодах используется подрубрика рекуррентного депрессивного расстройства.

## **/F32.3/ Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами**

- Тяжелый депрессивный эпизод, отвечающий критериям F32.2, дополняется наличием **бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора**. Бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера "голоса", а запахи - гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиваться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации могут определяться как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению (смотри F30.2х). **Могут быть суицидальные тенденции.**

# Отличительные особенности эндогенной депрессии

- **Витальный** аффект тоски
- Изменения (**заторможенность**) в идеаторной и двигательной сферах: затруднения в усвоении новой информации, трудности сосредоточения, ощущение "пустоты" в голове
- наличие сверхценных идей **самоуничужения и самообвинения**
- **соматические проявления депрессии** - мидриаз, тахикардия, запоры (триада Протопопова); ухудшение аппетита, снижение массы тела.
- **аутохтонные ритмы:**
  - суточный ритм с ухудшением в утренние часы, заметным улучшением психического состояния во второй половине дня
  - сезонные обострения (весна и осень)

Только в 37,8 % наблюдений клинические проявления депрессий и маний соответствуют типичному (классическому) аффективному синдрому.

В большинстве же случаев — 62,2 % они атипичны (по проявлениям основных симптомов триады и преобладанию соматовегетативных, навязчивых, тревожно-фобических, сенестои-похондрических нарушений).

# Атипичная депрессия характеризуется

- сонливостью (гиперсомния)
- ощущением тяжести в конечностях
- повышением аппетита - «поесть, чтобы снять беспокойство», значительным увеличением веса
- значительной нехваткой социализации, как следствия гиперчувствительности к кажущемуся социальному отвержению.

# **МАСКИРОВАННАЯ (соматизированная, ларвированная) ДЕПРЕССИЯ**

- Больной не ощущает сниженного настроения
- При этом врач объективно видит признаки сниженного аффекта
- Больные предъявляют соматические жалобы (боль в сердце, головная боль, боль в животе, артериальная гипертензия, запор, тахикардия, аритмия).
- Боли купируются только наркотическими анальгетиками, антидепрессантами, нормотимиками.

# Дексаметазоновый тест (ДМТ)

используется для подтверждения диагноза эндогенной депрессии. У значительной части больных эндогенной депрессией после приема дексаметазона не происходит подавления секреции кортизола, т. е. они оказываются резистентными к его действию.

После приема 1 мг дексаметазона внутрь в 11 часов вечера концентрация кортизола в плазме в 8 часов утра снижается у здоровых пациентов (отрицательный результат теста) и остается выше 5 мкг/л (несупрессия) у депрессивных людей (положительный результат теста).

# Циклотимия и дистимия характерны:

- легкие, абортивные варианты аффективных фаз
- аффективные расстройства непсихотического уровня
- аутохтонные фазы

# Циклотимия

- аутохтонно возникающие периоды **гипомании** и **неглубокой депрессии** с чередованием в виде отдельных или сдвоенных эпизодов (фаз), разделенных интермиссиями или развивающихся континуально, т.е. биполярный вариант
- часто присутствует сезонность возникновения фаз

# Дистимия

- Хронические (длительностью **не менее 2 лет**) депрессии, развивающиеся на непсихотическом уровне при минимальной выраженности аффективного расстройства
- Гетерогенная в нозологическом отношении группа депрессий непсихотического уровня
- В этиологии и патогенезе играют роль как эндогенные, так и психогенные факторы

# Серотониновый синдром

Развивается в течение нескольких часов или дней после начала лечения или увеличения дозы серотониномиметического средства (трициклические и тетрациклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина и др.), особенно в комбинации с препаратами, усиливающими действие серотонина (ингибиторы МАО, препараты лития, бромокриптин, пентазоцин).

**Клиническая картина:** миоклонии, тремор, ригидность, оживление рефлексов, клонус стоп, атаксия, возбуждение, спутанность сознания и вегетативные нарушения (субфебрильная температура, тошнота, диарея, головная боль, гиперемией лица, озноб, профузное потоотделение, учащение дыхания и пульса, колебания АД, расширение зрачков).

В тяжелых случаях возможны высокая лихорадка, эпилептические припадки, опистотонус, ДВС-синдром, миоглобинурия, почечная недостаточность, кома.

Симптоматика тяжелого серотонинового синдрома напоминает злокачественный нейролептический синдром (повышение активности серотонинергической системы приводит к торможению дофаминергических нейронов).

## Лечение серотонинового синдрома

- Обычно проходит самостоятельно в течение нескольких часов или дней после отмены серотониномиметического препарата. Однако возможен и летальный исход.
- Антагонисты серотонина - **метисергид, ципрогептадин** и бета-адреноблокаторы (**пропранолол**) способствуют более быстрому восстановлению.
- Для уменьшения мышечной ригидности, и вызываемой ею гипертермии, могут использоваться **бензодиазепины** (**диазепам, лоразепам**) и прямой миорелаксант - **дантролен**.

# ШИЗОФРЕНИЯ

# Шизофрения

- хроническое психическое эндогенное заболевание, характеризующееся:
- **дисгармоничностью и утратой единства психических функций** (мышления, эмоций, моторики)
- прогредиентным (непрерывным или приступообразным) течением с нарастающим дефектом личности в виде **аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения**

# Эпидемиология шизофрении

- Распространенность - около 1% населения в любой стране мира
- Наибольшая заболеваемость в возрастном периоде 20-29 лет
- Мужчины : Женщины = 1 : 1

# Этиология шизофрении (гипотезы):

- **Генетическая** - основана на высокой конкордантности заболевания у однояйцевых близнецов (около 50%) и сибсов. Предполагается полигенный тип наследования, но специфических генов не выявлено.
- **Неблагоприятное воздействие среды** - основана на повышении уровня заболеваемости у социально неблагополучных, дискриминированных, мигрантов и пр.
- **Психодинамическая**
- **Интоксикационная (ПАВ)**
- **Инфекционная**
- **Аутоиммунная**
- **Модель «стресс-диатеза» :**
  - **предрасполагающий фактор** - наследственность, дизонтогенетические предикции
  - **"пусковой"** - социальное неблагополучие, психогении, соматические заболевания, инфекции, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.

# Патогенез шизофрении

Патогенетические механизмы:

- найротрансмиттерные нарушения (**дофаминовая и серотониновая гипотезы**)
- атрофия префронтальной коры и др. морфологические изменения

## *2 типа шизофрении по Crow T. (1985)*

- **Позитивная** - преобладание продуктивной с-ки, относительно удовлетворительная адаптация; гипердофаминергическая активность, нет структурных нарушений, хороший ответ на классические нейролептики (блокаторы D-рецепторов)
- **Негативная** - преобладание негативной с-ки, скрытое начало, хроническое или злокачественное течение; гиподофаминергическая активность и атрофия серого вещества в префронтальной коре, эффективны атипичные антипсихотики (больше влияют на серотониновые, чем дофоминовые рецепторы)

# Что такое «схизис»?

- «Расщепление», нарушение целостности функционирования отдельных сфер психики больного как целого:
- Мыслительные процессы – разорванные, не имеющие связи между собой ассоциации
- Эмоциональные процессы – эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность
- Волевые процессы - утрата единого волевого стержня личности, направляющего деятельность человека, определяющего его поведение. Из-за абулии больные не способны использовать свои, сохранные в большинстве случаев, интеллектуальные способности (прежде называли «шизофреническое слабоумие», теперь «шизофренический дефект»)
- Утрата границ своего «Я»: чувство, что собственные психические процессы навязаны, «сделаны» кем-то извне (психические автоматизмы при синдроме Кандинского-Клерамбо)
- Аутичность – разрыв между внутренним миром больного и внешним и т.д.

# Клиника шизофрении

**Негативные симптомы – основные для постановки самого диагноза**, определяющие нозологическую диагностику шизофрении:

- *Схизис - "расщепление"*
- Аутичность
- Эмоциональные расстройства (эмоциональная неадекватность или холодность, апатия, амбивалентность)
- Волевыенарушения (гипо- и абулия)
- Формальные нарушения мышления (аутистическое мышление, резонерское мышление, разорванное мышление, неологизмы, ментизм, "шперрунг")

**Позитивные симптомы - дополнительные**, окрашивающие:

- Определяют клиническую форму заболевания

# **Классические клинические формы шизофрении:**

- **Параноидная**
- **Кататоническая**
- **Гебефреническая**
- **Простая**

# Параноидная шизофрения

- Самая частая форма
- Представлена **параноидным синдромом** (Кандинского-Клерамбо)
- Возможна трансформация синдрома:  
паранояльный → параноидный → парафренный

# Кататоническая шизофрения

Ведущий синдром – кататонический

*Варианты:*

1. **Люцидная** кататония (без продуктивной симптоматики, имеет злокачественное течение).
2. **Онейроидная** кататония (с полиморфной продуктивной симптоматикой, относительно доброкачественным течением).

# Гебефреническая шизофрения

- Начинается в подростковом, юношеском возрасте
- Характерен гебефренный синдром (эмоционально-волевые и грубые поведенческие расстройства: дурашливость, гримасничанье, расторможенность влечений, прыгают, кривляются, пляшут, неуместно шутят, нецензурно бранятся, могут проявить немотивированную агрессию).
- Течение злокачественное с быстрым формированием выраженного эмоционально-волевого дефекта

# Простая форма шизофрении

- Позитивные симптомы отсутствуют
- Быстро нарастают первичные негативные симптомы, достигающие степени шизофренического дефекта
- Характерно непрерывно-прогредиентное течение

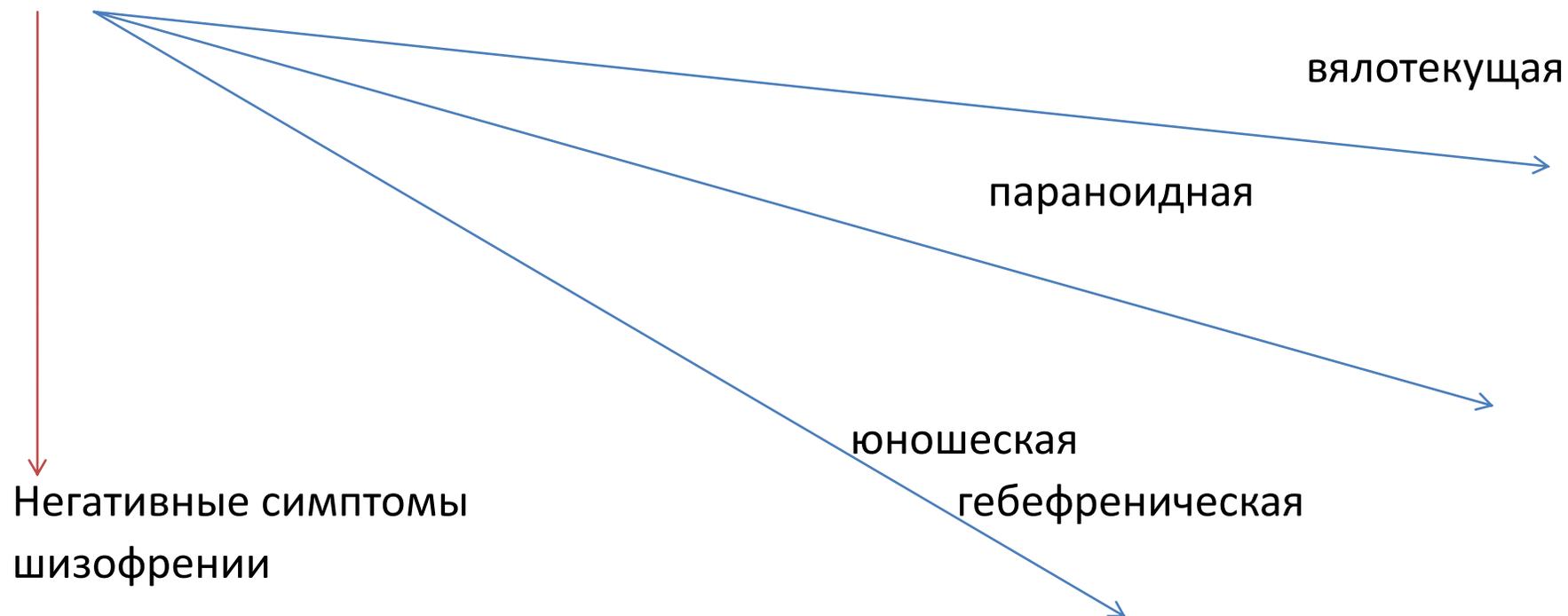
# Типы течения шизофрении

1. Непрерывно-прогредиентный (непрерывный)
2. Приступообразно-прогредиентный
3. Рекуррентный (периодический)

# Непрерывно-прогредиентный (непрерывный) тип течения

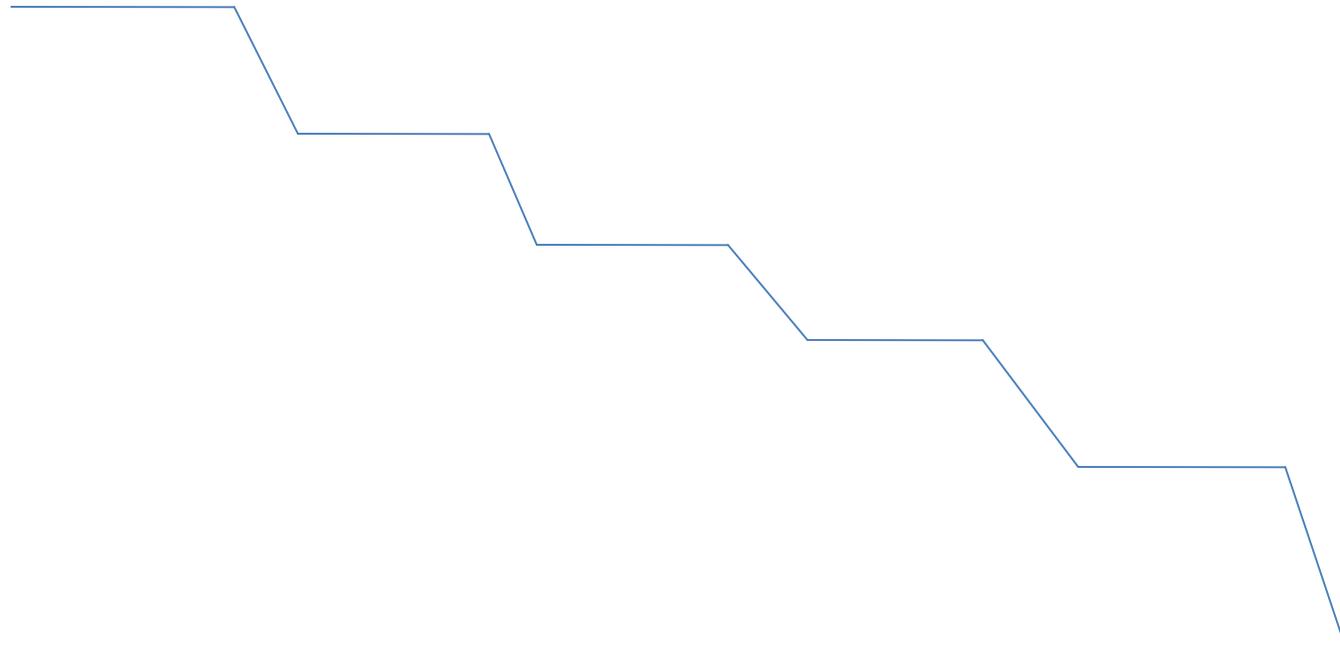
- Самый частый тип (>50%)
- Возможны терапевтические ремиссии продуктивной симптоматики

Потенциал  
личности  
до болезни



# Приступообразно-прогредиентный тип

- Встречается в 25-30% случаев промежуточное положение между непрерывным и приступообразным типом

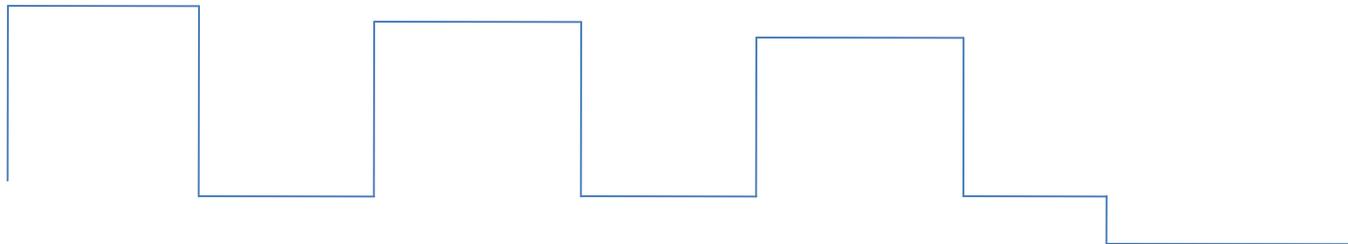


# Рекуррентный тип течения

- до 20% всех случаев шизофрении
- более благоприятный прогноз
- ремиссии могут быть спонтанными

**Клинически представлены тремя формами:**

- онейроидная кататония
- депрессивно-параноидная
- циркулярная (с биполярным аффектом)



# «Дефект» при шизофрении

- **Апато-абулический** – выраженный дефект эмоционально-волевой сферы (пассивен, бездеятелен, безынициативными, равнодушен к своему облику, здоровью, условиям жизни, неопрятен, не имеет общения, интересов, утрачивает социальный статус ит.д.)
- **Психопатоподобный** - похожий на проявления психопатии: личностные изменения, в наибольшей степени проявляются в эмоциональной сфере и поведении (чудаковатость, неадекватность эмоций и пр.)
- **Интеллектуальный** - неспособность к продуктивной интеллектуальной деятельности за рамками собственных аутистических интересов

# Атипичные формы шизофрении

- Шизотипическое расстройство
- Шизоаффективное расстройство
- Фибрильная шизофрения

# Шизотипическое расстройство

Отсутствие общих диагностических признаков шизофрении, три или четыре перечисленных признака должны присутствовать постоянно или эпизодически, по меньшей мере, в течение двух лет:

1. неадекватный и/или уплощенный аффект, эмоциональная нивелировка
2. чуждающиеся, эксцентричные поведение и внешний вид
3. сокращение контактов с окружающими, социальная самоизоляция, снижение активности, инициативы, психической продуктивности
4. определяющие поведение странности во взглядах, магическое мышление, не соответствующие культуральным нормам
5. подозрительность, параноидные идеи
6. навязчивые, без внутреннего сопротивления, размышления дисморфофобического, агрессивного, сексуального и прочего содержания
7. иллюзорное восприятие, дереализация, деперсонализация
8. мышление аморфное, обстоятельное, метафорическое, излишне детализированное, стереотипное, проявляющееся вычурностью речи без выраженной разорванности, парадоксальность суждений
9. эпизодические транзиторные проявления иллюзорного, галлюцинаторного, бредоподобного характера

# Шизоаффективное расстройство

- Приступообразные расстройства проявляются сочетанием аффективных и шизофренических симптомов в течение всего приступа болезни, или, по меньшей мере несколько дней этого эпизода, их соотношение не позволяет определенно установить наличие типичного аффективного или шизофренического расстройства.
- Характерна качественная ремиссия, состояние дефекта развивается реже.

# Фебрильная шизофрения (ФС)

Для отнесения фебрильных приступов к фебрильной шизофрении требуются следующие критерии:

- острое развитие психотического приступа шизоаффективной структуры с кататоническими включениями;
- быстрое (в течение от 1 до 5 дней) появление температурной реакции выше 40°C вне связи с каким-либо соматическим заболеванием и приемом нейролептических средств.
- ↓ АД, обезвоживание, тахикардия, кровоточивость, лейкоцитоз, ↑ мочевины, ↑ креатинина, ↑ СОЭ
- В моче белок и эритроциты

# Неотложная помощь при ФШ:

- при наличии лихорадки — регионарная гипотермия крупных сосудов — мешки со льдом на область сонной артерии, подмышечные и паховые области
- Инфузионная терапия, жаропонижающие
- для стабилизации сосудистого тонуса: **кордиамин** 1 мл п/к, при остром снижении артериального давления — **мезатон** в/в в дозе 0,1—0,5 мл 1%-ного раствора в 40 мл 5—20— 40%-ного раствора глюкозы
- **преднизолон** 60-120 мг капельно с 5%-ным раствором глюкозы или изотоническим раствором натрия хлорида;
- для предупреждения отека мозга, стабилизации вегетативных функций, уменьшения проницаемости сосудов — **эуфиллин** 10 мл 2,4%-ного раствора в/в или 1 мл 24%-ного раствора в/м, **лазикс** 20 мг в/м или в/в, антигистаминные препараты: **димедрол** — 2 мл 1%-ного раствора, **пипольфен** — 2 мл 2,5%-ного раствора в/м, **аскорбиновая кислота** 10 мл 5%-ного раствора в/в.
- При психомоторном возбуждении **диазепам** в максимальных дозах
- В первые три дня возможно проведение ЭСТ

# ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

- **Биологическая терапия** – психофармакотерапия – основная группа препаратов – нейролептики (для симптоматической терапии применяют транквилизаторы, антидепрессанты по необходимости).
- **Психосоциальное лечение** – формирование или восстановление недостаточных или утраченных (в условиях нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности), навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы.
- **Психосоциальная реабилитация** – трудовая и т.п.

## Длительность лечения

- активное лечение приступа психоза нейрорептиками может длиться до года.
- Продолжительность поддерживающего лечения и профилактической терапии после перенесенного психотического эпизода должна составлять:
  - после первого эпизода – 1 год;
  - после второго эпизода – 3 года;
  - после третьего эпизода – 5 лет;
  - после четвертого и последующих эпизодов – не ограничена (возможно, всю жизнь пациента).

# НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. Акатизия
2. Лекарственный паркинсонизм
3. Острая дистония

Блокада D1 рецепторов, вызывает развитие экстрапирамидных симптомов (ЭПС), для профилактики и коррекции применяются ЦИКЛОДОЛ и БЕТА-БЛОКАТОРЫ.

# Экстрапирамидные побочные эффекты антипсихотиков

1. Лекарственный паркинсонизм - мышечная гипертония, снижение двигательной активности, амимия.
2. Гиперкинезы в виде тремора, миоклонии, акатизии, перебирания ногами, топтание.
3. Дискинетический синдром - окулогирные кризы, торзионный атетоз, тортиколиз (кривошея), и шейно-языко-массетеровый синдром Куленкампа-Тарнова (возникает пароксизмально, в начале терапии в виде тонических судорог жевательной мускулатуры, мышц языка и дна ротовой полости с произвольным открыванием рта и высовыванием языка, иногда с распространением на мышцы шеи).

В большинстве случаев возникший на фоне приема психотропного препарата ЭПС, регрессирует после его отмены.

Но некоторые разновидности нейролептических дискинезий и дистоний носят стойкий характер и персистируют даже после отмены вызвавшего их препарата – **поздние дискинезии**.

### **Вероятность развития ятрогенных ЭПС зависит от:**

- фармакологических свойств нейролептика
- дозы нейролептика
- схемы приема нейролептика
- индивидуальной чувствительности больного.

## Злокачественная гипертермия

Вариант ЗНС, не сопровождается выраженными неврологическими расстройствами (нет мышечной ригидности и тремора).

Угрозу представляют метаболический ацидоз, гиперкалиемия, гипермагниемия, ДВС синдром.

# ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. Генерализованная мышечная ригидность, рабдомиолиз, мышечные боли
2. Центральная гипертермия (выше 38°)
3. Помрачение сознания
4. Нарушения параметров гомеостаза с выраженной гиповолемией
5. ↑креатинина, ↑креатининфосфокиназы, ↑трансаминаз, лейкоцитоз, лимфопения, ↑СОЭ, миоглобинемия, миоглобинурия
6. Вегетативные расстройства:
  - профузное потоотделение
  - тахикардия, нарушения ритма сердца
  - тахипноэ, одышка, бледность кожи
  - колебания АД
  - нарушение мочеиспускания, олигурия