



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Шизофрения

Шизофрения

- ▣ Психическое заболевание, характеризующееся: дисгармоничностью и утратой единства психических функций, длительным непрерывным или приступообразным течением с выраженными в различной степени продуктивными психическими расстройствами и приводящее к особым изменениям личности в виде снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.

А.С. Тиганов

Распространенность шизофрении

- ▣ От 6 до 10-12 случаев на 1000 населения
- ▣ Из них психотические формы составляют 5,6 случаев, непсихотические – 2,6 случаев на 1000 населения



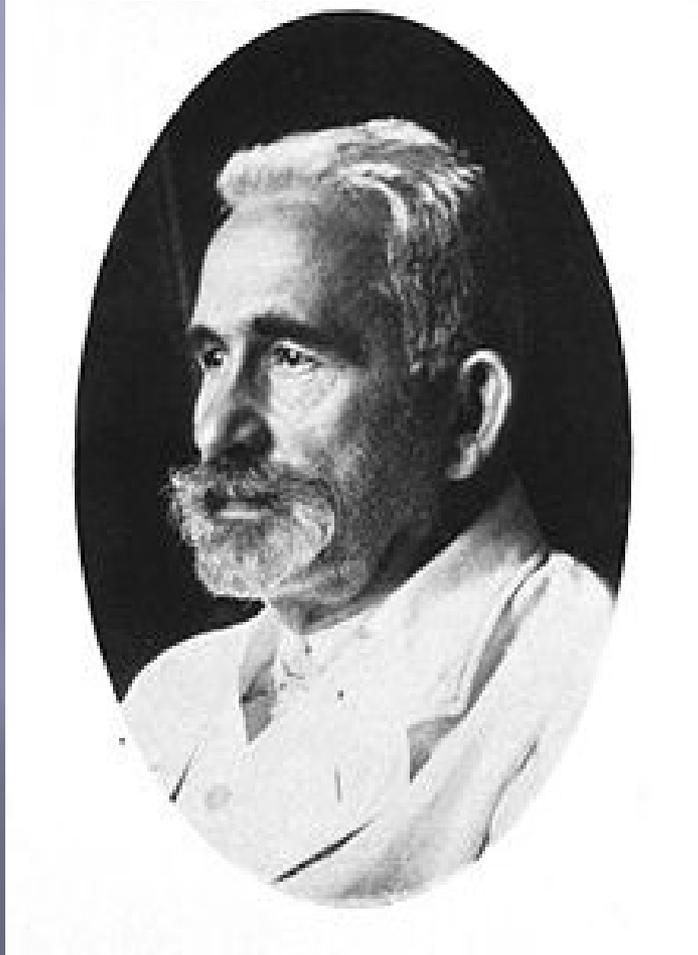
ФАКТОРЫ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

- ▣ Наследственность
- ▣ Нарушение раннего развития ЦНС
- ▣ Прогрессирующее нарушение развития мозга
- ▣ Нейрохимическая сенсibilизация
- ▣ Злоупотребление психоактивными веществами
- ▣ Вирусное поражение
- ▣ Неблагоприятные факторы окружающей среды

История шизфрении

- Griesinger W., 1850-1886 - Единый унитарный психоз
- Психоз с интеллектуальным снижением и началом в подростковом возрасте Morel V.A., 1851 – 1860
- Кататония (восковая гибкость, стереотипии, негативизм, ступор, возбуждение) - Kahlbaum K.L., 1852
- Гебефрения (дурашливость, гримасничание, нелепый смех, разорванность мышления, начало в юношеском возрасте) - Hecker E., 1871

Шизофрения



Emil Kraepelin (1856-1926)

- ▣ Шизофрения была выделена впервые Крепелиным как определённая клиническая единица (*dementia praecox*) в 1896 году; переименована как *Schizophrenie* Блейлером в 1911 году.
- ▣ Dementia praecox: Гебефрения, кататония, паранойя, dementia simplex – единое заболевание, основанное на эволюционном критерии: ослабоумливающий болезненный процесс – непрерывное течение с неблагоприятным исходом Kraepelin E., 1893-1919

“Спектр шизофрений”



- ▣ “Шизофрения не болезнь в строгом смысле, а скорее группа болезней...”
- ▣ “Поэтому мы будем говорить о шизофрениях в множественном числе”.

Bleuler (1911)

Этиология шизофрении

- Изучена недостаточно.

Гипотезы:

- 1) **Генетическая** - основана на высокой конкордантности заболевания у однояйцевых близнецов и сибсов (до 70%). Предполагается полигенный тип наследования, но в настоящее время специфических генов не выявлено.
- 2) **Неблагоприятное воздействие среды** - основана на повышении уровня заболеваемости у социально неблагополучных, дискриминированных, мигрантов и пр.
- 3) Теория нарушения развития мозга (**дизонтогенетическая**).
- 4) Другие - психодинамическая, инфекционная, аутоиммунная.
- 5) **Модель "стресс-диатеза":**
 - а) **предрасполагающий фактор (диатез)** - наследственность, дизонтогенетические и психосоциальные предикции.
 - б) **"пусковой" механизм** - социальное неблагополучие, психогении, соматические заболевания, инфекции, употребление алкоголя, наркотиков и т.д.

Патогенетические механизмы:

- Найротрансмиттерные нарушения (дофаминовая и серотониновая гипотезы)
- В соответствии с дофаминовой теорией, при шизофрении отмечается повышение активности дофаминовой системы мозга с увеличением выделения дофамина, усилением дофаминовой нейротрансмиссии и гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов.
- Согласно серотониновой теории, развитие шизофрении обусловлено недостаточностью серотонинергической нейротрансмиссии.
- Атрофия префронтальной коры и др. морфологические изменения

Bleuler: “основные” и “дополнительные” СИМПТОМЫ

Основные (базисные) симптомы

- “Разрыхление ассоциации” (loosening of associations; cognitive slippage)
- Притупление аффекта (blunting of affect)
- Амбивалентность (ambivalence)
- Аутизм (autism; loss of reality contact)

Дополнительные симптомы

- Галлюцинации и бредовые идеи
- Нарушения памяти (paramnesias = ‘галлюцинации памяти’)
- Депрессивные и маниакальные расстройства (часто первые признаки заболевания)
- Расстройства личности: потеря целенаправленности
- Кататонические признаки
- Соматические признаки (изменения веса, метаболические отклонения, неврологические признаки)

СИМПТОМЫ I РАНГА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ

K. Schneider, 1955 - 1959

- ▣ Звучание собственных мыслей, «голосов», говорящих о больном, комментирующих его действия
- ▣ Соматические галлюцинации
- ▣ Отнятие/вкладывание, открытость мыслей
- ▣ Бредовое восприятие
- ▣ Ощущения или поступки контролируются, совершаются под влиянием извне

Классификация шизофрении согласно Руководству по психиатрии А.С. Тиганова

- ▣ Непрерывно текущая шизофрения
 - *Юношеская злокачественная (кататоническая, гебефреническая, простая, злокачественная параноидная)*
 - *Параноидная (среднепрогредиентная)*
- ▣ Рекуррентная шизофрения, протекающая с онейроидно-кататоническими, депрессивно-параноидными и аффективными приступами
- ▣ Приступообразно-прогредиентная шизофрения с приступами разнообразной психопатологической структуры
- ▣ Особые формы: паранояльная, вялотекущая, фебрильная

В РАМКАХ КАТЕГОРИИ F20 в МКБ-10 (1994)

ШИЗОФРЕНИЯ F 20

- ▣ Простая F20.6
- ▣ Гебефрениая F20.1
- ▣ Кататоническая F20.2
- ▣ Параноидная F20.0

Вне рамок шизофрении:

- Шизотипическое расстройство - F21
- Шизоаффективные расстройства - F25
- Острые и транзиторные полиморфные психотические расстройства - F23
- Хронические бредовые расстройства F22

Параноидная форма

- ▣ Встречается чаще, чем другие. Наряду с кардинальными признаками заболевания (аутизм, нарушения стройности мышления, снижение и неадекватность эмоций) ведущим в клинической картине данной формы является бред. Прогрессиентность заболевания выражается в последовательной смене паранойяльного, параноидного и парафренного синдромов. Хотя течение параноидной формы может быть различным, для нее более типично постоянное существование бреда и псевдогаллюцинаций без заметных ремиссий. Начало заболевания в большинстве случаев приходится на период молодости и зрелости (25-40 лет). Эмоциональный дефект в большинстве случаев нарастает постепенно и позволяет больным длительно сохранять социальные связи, трудоспособность, сохраняют семью. При более раннем начале заболевание течет злокачественно.

Гебефреническая форма

- ▣ Одна из наиболее злокачественных форм шизофрении. Главное ее проявление- гебефренический синдром. Диагноз основывается на преобладание в проявлениях болезни детскости и нелепого, дурашливого возбуждения. В настроении превалируют пустая, непродуктивная эйфория, кривлянье, неадекватный смех, сменяющиеся приступами негодования, агрессии, бессмысленного разрушения , речь быстро теряет последовательность, изобилует повторами и неологизмами, нередко сопровождается циничной бранью. Поведение складывается из целенаправленной активности в сочетании с упрямством и негативизмом. Нарастают изменения личности, падение активности, разрушение эмоциональных связей, доминируют равнодушие и пассивность. Больные требуют постоянного ухода и надзора. Заболевание начинается в подростковом возрасте (13-15 лет)и в дальнейшем течет безремиссионно.

Кататоническая форма

- ▣ Характеризуется преобладанием двигательных расстройств. Кататонический ступор – больной длительное время сохраняет вычурную неестественную, неудобную позу, не чувствуя утомления. Характерны симптом воздушной подушки, симптом капюшона, при этом тонус мышц резко повышен. Это позволяет придать больным какую-либо позу, которую они будут в дальнейшем сохранять (каталепсия-восковая гибкость). Для больных характерны негативизм и мутизм. Обездвиженность больных может сосуществовать с кататоническим возбуждением. Другими симптомами кататонии являются стремление копировать движения, мимику и высказывания собеседника (эхопраксия, эхомимия, эхолалия), манерность, вычурность движений и мимики, пассивная подчиняемость. Кататонические симптомы могут сопровождаться помрачением сознания (онейроидная кататония) или возникать на фоне ясного сознания (люцидная кататония). Люцидная кататония – вариант злокачественного течения шизофрении

Резидуальная форма

- ▣ Это заболевание в хронической форме, которое проявляется себя после основного лечения психоза, и сообщает о том, что некоторые из признаков по-прежнему остаются и требуют определенной терапии и контроля. Этот тип может выражаться в отсутствии воли, эмоций, притуплении психомоторной деятельности. Врач может поставить такой диагноз, если отсутствует патология головного мозга, например, деменция, но симптоматика, сходная с признаками шизофрении, присутствует.

Дименсиональная модель шизофрении

Позитивные симптомы:

бред
галлюцинации
изменение поведения

Аффективные симптомы:

дисфория
депрессия и др.

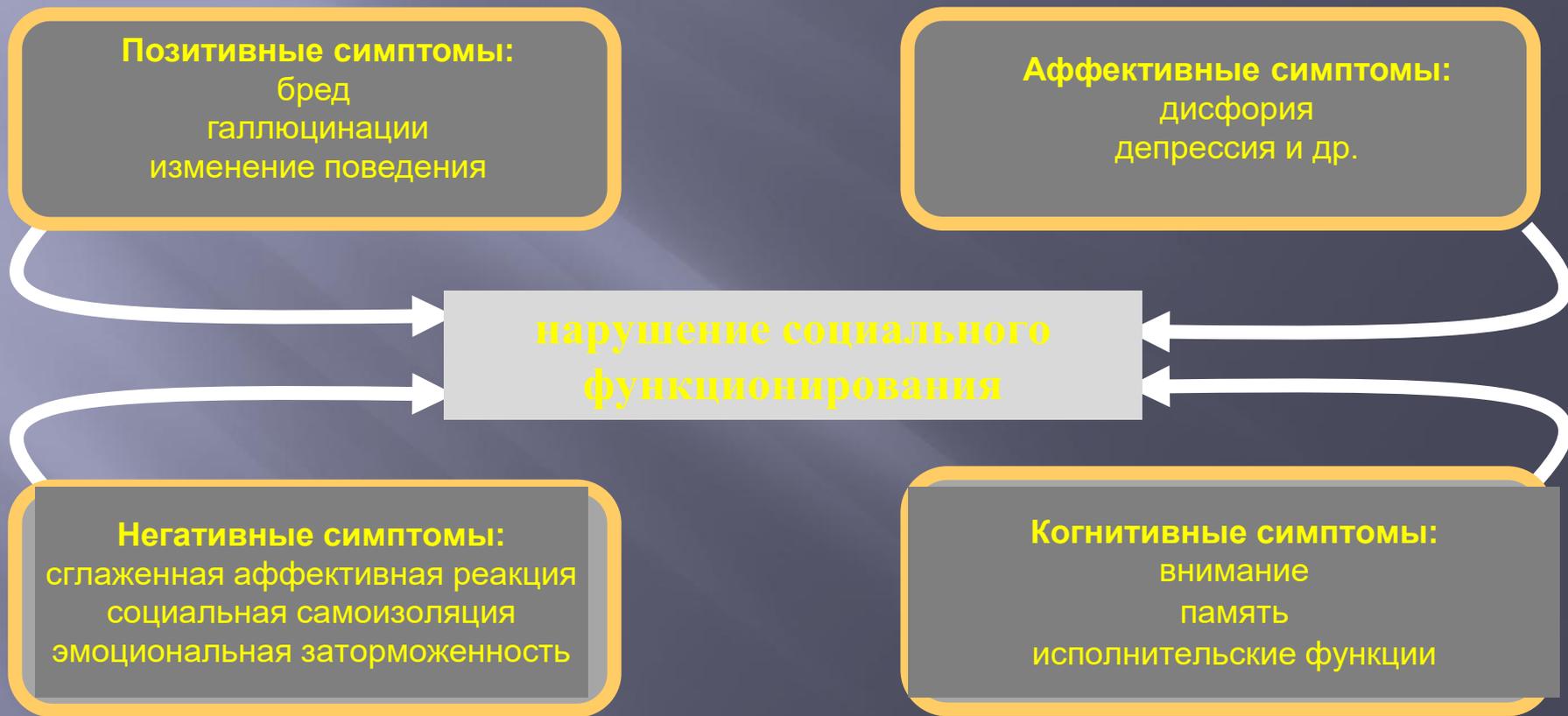
нарушение социального
функционирования

Негативные симптомы:

сглаженная аффективная реакция
социальная самоизоляция
эмоциональная заторможенность

Когнитивные симптомы:

внимание
память
исполнительские функции



Структурно-функциональные изменения головного мозга у больных шизофренией

- Увеличение объема боковых желудочков и третьего желудочков (20-75%, в среднем 40%)
- Уменьшение общего объема мозга (в среднем на 3%)
- Уменьшение объема серого вещества (наиболее выражена в лобных и височных отделах: на 8%), в т.ч. у пациентов с первым эпизодом.
- Уменьшение цитоархитектоники коры и ее синаптической плотности
- Уменьшение объема белого вещества
- Уменьшение объема (4-12%) и нейрональной структуры гиппокампа, парагиппокампальной извилины, амигдалы, полосатого тела (*corpus striatum*), таламуса.
- Ухудшение межполушарного взаимодействия
- Снижение уровня метаболизма
- Снижение мембранного синтеза
- Снижение регионального кровотока *Анализ научных публикаций 1999-2009 г.г.*

Нарушения социальной когниции у больных шизофренией

- ★ Нарушение адекватности социального восприятия, вербальных коммуникаций, способности к решению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций
- ★ Снижение способности к
 - ☛ распознаванию эмоций другого человека
 - ☛ адекватному выражению собственных эмоций
 - ☛ точной передаче полученной им вербальной информации
 - ☛ вербальному выражению собственных чувств и мыслей
- ★ Повышенная тревога по отношению к социальным эмоционально значимым стимулам
- ★ Легкая дезорганизация деятельности под влиянием эмоциональных нагрузок
- ★ Плохая переносимость ситуации конкуренции
- ★ Сниженная способность испытывать удовольствие

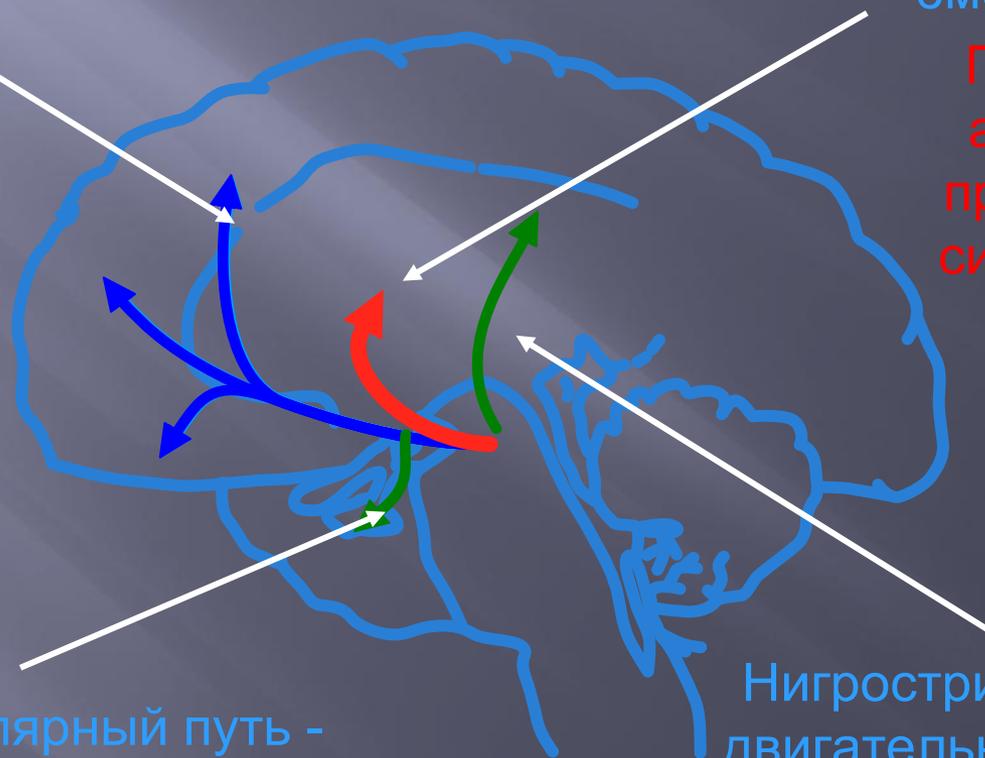
Дофаминовая гипотеза шизофрении

Мезокортикальный путь -
обучение и память

Снижение
активности:
негативная
симптоматика,
когнитивные
нарушения

Мезолимбический путь -
эмоции

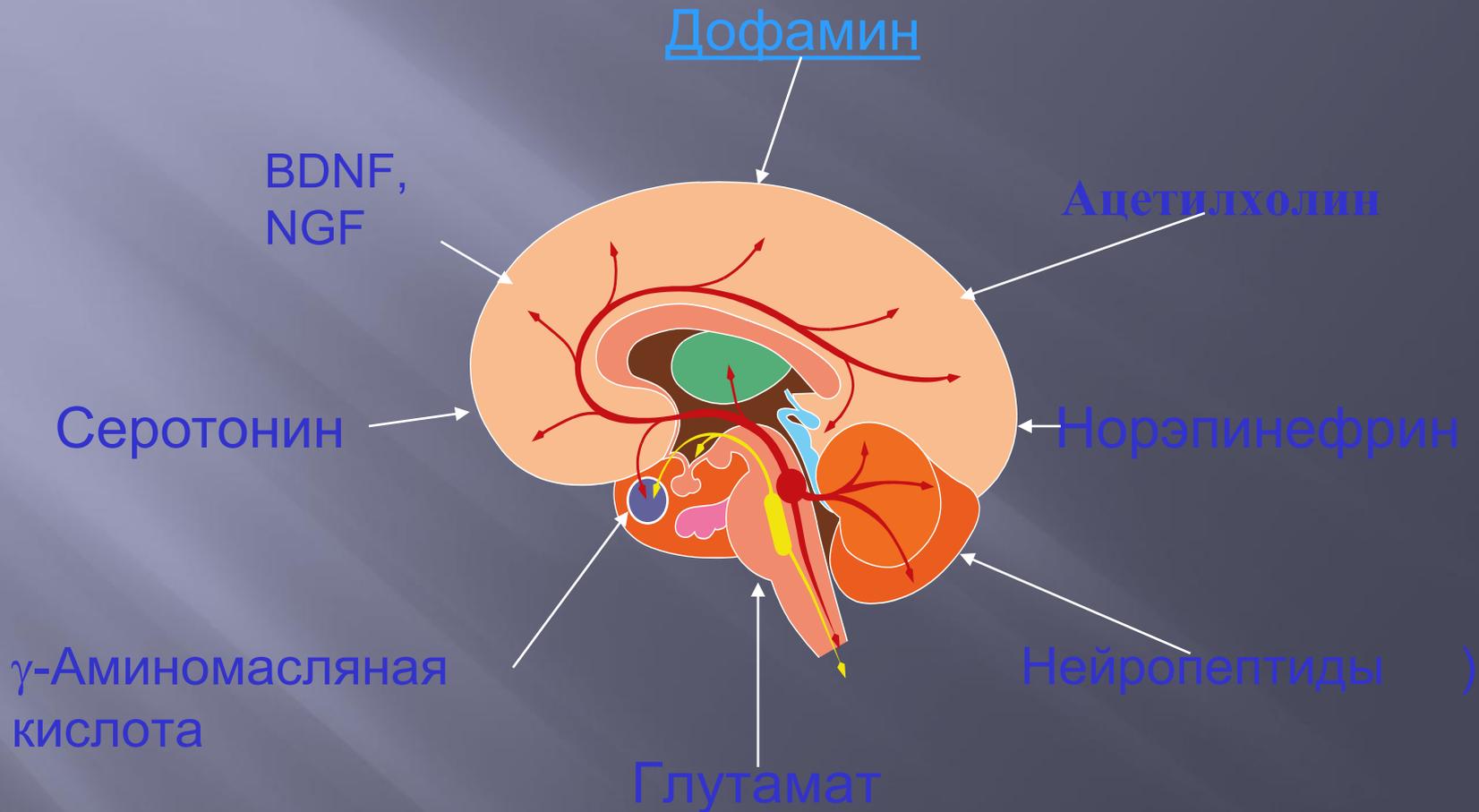
Повышение
активности:
продуктивная
симптоматика



Тубероинфундибулярный путь -
регуляция пролактина

Нигростриарный путь -
двигательная регуляция

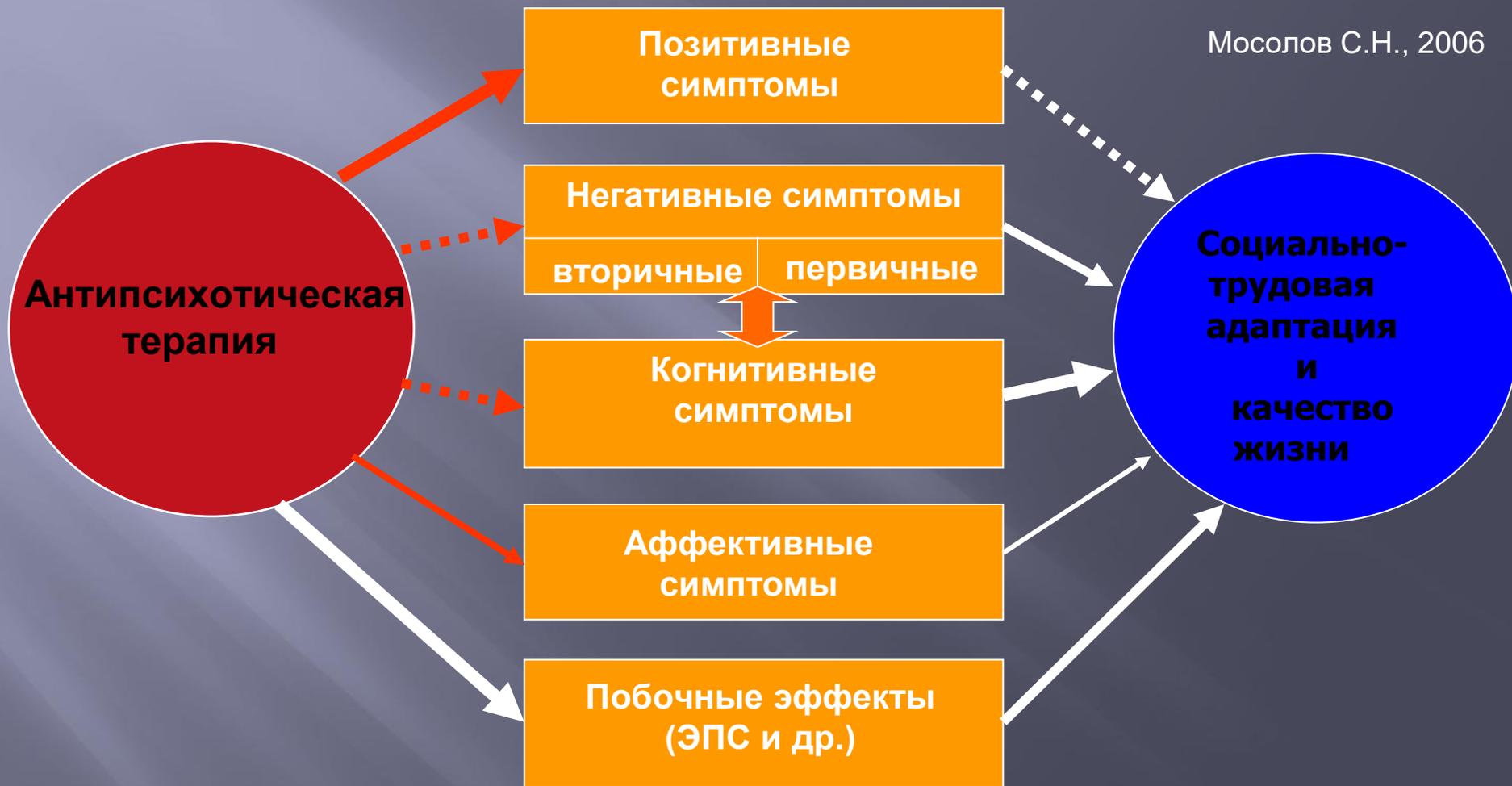
Система нейротрансмиттеров в патогенезе шизофрении



В патогенез шизофрении вовлечены нарушения во многих нейротрансмиттерных системах

Основные клинические мишени действия антипсихотической терапии

Мосолов С.Н., 2006



- ★ Антипсихотики, в основном, редуцируют продуктивные шизофренические симптомы и в меньшей степени способны влиять на негативные и когнитивные нарушения
- ★ Вместе с тем, именно когнитивный дефицит и негативные симптомы в значительной степени определяют уровень социальной адаптации больных и их качество жизни

Лечение шизофрении

Работа с психотерапевтом. При лечении одной из задач врача является правильно донести пациенту информацию: человек, больной шизофренией, должен осознавать, что болезнь реальная, но с ней можно и нужно бороться.

Медикаментозное лечение позволяет пациенту жить полной жизнью, чувствовать себя комфортно в обществе и не становиться заложником негативных симптомов. Врач всегда старается назначить препараты с минимальным набором побочных реакций. Методика лечения подбирается исходя из особенностей истории болезни и самого пациента.

Когнитивно-поведенческая терапия. Этот метод является частью всего комплексного лечения когнитивной шизофрении, в его ходе пациент учится навыкам саморегуляции, с помощью которых он сможет самостоятельно контролировать и сводить на нет обострения психического расстройства.

Поддерживающая психологическая терапия. Важна на том этапе, когда пациент находится в ремиссии и готов вернуться в социум, который мог ранее отвергать его по причине возникновения шизофрении.

Социальная реабилитация. Реабилитация помогает пациенту восстановить утерянные связи с социумом.

Семейная терапия. Довольно часто неврозам и различным психосоматическим недугам подвержены и близкие человека, которые столкнулись с психическим заболеванием шизофренией. Родные вместе с ним проходят все стадии от первых симптомов до начала лечения. В клинике немалое значение уделяют и родственникам пациента, которым оказывается психологическая помощь. Также они получают инструкции в отношении общения с человеком, больным шизофренией.

Терапевтическая тактика на различных этапах развития заболевания:

1. Ранняя, предманифестная терапия
2. Купирующая терапия
3. Долечивающая или стабилизирующая терапия с коррекцией негативных и когнитивных расстройств
4. Противорецидивная или поддерживающая терапия

I. Ранняя, предманифестная терапия

Цель терапии:

- лечение продромальных психотических явлений,
- коррекция негативных и когнитивных нарушений,
- первичная профилактика манифестного психоза

Длительность терапии:

- от нескольких недель до многих лет

Рекомендуемые антипсихотические средства:

- атипичные антипсихотики

II. Купирующая терапия

Цель терапии:

- быстрое воздействие на психомоторное возбуждение и нарушения поведения – купирование острой психотической симптоматики

Длительность терапии:

- от 4 до 12 недель (в среднем 6-8 недель)

Рекомендуемые антипсихотические средства:

- нейролептики с мощным антипсихотическим и седативным действием (галоперидол, клопиксол асуфаз, атипичные антипсихотики)

III. Долечивающая или стабилизирующая терапия с коррекцией негативных и когнитивных расстройств

Цель терапии:

- подавление резидуальной продуктивной симптоматики
- коррекция негативной симптоматики
- борьба с ранними рецидивами

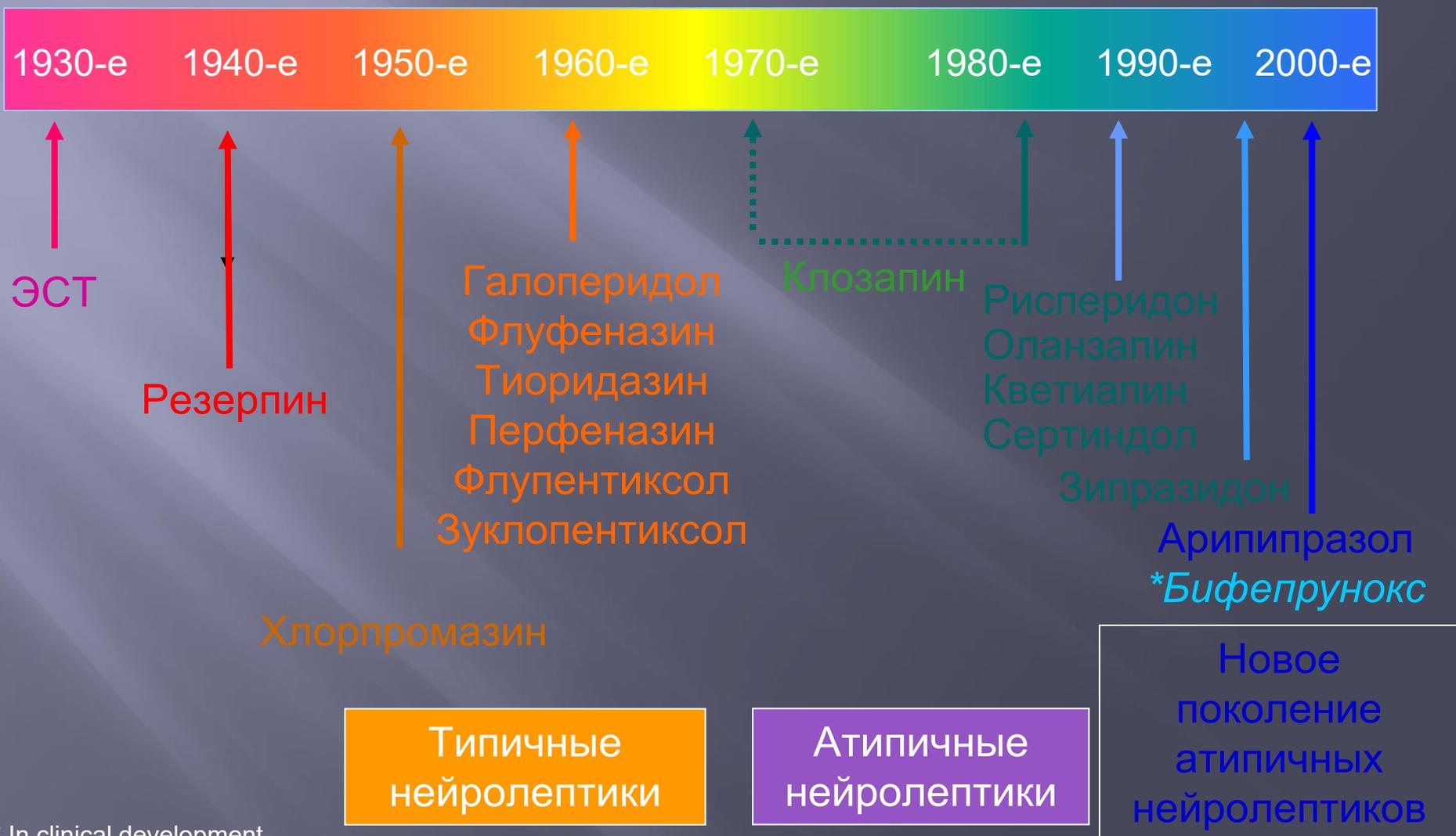
Длительность терапии:

- от 3 до 9 месяцев

Недостатки традиционной нейролептической терапии

- Экстрапирамидная симптоматика развивается у 50-60% пациентов
- Поздняя дискинезия
- Гиперпролактинемия (20-40% больных)
- Нейролептические депрессии
- Резистентность к проводимой терапии (30% больных)
- Неэффективны для купирования негативной симптоматики
- Недостаточно эффективны в профилактике рецидивов заболевания
- Способствуют развитию вторичного (нейролептического) дефекта

Этапы развития терапии психотических расстройств



Типичные
нейролептики

Атипичные
нейролептики

Новое
поколение
атипичных
нейролептиков

* In clinical development

«Атипичные нейролептики». Общая характеристика:

- ▣ Селективный антагонизм в отношении D2- и D3-дофаминовых рецепторов головного мозга (в частности, мезолимбической области);
- ▣ Проявляют тот или иной уровень антагонизма к серотонинэргическим рецепторам 5-HT_{2A} головного мозга.

«Атипичные нейролептики». Основные побочные действия:

- ▣ Головная боль, тошнота и рвота, бессонница;
- ▣ Повышение уровня пролактина;
- ▣ Удлинение интервала QT;
- ▣ Повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний;
- ▣ Метаболический синдром;
- ▣ Увеличение веса;
- ▣ Дислипидемия.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

- ✓ Клиническая эффективность
- ✓ Безопасность
- ✓ Динамика социального функционирования и качества жизни
- ✓ Влияние на нейрокогнитивный дефицит
- ✓ Экономическая эффективность

Исход шизофрении

- В случае неблагоприятного течения формируется апато-абулический дефект – крайняя степень эмоционального и волевого снижения.
- Основные характеристики шизофренического дефекта личности:
- Принципиальная обратимость. Этот принцип выведен теоретически из свойства функциональности шизофрении, однако на практике не реализован.
- Отсутствие выраженных грубых нарушений интеллекта (сохранение словарного запаса, а также расширение его за счет шизофренических неологизмов; сохранение формальных предпосылок к интеллекту).
- Сохранение памяти.

Социальная реабилитация

- Реабилитация подразумевает комплекс мер по возможному сохранению, а при утрате – восстановлению, хотя бы частичному, социального статуса больного, включая его трудоспособность, семейные отношения, активную жизнь в обществе. Длительное пребывание в психиатрической больнице приводят к госпитализму – утрате способности жить самостоятельно, социальных навыков, неумению удовлетворять свои элементарные нужды, подавляет желание трудиться, может также нарушить семейные связи. Поэтому госпитализация должна быть минимальной по длительности. Как только позволяет состояние больного, необходимо использовать домашние отпуски, перевод в дневные стационары, активное наблюдение в диспансере.
-
- Чтобы отвлечь больного от болезненных переживаний, используется лечение “занятостью”. По мере улучшения переходят к трудотерапии, включающей при надобности обучение новой профессии, стимулируется социальная активность.
- Рекомендации во время ремиссий касаются также труда. Даже при неполной ремиссии и поддерживающей лекарственной терапии надо стремиться к тому, чтобы работающие продолжали труд, если им это посильно. В других случаях можно попытаться продолжать труд в облегченных условиях (на дому, в лечебных мастерских, работа с половинной нагрузкой). Трудовые ограничения должны распространяться на те сферы деятельности, где возможное внезапное ухудшение состояния больного грозит опасностью для него или для других.

Профилактика шизофрении

- ▣ Профилактика шизофрении – непростая задача, поскольку в психиатрии недуг относят к группе эндогенных заболеваний, заложенных на генетическом уровне. Существует так называемая первичная профилактика, которая на данный момент ограничена медико-генетическим консультированием. Специалист, изучив генеалогические данные родителей, сможет определить, насколько высок риск развития заболевания у детей. Стопроцентный ответ получить невозможно, поскольку причиной может стать не только генетический фактор.
- ▣ Вторичная профилактика направлена на борьбу с обострением. А третичная – на приостановку прогрессирования шизофрении, предупреждение острых психозов. В качестве профилактики обычно используются специальные уколы, которые назначаются доктором и могут значительно снизить и замедлить симптомы шизофрении.
- ▣ Больным шизофренией, а также лицам, в семье которых были шизофреники, не стоит злоупотреблять алкоголем или пробовать наркотические препараты.
- ▣ Также стоит учитывать, что гормональный фон женщин во время беременности меняется, и это также может послужить отправной точкой для развития недуга.



**Спасибо
за внимание!**