

Шизоаффективное расстройство.

Подготовлено: Ассистент кафедры
неврологии, психиатрии, мануальной
медицины и медицинской реабилитации
Института НМФО ВолгГМУ, к.м.н Иванчук Э.Г.



Классифицируется по принципу характеристики аффективной составляющей



Аффектдоминантная
форма.



Шизодоминантная форма.



Аффектдоминантная форма

- Развивается чаще у лиц с шизоидными чертами.
- В анамнезе в период пубертатного криза (12-15 лет) отмечаются проявления аффективной лабильности с преобладанием депрессивных реакций.
- Этапы развития психоза обнаруживают последовательную смену фаз: аффективных, аффективного бреда, аффективно-бредовых, бредовых неаффективных расстройств и вновь аффективных проявлений при обратном развитии приступа.
- При повторении шизоаффективных приступов можно отметить, что они носят характер «клише».



Шизодоминантная форма.

- Клинические проявления определяются особенностями бредовых синдромов в структуре приступа;
- В клинической картине присутствует выраженный параноидный регистр с развитием на высоте приступа синдрома Кандинского — Клерамбо.
- Аффективные расстройства при этом варианте течения расстройства непродолжительны (две-три недели), а период формирования выраженных бредовых расстройств здесь более длителен (один-два месяца).
- Шизофренические симптомы представлены в большем объеме в этой форме течения.
- За один-два года до манифестации наблюдается увеличение тяжести проявлений аффективных расстройств



Шизоаффективное расстройство. Маниакальный тип (F25.0)

Диагностические критерии:

- A.** сочетание шизофренических симптомов с симптомами маниакального состояния:
- a)** приподнятое настроение с идеями собственной переоценки, величия.
 - b)** менее приподнятое настроение с повышенной раздражительностью и/или возбуждением в сочетании с агрессивным поведением и персекуторными идеями.
 - c)** наличие, по меньшей мере, одного (предпочтительнее - двух) типичного шизофренического симптома.
- B.** применяется как при единичном шизоаффективном эпизоде маниакального типа, так и для рекуррентного расстройства, в котором большая часть эпизодов - шизоаффективного маниакального типа



Шизоаффективное расстройство. Депрессивный тип (F25.1)

Диагностические критерии:

- A.** сочетание шизофренических симптомов с симптомами депрессивного состояния:
- a)** Выраженная депрессия, проявляющаяся, по меньшей мере, двумя депрессивными симптомами или депрессивным поведением, как описано в рубрике **F32** (сниженное настроение дольше 2 недель, утрата интересов и удовольствий; снижение способности концентрации внимания; заниженные самооценка и уверенность в себе; идеи вины и самоуничужения; мрачное, пессимистическое видение будущего; идеи и действия самоповреждения или суицидальные; нарушения сна; сниженный аппетит).
 - b)** Наличие, по меньшей мере, двух типичных шизофренических симптомов с депрессивной окраской
- B.** Применяется как при единичном шизоаффективном эпизоде депрессивного типа, так и для рекуррентного расстройства, в котором большая часть эпизодов - шизоаффективного депрессивного типа



Шизоаффективное расстройство. Смешанный тип (F25.2)

Диагностические критерии:

A. сочетание симптомов шизофрении (F20) с одновременно возникающими симптомами смешанного биполярного аффективного расстройства (F36.1)

Примеры диагнозов:

F25.21 Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, смешанный (биполярный) аффективный тип

F25.22 Смешанный психоз как циркулярный вариант приступообразной шизофрении

F25.28 Другое шизоаффективное состояние со смешанными биполярными расстройствами



1. Дифференциальный диагноз

| Шизоаффективное расстройство (психоз) | БАР (МДП) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ремиссия характеризуется преобладанием шизоидных черт и нерезко выраженным снижением прежней социальной активности. | <ul style="list-style-type: none">• Характерна ремиссия (интермиссия) с восстановлением личностной структуры циклоидного типа. |
| <ul style="list-style-type: none">• Сезонность не характерна, суточные колебания настроения резко не выделяются в кл. картине. | <ul style="list-style-type: none">• Характерна сезонность обострений; суточные колебания настроения. |

2. Дифференциальный диагноз

| Шизоаффективное расстройство (психоз). | Рекуррентная (циркулярная) шизофрения. |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Развитие расстройства более характерно при шизоидной структуре личности. | <ul style="list-style-type: none">○ Развивается чаще у лиц гипертимного склада, с акцентуацией признаков дизонтогенеза. |
| <ul style="list-style-type: none">○ На высоте развития приступа формируются шизофренические бредовые расстройства | <ul style="list-style-type: none">○ Полное развитие приступа характеризуется формированием онейроидной кататонии. |
| <ul style="list-style-type: none">○ Длительный катамнез не обнаруживает прогрессивности. | <ul style="list-style-type: none">○ Прослеживается прогрессивность заболевания с усложнением психопатологической картины в последующих приступах |



Общие аспекты лечения

- При первичном выборе антипсихотика следует учитывать особенности неврологического и соматического состояния пациента.
- При отсутствии ургентных показаний (острый психоз, сильное возбуждение) дозировку антипсихотика обычно повышают постепенно до достижения терапевтического результата или развития выраженных побочных эффектов.
- Для оценки переносимости препарата, перед началом лечения иногда вводят небольшую тестовую его дозировку.
- При наличии в клинической картине выраженных циркулярных или маниакальных компонентов рекомендуется назначение нормотимических средств, анксиолитиков.
- При наличии выраженного депрессивного аффекта, обоснованным будет присоединение антидепрессантов в дозировках достаточных для купирования патологически измененного аффекта, при этом учитывается возможность обострения других продуктивных расстройств, поэтому предпочтительно применение антидепрессантов с седативным компонентом действия.



В ходе терапии при назначении антипсихотиков, важно учитывать средние суточные дозировки.

| Препарат | Дозировки | | |
|---|-----------|---------|----------|
| | малые | средние | высокие |
| <i>Алимемазин (терален)</i> | 25-40 | 40-75 | 75-100 |
| <i>Галоперидол (сенорм)</i> | 5-10 | 10-30 | 30-100 |
| <i>Зуклопентиксол(клопиксол)</i> | 10-30 | 30-75 | 75-150 |
| <i>Карбидин</i> | 50-75 | 75-100 | 100-200 |
| <i>Кветиапин (сероквель)</i> | 100-300 | 300-600 | 600-750 |
| <i>Клозапин (лепонекс, азалептин)</i> | 50-100 | 100-300 | 300-600 |
| <i>Певомепромазин (тизерцин)</i> | 50-100 | 100-400 | 400-600 |
| <i>Оланзапин (зипрекса)</i> | 5-10 | 10-15 | 15-20 |
| <i>Перициазин (неулепгил)</i> | 30-50 | 50-75 | 75-100 |
| <i>Перфеназин (этаперазин)</i> | 20-40 | 40-75 | 75-100 |
| <i>Пипотиазин (пипортил)</i> | 30-60 | 60-90 | 90-120 |
| <i>Рisperидон (рисполепт)</i> | 2-4 | 4-6 | 6-8 |
| <i>Сульпирид (эглонил)</i> | 200-400 | 400-600 | 600-2000 |
| <i>Сультоприд (топрал)</i> | 100-300 | 300-600 | 600-1200 |
| <i>Тиаприд (тиапридал)</i> | 100-200 | 200-400 | 400-600 |
| <i>Тиопроперазин (мажептил)</i> | 5-20 | 20-40 | 40-60 |
| <i>Тиоридазин (меллерил, сонапакс)</i> | 50-100 | 100-200 | 200-600 |
| <i>Трифлуоперазин (трифтазин, стелазин)</i> | 5-15 | 15-50 | 50-100 |
| <i>Флупентиксол (флюанксол)</i> | 3-10 | 10-10 | 40-150 |
| <i>Флуфеназин (модитен)</i> | 3-10 | 10-15 | 15-20 |
| <i>Хлорпромазин (аминазин)</i> | 50-150 | 150-500 | 500-1000 |
| <i>Хлорпротиксен</i> | 30-60 | 60-100 | 100-300 |



Антипсихотики распределяются по воздействию на спектр психопатологической симптоматики.

| Препарат | Седативное действие | Антипсихотическое действие | Антибредовое действие |
|---|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| Преимущественно с седативным действием (седативные антипсихотики) | | | |
| Хлорпромазин (аминазин) | ++++ | ++ | ++ |
| Левомепромазин (тизерцин) | ++++ | ++ | + |
| Тиоридазин (меллерил, сонапакс) | +++ | + | + |
| Хлорпротиксен | +++ | ++ | + |
| Зуклопентиксол (клопиксол) | +++ | +++ | +++ |
| Перициазин (неулептил) | +++ | + | + |
| Алимемазин (терален) | ++ | + | + |
| Тиаприд (тиапридал) | ++ | + | + |
| Преимущественно с антипсихотическим действием (инцизивные антипсихотики) | | | |
| Трифлуоперазин (трифтазин, стелазин) | ++ | +++ | ++++ |
| Галоперидол (сенорм) | ++ | +++ | ++++ |
| Сультоприд (топрал) | ++ | +++ | +++ |
| Флуфеназин (модитен) | + | +++ | +++ |
| Перфеназин (этаперазин) | ++ | ++ | ++ |
| Флупентиксол (флюанксол) | + | +++ | ++ |
| Пипотиазин (пипортил) | + | +++ | +++ |
| Тиопроперазин (мажептил) | + | ++++ | ++ |
| Преимущественно со стимулирующим действием (дезингибирующие антипсихотики) | | | |
| Сультиприд (эглонил) | - | ++ | + |
| Карбидин | - | + | + |
| Атипичные антипсихотики | | | |
| Клозапин (лепонекс, азалептин) | ++++ | +++ | +++ |
| Кветиапин (сероквель) | + | ++ | +++ |
| Оланзапин (зипрекса) | + | ++ | +++ |
| Рisperидон (рисполепт) | ++ | +++ | +++ |

Примечание: ++++ - сильное (максимально выраженное) действие; +++ - выраженное; ++ - умеренное; + - слабое; - - отсутствует.



При возникновении побочных экстрапирамидных эффектов, для их купирования прибегают к назначению корректоров холинолитического действия.

| Препарат | Среднесуточные дозировки (мг) |
|---|-------------------------------|
| Бенактизин (амизил) | 3-8 |
| Бипериден (акинетон) (в/м, в/в) | 2-10 |
| Толперизон (мидокалм) | 100-450 |
| Тригексифенидил (циклодол, паркопан, ромпарк) | 5-20 |



В терапии маниакального типа шизоаффективного расстройства подключаем нормотимические средства в комбинации с другими ЛС в зависимости от текущего состояния пациента.

| Клинические проявления | Первая линия выбора | Вторая линия выбора |
|---|---|---|
| <i>Гипомания</i> | Только стабилизатор настроения | Стабилизатор настроения + бензодиазепины |
| <i>Мания</i> | Только стабилизатор настроения или стабилизатор настроения + бензодиазепины | Стабилизатор настроения + антипсихотик |
| <i>Смешанная или дисфорическая мания</i> | Только стабилизатор настроения | Стабилизатор настроения + бензодиазепины или стабилизатор настроения + антипсихотик |
| <i>Психотическая мания</i> | Стабилизатор настроения + антипсихотик | Стабилизатор настроения + антипсихотик + бензодиазепины |



Осуществление выбора нормотимического средства при обострении маниакального состояния.

| Текущая терапия | Первая линия выбора | Вторая линия выбора |
|---------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Литий | ВПА (Депакин Хроно), Карбамазепин | |
| ВПА | Литий | Карбамазепин |
| Литий+ВПА (Депакин Хроно) | Карбамазепин | Габапентин |
| Карбамазепин | Литий, ВПА | |
| Ламотриджин | Литий, ВПА (Депакин Хроно) | Карбамазепин |
| Габапентин | Литий, ВПА (Депакин Хроно) | Карбамазепин |

Терапевтическая стратегия при обострении маниакальной симптоматики во время поддерживающей терапии.

| Текущая терапия | Первая линия выбора | Вторая линия выбора |
|--|--|--|
| Литий, низкие дозы | Увеличение дозы лития | Увеличение дозы лития или добавление другого стабилизатора настроения (ВПА) |
| Литий, высокие дозы | Добавить другой стабилизатор настроения или применить дополнительные методы терапии | |
| ВПА (Депакин Хроно), низкие дозы | Увеличить дозу ВПА | Увеличить дозу ВПА или добавить другой стабилизатор настроения |
| ВПА (Депакин Хроно), высокие дозы | Добавить другой стабилизатор настроения или дополнительные способы лечения. | |
| Литий и ВПА в максимально переносимой дозе | Добавить другой стабилизатор настроения или использовать дополнительные методы лечения | |
| Карбамазепин | Увеличить дозу карбамазепина | Увеличить дозу карбамазепина и/или дать другой стабилизатор настроения, или продолжить прием карбамазепина в той же дозировке, но добавить дополнительные методы терапии |
| Ламотриджин | Добавить иной стабилизатор настроения | Увеличить дозу и/или дать другой стабилизатор настроения, или применить дополнительную терапию |



В терапии депрессивного типа шизоаффективного расстройства подключаем антидепрессанты в комбинации с другими ЛС в зависимости от текущего состояния пациента.

Антидепрессанты – с дополнительно седативным эффектом:

- Амитриптилин Миансерин (леривон) Миртазапин (ремерон) Дулоксетин (симбалта) Флувоксамин (феварин)

Антидепрессанты сбалансированного действия:

- Мапротилин (лудиомил) Венлафаксин (велафакс, велаксин) Сертралин (золофт) Пароксетин (паксил) Пирлиндол (пиразидол) Кломипрамин (анафранил)

Антидепрессанты – с дополнительно стимулирующим эффектом:

- Имипрамин (мелипрамин) Милнаципран (иксел) Моклобемид (аурорикс) Флуоксетин (прозак)

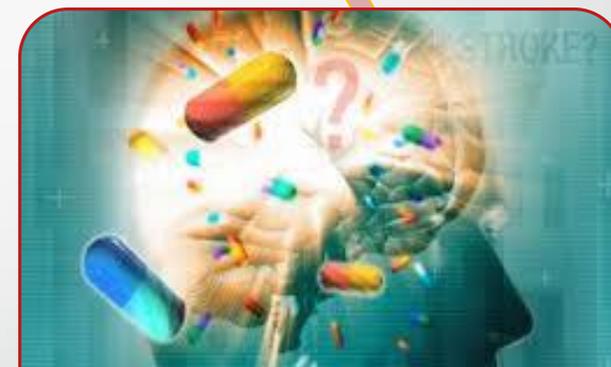


Терапия направлена:



Воздействие на активную психопroduкцию

В период медикаментозного улучшения- старт мероприятий по психосоциальной реабилитации



Воздействие на аффективную симптоматику (депрессивный или маниакальный аффекты).

Предотвращение формирования психического дефекта, явлений госпитализма.

К психофармакотерапевтическому, подключаются различные виды психосоциального вмешательства:

- Социотерапия
- Индивидуальная и групповая психотерапия
- Трудотерапия в условиях ЛТМ
- Стимуляция социальной активности, навыков повседневной жизни
- Культтерапия.



Приспособление больного к условиям жизни в обществе и трудовой деятельности во внебольничных условиях.

Преобладают различные виды психосоциального воздействия со стимуляцией социальной активности больных.

- Группы поддержки (эмоциональная).
- Способствующая самоутверждению поддержка.
- Организационно-методическая поддержка.
- Психообразовательная работа с больными и их ближайшим окружением.



Более полное восстановление индивидуальной и общественной ценности пациента.

Различные виды психосоциального воздействия на микросоциальном уровне - направлены на работу с ближайшим социальным окружением.

- Психообразовательный подход.
- Активизация естественной сети социальной поддержки.
- Создание искусственной социотерапевтической среды (у лиц, утративших социальные связи).
- Группы самопомощи, социальные клубы.



Благодарю за внимание

