

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



## 2. Дифференциальный диагноз

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



# Общие аспекты лечения

- При первичном выборе антипсихотика следует учитывать особенности неврологического и соматического состояния пациента.
- При отсутствии urgentных 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>Рисперидон (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
<b>Преимущественно с седативным действием (седативные антипсихотики)</b>			
Хлорпромазин (аминазин)	++++	++	++
Левомепромазин (тизерцин)	++++	++	+
Тиоридазин (меллерил, сонапакс)	+++	+	+
Хлорпротиксен	+++	++	+
Зуклопентиксол (клопиксол)	+++	+++	+++
Перициазин (неулептил)	+++	+	+
Алимемазин (терален)	++	+	+
Тиаприд (тиапридал)	++	+	+
<b>Преимущественно с антипсихотическим действием (инцизивные антипсихотики)</b>			
Трифлуоперазин (трифтазин, стелазин)	++	+++	++++
Галоперидол (сенорм)	++	+++	++++
Сультоприд (топрал)	++	+++	+++
Флуфеназин (модитен)	+	+++	+++
Перфеназин (этаперазин)	++	++	++
Флупентиксол (флюанксол)	+	+++	++
Пипотиазин (пипортил)	+	+++	+++
Тиопроперазин (мажептил)	+	++++	++
<b>Преимущественно со стимулирующим действием (дезингибирующие антипсихотики)</b>			
Сультиприд (эглонил)	-	++	+
Карбидин	-	+	+
<b>Атипичные антипсихотики</b>			
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.**

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

**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

