

# Лекция №7

- 1.Эндогенные психические заболевания
- 2.Шизофрения
- 3.История учения
- 4.Этиология и патогенез
- 5.Роль генетического фактора в развитии заболевания
- 6.Диагностические указания
- 7.Клинические формы
- 8.Лечение и реабилитация больных
- 9.шизофренией

- Шизофрения - устойчивая проблема психиатрии:

1. довольно распространенное заболевание (примерно 10 человек на 1000 населения)
2. чаще всего поражает людей в цветущем, работоспособном возрасте 16-30 лет)
3. во многих случаях приводит к инвалидизации человека, резко затрудняет социальную адаптацию.

- Важность знания клиники шизофрении для врача любой специальности связана с тем, что целый ряд форм шизофрении является комплексом соматических расстройств, и такие больные обращаются за помощью в первую очередь не к психиатру, (в то же время - чем раньше при шизофрении оказывается специальная помощь - тем она более эффективна).

## Историческая справка

- Морель еще в 1857 году описал самостоятельное наследственное заболевание, начинающееся в юношеском возрасте и оканчивающееся слабоумием. Он называл его «ранним слабоумием» и рассматривал как один из этапов дегенерации.
- Кальбаум в 1874 году описывал психоз с мышечным оцепенением - кататонию, а Теннер в 1871 году описывал как самостоятельное своеобразное заболевание гебефрению с исходом в слабоумие.

- Маньян в 1878 году описывал- бредовое заболевание с неблагоприятным исходом.
- В 1892 году Э. Кренелин на основании изучения динамики психоза у нескольких десятков тысяч больных, выдвинул понятие «раннее слабоумие» объединив все варианты психоза, описанные до него, в качестве самостоятельных заболеваний.
- Этим было положено начало нозологического подхода в психиатрии.

- Наиболее существенными критическими оценками учения о раннем слабоумии были:
  1. неправомерность утверждения только раннего начала болезни
  2. фатального, неизбежного исхода в слабоумии.
  3. содержание самого понятия слабоумия при этом заболевании.
- Что касается третьего: dis при шизофрении отличаются от того, как «слабоумие» определяют в общей психопатологии (стойкое, необратимое уменьшение прежде всего интеллекта).
- В случаях шизофрении интеллектуальные функции изменяются своеобразно и неповторимо: происходит не только их дефицит, сколько дезинтеграция, нарушение внутреннего единства.

## Изменения личности

- Изменения личности определяются:
  1. снижением эмоциональности
  2. снижением активности личности, утратой волевых побуждений, поведенческих реакций
  3. резким снижением энергетических потенциалов
  4. аутизмом

- Отмечается особое изменение отношения личности к окружающему миру, при формально сохраненном интеллектуальном балансе.
- В ряде случаев, при окончании остро начавшегося процесса, у части больных столь незначительные изменения психики, что они способны продолжать социально полезную деятельность.



- В связи с вышесказанным, в 1911 году термин «раннее слабоумие» был заменен термином «шизофрения» (в ряде монографий упоминалась как «болезнь Блейлера»).
- Он положил в основу определения шизофрении не принцип исхода, а психопатологическое содержание, подчеркивая, что «шизофрения» объединяется «схизисом» - как расщепление психики.

- Согласно определению "МКБ -9" **шизофрения** определена как «шизофренические психозы»

— группа психозов, при которых наблюдаются

- существенные расстройства личности,
- характерное искажение мышления,
- чувство воздействия посторонних сил,
- бред, который может быть причудливым,
- расстройства восприятия,
- аффективные реакции, неадекватные реальной ситуации,
- аутизм, обычно при сохранности ясного сознания и интеллектуальных способностей.

- При шизофрении наблюдаются почти все психопатологические симптомы и синдромы, (которые проходили в разделе общей психопатологии).
- Исключения:
  - 1) расстройства памяти (амнестический синдром);
  - 2) эпилептиформные припадки;
  - 3) снижение интеллекта (слабоумие), столь характерные для органических поражений головного мозга;

- Однако ни один симптом или синдром не может являться специфическим только для шизофрении.
- Только (перечисленные выше) своеобразные изменения личности (снижение энергетического потенциала, эмоциональное обеднение, усиление аутизма) - специфические изменения, цементирующие все понятия шизофрении.

# Этиология и патогенез

- Несмотря на достижения психиатрии в области нейробиологии шизофрении и установление ключевых механизмов действия антипсихотических средств, причины и сущность данного заболевания остаются недостаточно понятными.
- Существуют две основные группы теорий этиопатогенеза шизофрении:
  - I биологические теории
  - II теории психогенеза.

# Биологические теории

- а) **Дофаминовая теория:** (основана на информации о двух группах психофармакологических данных)
- Клинически эффективные нейролептики разных групп - имеют общую способность блокировать постсинаптические D-2 рецепторы, причем, чем они выше, тем выше их клиническая эффективность.
  - Агонисты дофамина (типа амфитамина) могут вызывать психозы, схожие с параноидной шизофренией.
  - В соответствии с этой гипотезой, предполагается, что при шизофрении:
    - Повышается активность дофаминовой системы мозга
    - Увеличивается выделение дофамина
    - Увеличение дофаминовой нейротрансмиссии
    - Гиперчувствительность дофаминовых рецепторов

б) **аутоинтоксикационные теории** - их развитие связано с обнаружением в организме больных шизофренией разнообразных (белковых низкомолекулярных) токсических субстанций, дающих нейрогенные эффекты.

- Действительно, присутствие таких веществ в физиологических жидкостях больных шизофренией очевидно, однако остается неясным, являются ли они первичным элементом биологических нарушений при шизофрении, или такая интоксикация - результат нарушения центральных механизмов регуляции метаболизма, (вторичный элемент).

в) **серотониновая теория** -

недостаточность серотонинэргической нейротрансмиссии (родилась при анализе наблюдений за давлением ЛСД - который является блокатором серотониновых рецепторов)



## г) **Норадренергическая гипотеза**

- предполагает, что в основе распространения шизофрении лежит дегенерация норадренергических нейронов (в основном наблюдение за эффектами 6-оксидофамина, нейротоксина, поражающего норадренергические нейроны).
- По мнению авторов, дефицит норадренергической трансмиссии острых состояний при шизофрении, так и развитие дефектных состояний.

д) В последнее время усилился интерес с **глутаминэргической системе** (дисфункция при шизофрении), а также **ГАМК-эргической системе** (гипоактивность при шизофрении).

## ■ **Иммунологические гипотезы**

- сначала происходит выработка в организме больных шизофренией антител против мозговых антигенов.
- Затем, развивая теорию, ученые обнаружили при шизофрении два генетически детерминированных нарушения:
  - 1) наличие антитимоцитарных антител;
  - 2) снижение функции Т- лимфоцитов - супрессоров.
- Все это приводит к активизации гуморального иммунитета с образованием антител к компонентам нервной ткани.

## ■ Дезонтогенетическая теория.

### Сущность:

- влияние генетических, токсических, вирусных и т.д. факторов в перинатальном периоде провоцирует определенные структурные изменения мозга,
- это ведет:
  - к незрелости клеточных систем, искажению их развития,
  - к образованию «ошибочных связей» в НС (без глубоких морфологических дефектов)
- Такие отклонения на клеточном уровне, по мнению авторов теории - основа для распространения шизофрении.

## ■ **Генетическая гипотеза**

- изучение семей пробандов, страдающих шизофренией, убедительно показало накопление в них случаев психозов и аномалий личности или «расстройств шизофренического спектра».
- В таких семьях помимо выраженных случаев манифестных психозов, описана широкая гамма переходных форм болезней и промежуточных вариантов (вялотекущие формы, шизоидные психопатии).
- Главный вопрос состоит в том, как наследственное предрасположение определяет манифестную шизофрению, и через какие конкретные биологические механизмы осуществляется ее патогенез при разных формах.

- Национальная Российская классификация дифференцирует шизофрению в зависимости от:

- 1) типа течения;

- 2) степени прогрессивности;

- 3) синдромальной характеристики.

# Шизофрения:

## I. непрерывнотекущая (прогредиентная)

### 1. глубокопрогредиентная (злокачественная):

- а) параноидная
- б) пататоническая
- в) гебефреническая
- г) простая.

### 2. среднепрогредиентная (параноидная):

- а) бредовый вариант
- б) галлюцинаторный вариант

### 3. малопрогредиентная (вялотекущая):

- а) неврозоподобная
- б) психопатоподобная
- в) простая

## II. Рекуррентная (периодическая):

1. с разными видами приступов
2. с однотипными приступами.

## III. Приступообразно-прогредиентная:

1. злокачественная
2. близкая к параноидной
3. близкая к вялотекущей.

## IV. особые формы шизофрении:

1. паранойяльная
2. Фебрильная
3. атипичный затяжной пубертатный приступ.



- В отличие от отечественной систематизации шизофрении, (основанной на клинико-динамических характеристиках), МКБ-10 основана в основном на синдромальном принципе.

## Общие диагностические указания:

1. эхо мысли, вкладывание и (или) отнятие мысли, передача мысли на расстоянии.
2. бред овладения, воздействия, бездействия, относящийся ко всему телу или конечностям, мыслям, действиям, ощущениям; бредовые восприятия.
3. Галлюцинаторные голоса, комментирующие или обсуждающие поведение больного; другие типы голосов, идущих из разных частей тела.
4. устойчивые бредовые идеи, совершенно невозможные по содержанию, не свойственные культуральной среде.

5. устойчивые галлюцинации разных сфер чувств, в сопровождении нестойкого полуоформленного бреда с неясной аффективной окраской, или устойчивыми идеями в течение недель или месяцев.
6. разорванность мыслей или «параллельные мысли», выраженные в несвязной речи или неологизмах.
7. Кататонические расстройства (возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор).
8. негативные симптомы (не обусловленные депрессией или лечением нейролептиками):
  - 1) апатия
  - 2) бедность или неадекватность эмоциональных реакций
  - 3) социальная отгороженность
  - 4) социальная непродуктивность.

9. Достоверные и выраженные изменения общего качества поведения, проявляющееся:

а) потерей интересов

б) бесцельностью

в) погруженностью в собственные переживания (аутизмом).

- Обычным требованием, достаточным для диагноза, является наличие одного четкого или двух менее четких симптомов из группы 1-4, или 2 симптомов из группы 4-8

10. Продромальные нарушения:

а) утрата обычных интересов

б) пренебрежение правилами личной гигиены

в) генерализованная тревога

г) легкие депрессивные расстройства (преимущественно депрессивного характера)

- К типам клинических форм шизофрении относят в МКБ-10:
  - а) непрерывный
  - б) эпизодический с нарастающим дефектом
  - в) эпизодический со стабильным дефектом
  - г) эпизодический ремиттирующий.

- Характер ремиссии в МКБ-10:

- а) полная ремиссия

- б) неполная ремиссия

- в) отсутствие ремиссии

- г) другой тип ремиссии.

## Параноидная форма (диагностические критерии):

- критерии, общие для групп шизофрении (1-10)
- бред преследования, воздействия, отношения, особого предназначения, телесных изменений, ревности.
- слуховые галлюцинации: вербальные (угрожающего и/или императивного характера) невербальные (смех, свист и т.д.)
- галлюцинации обонятельные, тактильные, вкусовые, общего чувства, реже - зрительные.

- неотчетливо выраженные эмоциональные, волевые, речевые, кататонические расстройства.
- в острых состояниях нарушения мышления могут затушевывать бредовые и/или галлюцинаторные переживания.
- возраст начала - обычно третий десяток жизни.
- **ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ:**
  - эпизодический (с полной или неполной ремиссией)
  - непрерывный.



# Гебефреническая форма (диагностические критерии)

- общие для групп шизофрении (1-10).
- возраст начала - подростковый (15-25 лет)
- злокачественное течение с быстрым развитием НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ.
- выраженные нарушения поведения, влечений, побуждений.
- неадекватный, уплощенный, нередко приподнятый аффект (дурашливость).
- разорванное мышление и речь.
- указанные признаки должны наблюдаться не менее 2-3 месяцев.
- **ТИПЫ течения** - эпизодический или непрерывный.

# Кататоническая форма (диагностические критерии)

- общие для групп шизофрении (1-10).
- обязательные и доминирующие расстройства:
  - а) ступор
  - б) возбуждение с беспорядочными движениями
  - в) застывание
  - г) негативизм
  - д) ригидность
  - е) восковая гибкость
  - ж) зхолоалия, вербигерация.
- для неконтактных больных с кататоническими нарушениями диагноз устанавливается условно (с учетом других возможных причин развития кататонии).
- Кататонические симптомы могут сопровождаться онейроидными переживаниями (кататоническими при рекуррентной шизофрении)
- **типы течения** - приступообразно прогрессивный или непрерывный.

## Недифференцированная форма (диагностические критерии)

- общие для групп шизофрении (1-10).
- наличие полиморфных психотических состояний (кататоно-галлюцинаторных, бредовых и т.д.)
- такие состояния - не отвечают критериям:
  - а) параноидной, гебефренной, кататонической шизофрении
  - б) резидуальной шизофрении, или постшизофренической депрессии.

## Постшизофреническая депрессия

- у больного наблюдались общие \_\_\_\_\_ диагностические критерии (1-10) не менее 12 предыдущих месяцев.
- присутствие отдельных симптомов шизофрении не доминирует в состоянии больного.
- симптомы депрессии отвечают соответствующим критериям и наблюдаются по крайней мере две недели.

# Остаточная (Резидуальная) шизофрения (диагностические критерии)

- отчетливые негативные симптомы шизофрении (соответствуют понятию стойкого шизофренического дефекта в том числе конечного состояния):
  - а) снижение психомоторной и другой активности
  - б) речевое оскудение
  - в) оскудение мимики
  - г) снижение способности к самообслуживанию
  - д) снижение социальных контактов.
- наличие в прошлом хотя бы одного ясно очерченного эпизода, соответствующего критериям, общим для шизофрении (1-10).
- период, как минимум 1 год, когда интенсивность и частота ярких психотических симптомов минимальна и на первое место выступают негативные симптомы.

## Простая шизофрения (диагностические критерии)

---

- постепенно усиливаются негативные симптомы шизофрении, сходные с предыдущими грубыми изменениями поведения.
- отсутствие сведений о сколько-нибудь четко очерченных психотических эпизодах.

## Другой тип шизофрении

---

- диагноз для:
  - ипохондрической,
  - сенестопатической,
  - детской,
  - атипичной форм шизофрении.

- Расстройствам которые в отечественном варианте МКБ-9 относятся к вялотекущей или малопрогрессиентной шизофрении, в МКБ-9 соответствуют (в зависимости от конкретных проявлений):
  1. латентная шизофрения
  2. шизофреническая реакция
  3. псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения
  4. псевдопсихопатическая шизофрения
  5. «бедная симптомами» шизофрения
  6. шизотическое расстройство личности.



# Лечение и реабилитация при шизофрении

- Прежде всего используется психотерапия, подразделяющаяся:
  1. активная (купирующая проявления болезни в период ее манифестации, приступа)
  2. поддерживающая (сохранение улучшения, стабилизация состояния).
  3. профилактическая (удлинение ремиссии и предотвращение рецидива).

- Помимо психофармакотерапии, используются другие биологические методы терапии:
  - электросудорожная
  - инсулинкоматозная.

- Сегодня существует огромное количество психофармакологических средств (постоянно выделяются новые, особенно нейролептики), в том числе пролонгированного действия, что позволяет совершенствовать лечение, преодолевать терапевтическую резистентность).

# Основные методы лечения различных форм шизофрении:

- 1) **непрерывно текущая злокачественная** (наиболее резистентная к терапии):
  - В выборе тактики ориентируются не на возможность излечения больных, а на снижение выраженности их психотических расстройств, их дезактуализацию.
  - Для воздействия на полиморфную кататоно-гебефренную, кататоно-галлюцинаторную, кататоно-галлюциторно-параноидную симптоматику, необходимы мощные антипсихотики, со способностью воздействовать и на расстройства негативного круга.

- **Рекомендуется использовать:**

- 1) производные фенотиазина:

- (аминазин) в суточных дозах - 600-800 мг.

- 2) бутирофеноновые соединения:

- галоперидол - 30-40 мг в день,
- мажептил - 10-40 мг в сутки,
- стелазин - 40-60 мг в сутки.

- Во избежание развития при их длительном применении побочных эффектов (вплоть до дискинезии) - необходимо одновременно назначение корректоров (типа циклодола).

- При лечении **прогредиентной (параноидной)** шизофрении выбор психофармакотерапии зависит от формы (непрерывной, приступообразной) и стадии болезни.
- При непрерывном течении (с выраженной клиникой как бредовой, так и галлюцинаторной её разновидностей) эффект наступает только после длительного непрерывного лечения.

- Назначать необходимо высокие дозы нейролептиков:
  - а) с выраженным антипсихотическим действием (топрал, триседил, галоперидол)
  - б) избирательным антибредовым или антигаллюцинаторным действием (стелазин, этаперазин).
- Для повышения эффективности терапии, используются разные сочетания этих нейролептиков и путей их введения.

- На этапах усложнения галлюцинаторно-бредовых расстройств, психического автоматизма, указанные выше нейролептики необходимо комбинировать с нейролептиками седативного действия (внутримышечно аминазин до 300 мг в день, тизерцин 200-300 мг в день, клозепин 100-150 гр в день).
- Эффективность терапии повышает и добавление солей лития, бензодиазепиновых транквилизаторов.



- При лечении приступообразно - прогредиентной (шубообразной) шизофрении в первую очередь необходимо быстро купировать остроту состояния с одновременным и последующим редуцированием актуальности галлюцинаторно-бредовых расстройств.

- Выбор конкретной психофармакологической тактики зависит от структуры бредового психоза и механизмов его образования:
  - а) если острые бредовые и галлюцинаторные расстройства развиваются после экзогенной провокации, определяются аффектом страха, тревоги, то купирование острого психоза происходит критически, в течение 1-3 дней, (реже -1-2 недель), без резкого повышения интенсивной терапии.
- **Показаны** нейролептики с выраженным общим седативным влиянием:
  - галоперидол 5-10 мг в умеренных, подчас малых суточных дозах.

б) если галлюцинаторно-бредовые расстройства определяются механизмами аутохтонного развития приступа с параноидом и тенденцией к парафренизации, то требуется комбинация седативных нейролептиков с препаратами антибредового, антипсихотического действия, (купирование таких приступов проводится парентеральным введением более высоких доз нейролептиков:

- галоперидол 15-30 мг в сутки,
- трифлуперазин 15-20 мг в сутки).
- Редукция бредовых расстройств наступает в гораздо более поздние сроки (от 3-4 недель до 2-3 месяцев).

- Лечение шизоаффективных вариантов рекуррентной шизофрении учитывая остроту характерных состояний (выраженная растерянность, нарастающая генерализация расстройств от аффективной до чувственного бреда и онейроида), на первых этапах предполагает использование нейролептиков с выраженным седативным эффектом.
- В дальнейшем возможно присоединение умеренных доз стелазина (до 20 мг в сутки) или галоперидола (до 15 мг в сутки).
- В случае их неэффективности можно снизить остроту состояния и психомоторное возбуждение с помощью клозепина (азалептин) до 200 мг в день внутримышечно.

- При шизоаффективных вариантах сочетание галлюцинаторно-бредовых и кататонических расстройств с циркуляторным аффектом обуславливает комбинирование:
  - а) нейролептиков седативного действия (тизирцин),
  - б) препаратов антибредового и антигаллюцинаторного действия (стелазин, респирадон), а также:
  - в) нейролептиков выраженного антипсихотического действия с седативным эффектом (галоперидол, топрал) с:
    - 1) антидепрессантами (при депрессивном аффекте)
    - 2) солями лития, (при маниакальном аффекте).

- **Лечение вялотекущей шизофрении** –  
ведется в основном психотропными  
средствами, у больных с  
преобладанием клинической картины  
неврозоподобных и истерических  
расстройств,  
■ подключают психотерапию.

- Методика лечения определяется активностью болезненного процесса:

а) в активном периоде болезни выбор терапии определяется тяжестью процессуальной симптоматики,

- лекарственные средства подбираются в зависимости от структуры психических расстройств,

- в случаях резистентности прибегают к интенсивной терапии (парентеральному внутримышечному, внутривенно-капельному введению)

б) в период стабилизации болезненного процесса, болезненные процессы закрепляются в структуре личности и нечувствительны к психофармакотерапии.

- В таких случаях эффект лекарственных средств направлен на:
  - 1) снижение эмоционального напряжения интенсивности резидуальных невротических расстройств.
  - 2) снижение вегетативной симптоматики, мнительности, сенситивности,
- отсюда вытекает сочетание малых доз нейролептиков с транквилизаторами и антидепрессантами.