

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____

Должецкая Д.О.
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Обсессивно-компульсивное расстройство»

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	6/6
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/5 отлично

Дата: «27» 12 _____ 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Должецкая Д.О.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Обсессивно-компульсивное расстройство»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Должецкая Д.О

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М.А

Красноярск 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ:	3
Введение	3
Актуальность	3
Этиология и патогенез.....	5
Клиническая картина.....	7
Классификация ОКР	7
Критерии установления диагноза/состояния	8
Дифференциальный диагноз	9
Лечение	9
Вывод.....	9
Используемая литература.....	11

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями, образами, импульсами или идеями (обсессиями), обычно вызывающими беспокойство или страдание (дистресс), а также повторяющимися идеаторными (мыслительными) или поведенческими феноменами (компульсиями), сопровождающимися ощущением необходимости их выполнить либо в соответствии с обсессиями, либо согласно определенным правилам, которые необходимо соблюдать для достижения чувства «завершённости действия».

Проблема навязчивых состояний привлекала внимание клиницистов уже в начале XVII в. Впервые они были описаны Платтером в 1617 г. В 1621 г. Е.Бартоном был описан навязчивый страх смерти. Упоминания о навязчивостях встречаются в трудах Ф. Пинеля (1829). И. Балинский предложил термин «навязчивые представления», укоренившийся в русской психиатрической литературе. В 1871 г. Вестфаль ввел термин «агорафобия», обозначающий страх пребывания в общественных местах. М. Легран де Соль (1875), анализируя особенности динамики ОКР в форме «помешательства сомнений с бредом прикосновения, указывает на постепенно усложняющуюся клиническую картину - навязчивые сомнения сменяются нелепыми страхами «прикосновения» к окружающим предметам, присоединяются двигательные ритуалы, выполнению которых подчиняется вся жизнь больных. Однако лишь на рубеже XIX—XX вв. исследователям удалось более или менее четко описать клиническую картину и дать синдромальную характеристику обсессивно-компульсивных расстройств.

В настоящее время практически все навязчивые состояния объединены в Международной Классификации Болезней под понятием «обсессивно-компульсивного расстройства».

Актуальность

ОКР является хроническим и потенциально инвалидирующим заболеванием со значительными негативными социальными и экономическими последствиями.

Международные эпидемиологические исследования показывают, что его распространенность составляет от 1,9 до 3,3% населения. Считается, что мужчины и женщины поражаются примерно в равной степени.

Заболевание, как правило, развивается в подростковом и молодом возрасте, что значительно затрудняет дальнейшую социальную адаптацию пациента (приобретение социальных связей, навыков, необходимой квалификации). Частота заболевания, тяжесть симптоматики, частая хронизация и последующая инвалидизация подчеркивают социальную и клиническую значимость исследований по проблематике ОКР.

Таким образом, по этим причинам актуальность данной темы является обоснованной.

Этиология и патогенез

На развитие ОКР оказывают влияние как **генетические факторы**, так и **факторы окружающей среды**. Многочисленные исследования подтверждают участие кортико-стриатоталамо-кортикальной системы в патофизиологии расстройства. Другие отделы головного мозга также участвуют в патогенезе ОКР.

Близнецовые исследования и исследования семей с ОКР подтвердили наличие большого **наследственного компонента** в этиопатогенезе ОКР. При этом больший вес генетических факторов был отмечен при манифесте ОКР в детском возрасте, чем во взрослом. Конкретные гены и группы генов, влияющие на вероятность развития ОКР, неизвестны, хотя исследования в этой области продолжаются.

На вероятность развития ОКР, по-видимому, влияют несколько факторов **окружающей среды**, но причинно-следственные связи на данный момент надежно не верифицированы. В качестве подобных факторов можно выделить следующие. Манифест или обострение ОКР у некоторых детей было связано с аутоиммунным процессом, известным как «ПАНДАС», связанным со стрептококковой инфекцией типа А. Предполагается, что в рамках ПАНДАС симптомы ОКР вызываются аутоиммунной реакцией на бетагемолитические стрептококки группы А, что приводит к повреждению базальных ганглиев. Важно отметить, что другие инфекционные агенты также могут вызвать сходное состояние – «педиатрический острый нейропсихиатрический синдром».

Предменструальный и послеродовой периоды могут привести к манифесту или обострению ОКР, в связи с чем существует предположение о том, что гормональные колебания могут играть этиологическую роль в развитии ОКР.

У взрослых пациентов описано развитие ОКР после травматических событий, в связи с чем высказывается предположение, что острая реакция на стресс может служить «пусковым фактором» для данного расстройства. Существуют описания множества случаев развития ОКР после неврологических повреждений (ОНМК, ЧМТ), которые затрагивали КСТКС. Кроме того, показано, что нейрохирургические вмешательства в областях КСТКС могут уменьшать интенсивность и частоту возникновения симптомов ОКР у взрослых. В экспериментах у животных было показано, что нарушение работы этой системы приводит к поведению, схожему с ОКР.

В нейровизуализационных исследованиях выявлены анатомические аномалии в КСТКС у пациентов с ОКР. Несмотря на наличие противоречивых результатов в мета-анализах, в целом в большинстве работ отмечаются аномалии в орбитофронтальной коре (ОФК), передней поясной извилине (ППИ) и стриатуме. Мета-анализ нескольких нейровизуализационных исследований также обнаружил аномалии в дорсомедиальной префронтальной коре, нижней лобной извилине и мозжечке. В мета-анализе нейроанатомических данных, полученных в нескольких международных исследованиях, были обнаружены различные паттерны подкорковых нарушений у взрослых пациентов и детей с ОКР, в частности аномалии в бледном шаре и гиппокампе у взрослых и аномалии в зрительном бугре у детей. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) и функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) позволили выявить аномальную активность при ОКР в участках КСТКС, включая ОФК, ППИ и стриатум. Было обнаружено, что аномальная активность усиливается при провоцировании симптомов и нормализуется при успешном лечении. Исследования с использованием фМРТ при выполнении когнитивных задач показали наличие нарушений в работе КСТКС у пациентов с ОКР. Например, в нескольких исследованиях было обнаружено, что у пациентов с ОКР во время выполнения задач на последовательное обучение выявлялась активность в гиппокампе, в то время как у здоровых отмечалась активность в стриатуме.

Существуют предположения о роли серотониновой и (или) дофаминовой систем в патогенезе ОКР. Результаты фармакологических и нейровизуализационных исследований, направленных на проверку этих гипотез, оказались противоречивыми. Кроме того, в некоторых современных моделях предполагается, что симптомы ОКР прямо

или косвенно связаны с нарушениями глутаматергической нейротрансмиссии в кортикостриарных путях.

Клиническая картина

ОКР у пациентов проявляется в виде obsessions или compulsions, или и того, и другого одновременно. Причем исследования показывают, что именно сочетание в клинической картине obsessions и compulsions встречается чаще, чем каждый из синдромов по отдельности.

Obsessions – это повторяющиеся или неотвязные мысли, представления, или побуждения. Obsessions не приносят удовольствия и не воспринимаются как произвольные. Они назойливые, нежелательные, и большинство людей страдают или испытывают тревогу от их появления. Пациенты с ОКР стараются игнорировать, избегать, подавлять навязчивости, или нейтрализовать их другими мыслями или действиями (например, выполняя ритуалы).

Compulsions (ритуалы) – это повторяющееся поведение или идеаторные акты, которые человек совершает из чувства необходимости в связи с содержанием obsessions или в соответствии с правилами, требующими точности исполнения, или достижения чувства «завершенности», «полноты» выполнения. Целью является уменьшение дистресса, вызванного obsessions, или предотвращение нежелательных событий. При этом compulsions никаким реалистичным образом не связаны с этими «опасными» событиями или очевидно избыточны в сравнении с обычными действиями. Compulsions также могут выполняться для избавления от чувства «незавершенности» — например, необходимость многократного повторения действия, пока оно не будет выполнено «абсолютно правильно». Выполнение ритуалов не приносит удовольствия, хотя некоторые пациенты испытывают облегчение тревоги и дискомфорта.

Obsessions и compulsions могут быть различными по своей частоте и интенсивности – от 1-2 часов в день с их незначительной интенсивностью до постоянно присутствующих тягостных симптомов, значительно снижающих трудоспособность и (или) качество жизни. В момент появления obsessions или compulsions действий пациент может испытывать разнообразные эмоции. Так, некоторые больные ощущают выраженную тревогу, на высоте которой могут развиваться и повторяться приступы паники (психовегетативные пароксизмы). Другие пациенты сообщают о выраженном чувстве отвращения. При совершении ритуала, многие пациенты испытывают неприятное чувство «незавершенности» или неловкости, которые не прекращаются пока действия не будут выполнены (например, определенные предметы разложены «правильным» образом).

У многих пациентов с ОКР обнаруживаются ошибочные убеждения и установки, включая следующие:

– Утрированное чувство собственной ответственности за предстоящие события и склонность преувеличивать негативные последствия неудач.

– Перфекционизм и неспособность переносить неопределенность («низкая толерантность к неопределенности»).

– Переоценка роли и важности идеаторных феноменов (мыслей), например, вера в то, что наличие «плохих, запрещенных» мыслей также плохо, как и реальные действия.

– Убеждение в возможности и необходимости контролировать мышление.

Существует связь между ОКР и суицидальным поведением, частота возникновения суицидальных мыслей у больных ОКР на протяжении жизни – 63,5%, суицидальных попыток. Большому риску подвержены больные с наличием коморбидной психической патологией, симптомами депрессии и тревоги, суицидальными попытками в анамнезе. Часть пациентов испытывают навязчивый страх причинить вред окружающим, но нет данных о том, что они с большей вероятностью совершат агрессивный поступок, чем лица из общей популяции.

Пациенты с ОКР по-разному оценивают степень бессмысленности и чрезмерности своих навязчивых мыслей и ритуалов. Степень критичности к симптомам зависит от индивидуальных особенностей и может меняться по мере развития заболевания. В небольшом проценте случаев (менее 4%) при отсутствии критического отношения навязчивые мысли могут трансформироваться в бредовые – например, в случае с убежденностью пациента, что его мысли смогут причинить реальный вред другому человеку.

Развитие симптомов ОКР чаще постепенное, острое начало описано, например, после перенесенного инфекционного заболевания. Без лечения ОКР обычно приобретает хронический характер со стабилизацией и даже ослаблением симптомов. У некоторых пациентов течение носит эпизодический характер, в более редких случаях течение неблагоприятное – с утяжелением и усложнением симптоматики.

При ОКР часто формируется избегающее поведение, когда больные с ОКР избегают людей, вещей, мест, наличие которых усиливает obsessions и compulsions. Например, при страхе загрязнения такое поведение может распространяться на общественные места – рестораны, уборные – с целью уменьшения риска загрязнения или инфекции. Пациенты с навязчивыми мыслями агрессивного содержания могут ограничивать социальные взаимодействия. Избегающее поведение может охватывать разнообразные сферы жизни и значительно нарушать повседневное функционирование, трудоспособность и (или) качество жизни.

При отсутствии надлежащей терапии частота наступления ремиссии при ОКР у взрослых достаточно низкие – около 20%. Даже при активной терапии только малая часть пациентов со временем полностью выздоравливает.

Развитие ОКР приводит к ухудшению качества жизни, а также значительно нарушает социальную и трудовую адаптацию. Нарушения касаются многих аспектов жизненного уклада и зависят от остроты симптоматики. К ним, как правило, приводят следующие последствия obsessions или compulsions:

– время, затраченное на «прокручивание» навязчивых мыслей и выполнение ритуалов.

– избегающее поведение по отношению к ситуациям, провоцирующим усиление симптомов ОКР

– специфичные ограничения, связанные с фабулой (содержанием) симптомов.

Классификация ОКР

В международной классификации болезней 10-го пересмотра, адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999) ОКР выделены в отдельную рубрику F42 и включены в общий кластер невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48).

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления

Они могут принимать форму идей, мысленных образов или побуждений к действию, которые почти всегда причиняют страдание пациенту. Иногда идеи являются незаконченными, бесконечно рассматриваемыми альтернативами, связанными с неспособностью принять обычное, но необходимое решение, касающееся повседневной жизни. Связь между навязчивыми размышлениями и депрессией является особенно тесной, поэтому диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства следует отдать предпочтение лишь только в том случае, если навязчивые мысли возникают или удерживаются при отсутствии депрессивного эпизода.

F42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы)

Большинство компульсивных действий относится к очистке от загрязнения (в основном мытье рук), повторным проверкам для получения гарантии того, что потенциально опасная ситуация не может возникнуть, или соблюдению аккуратности и опрятности. В основе такого явного поведения лежит обычно боязнь опасности, которой может подвергнуться сам пациент или которой он может подвергнуть другого, и ритуальные действия являются безрезультатной или символической попыткой предотвратить опасность.

Другие категории

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное

Критерии установления диагноза/состояния

А. Как обсессии, так и компульсии (или оба вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Б. Обсессии (мысли, идеи или образы) и компульсии (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать:

1. Они воспринимаются больным, как возникшее в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами.

2. Они повторяются и неприятны; как минимум, одна obsессия или компульсия должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.

3. Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым obsессиям или компульсиям может быть незначительным. Как минимум должна быть одна obsессия или компульсия, сопротивление которой оказалось безуспешным.

4. Осуществление компульсивных актов и obsессивные мысли сами по себе не вызывают приятных ощущений. (Эта особенность должна быть ограничена от временного облегчения тревоги и напряжения).

В. Obsессии или компульсии вызывают дистресс или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Obsессии или компульсии не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30-F39).

Дифференциальный диагноз

Необходимо отличать ОКР от других заболеваний, при которых возникают навязчивости и ритуалы. В ряде случаев obsессивно-компульсивное расстройство необходимо дифференцировать с шизофренией, особенно когда obsессивные мысли необычны по содержанию (например, смешанные сексуальные и богохульные темы) или же ритуалы исключительно эксцентричны. Развитие вялотекущего шизофренического процесса нельзя исключить и при нарастании ритуальных образований, их стойкости, возникновении антагонистических тенденций в психической деятельности (непоследовательности мышления и поступков), однообразии эмоциональных проявлений. Затяжные obsессивные состояния сложной структуры необходимо отграничивать от проявлений приступообразной шизофрении. В отличие от невротических навязчивых состояний они обычно сопровождаются резко нарастающей тревогой, значительным расширением и систематизацией круга навязчивых ассоциаций, приобретающих характер навязчивостей «особого значения»: ранее индифферентные предметы, события, случайные замечания окружающих напоминают больным о содержании фобий, оскорбительных мыслях и приобретают тем самым в их представлении особое, угрожающее значение. В таких случаях необходимо обратиться к врачу-психиатру с целью исключения шизофрении.

Определенные трудности может также представлять дифференциация ОКР и состояний с преобладанием генерализованных расстройств, известных под названием синдрома Жиля де ля Туретта. Тики в таких случаях локализуются в области лица, шеи, верхних и нижних конечностей и сопровождаются гримасами, открыванием рта, высовыванием языка, интенсивной жестикуляцией. Исключить в этих случаях данный синдром помогают характерные для нее грубость двигательных расстройств и более сложные по структуре и более тяжелые психические нарушения.

Лечение

Всем пациентам с установленным диагнозом ОКР рекомендуется психофармакотерапия (ПФТ) и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ERT) с целью коррекции obsessивных и компульсивных симптомов. Большая часть пациентов положительно реагирует на один из этих методов лечения или их комбинацию, однако, у 40-60% пациентов сохраняются резидуальные (остаточные) симптомы даже после адекватных по продолжительности и интенсивности (дозированию) курсов лечения.

Из фармакологических препаратов при ОКР чаще всего используются серотонинергические антидепрессанты, анксиолитики (главным образом бензодиазепинового ряда), бета-блокаторы (для купирования вегетативных проявлений), ингибиторы MAO (обратимые) и триазоловые бензодиазепины (алпразолам). Анксиолитические препараты дают некоторое кратковременное облегчение симптомов, но их нельзя назначать более чем на несколько недель подряд. Если лечение анксиолитиками требуется на период более одного-двух месяцев, иногда помогают небольшие дозы трициклических антидепрессантов или малые нейролептики. Основным звеном в схеме лечения ОКР, перекрывающимися с негативной симптоматикой или с ритуализированными obsessиями, являются атипичные нейролептики - рисперидон, оланзапин, кветиапин, в сочетании либо с антидепрессантами класса СИОЗС, либо с антидепрессантами других рядов - моклобемидом, тианептином, либо с высокопотенциальными производными бензодиазепина (альпразолам, клоназепам, бромазепам).

В случаях, когда obsessивно-фобические симптомы наблюдаются в рамках шизофрении наибольший эффект имеет интенсивная психофармакотерапия с пропорциональным использованием высоких доз серотонинергических антидепрессантов (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам). В ряде случаев целесообразно подключение традиционных нейролептиков (малых доз галоперидола, трифлуоперазина, флюанксола) и парентеральное введение производных бензодиазепина.

Психотерапию можно рассматривать как дополнительный метод на любом этапе лечения при любой выраженности симптомов ОКР. КПТ и экспозиционная терапия могут быть малоэффективными в группах пациентов, злоупотребляющими психоактивными веществами, а также у пациентов с выраженным когнитивным снижением, отсутствием мотивации на психологическое лечение и сопутствующей тяжелой психиатрической патологией. Комбинированная терапия (сопутствующая ПФТ + психотерапия) демонстрирует лучшие показатели эффективности, чем только ПФТ.

При достижении клинического эффекта после первого этапа лечения, либо последующих этапов рекомендуется продолжать терапию в течение 1-2 лет. В случае отмены фармакотерапии дозировки лекарств следует снижать постепенно, на 10-25% каждые 1-2 месяца.

Вывод

Таким образом, можно сделать вывод о том, что obsessивно-компульсивное расстройство является довольно распространенным, хроническим и потенциально инвалидизирующим заболеванием, требующим высоких экономических затрат.

Концепции ОКР претерпели в течение последних 15 лет фундаментальную переоценку. За это время полностью пересмотрены клиническое и эпидемиологическое значения ОКР. Если ранее считалось, что это - редко встречающееся состояние, наблюдающееся у небольшого числа людей, то теперь известно: ОКР встречается часто и дает большой процент заболеваемости, что требует срочного привлечения внимания психиатров во всем мире. Параллельно этому расширились наши представления о этиологии ОКР: нечетко сформулированное психоаналитическое определение двух прошлых десятилетий сменилось нейрхимической парадигмой, исследующей нейротрансмиттерные нарушения, лежащие в основе ОКР. И, что самое значительное, фармакологическое вмешательство, направленное специфически на серотонинергическую нейротрансмиссию, произвело революцию в перспективах выздоровления миллионов больных, страдающих ОКР, во все мире.

Нужно помнить, что пациентам с ОКР рекомендовано как можно более раннее начало лечения, регулярное амбулаторное наблюдение, соблюдение надлежащего режима приема ПФТ и расписания сессий психотерапии, а также коррекция сопутствующих факторов риска, связанных со здоровьем и образом жизни. Специфической профилактики, направленной на предотвращение симптомов ОКР, не существует.

Используемая литература

- Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г
- Клинические рекомендации МЗ РФ «Обсессивно-компульсивное расстройство», 2021г.
- Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАРМедиа», 2020г.
- «Психопатология. Учебник и практикум для вузов» В.А. Дереча, Москва, Юрайт, 2019
- В.В.Разуеваев «ОКР. Обсессивно-компульсивное расстройство: Практическое руководство для понимания, диагностики и решения» 2021г
- Незнанов Н.Г., Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А. «Психиатрия. Национальное руководство»: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.