

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Микробиологии и паразитологии курсов П.О.
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н. Березовская Марина Михайловна
(Ф.И.О., ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности микробиология
Вацковский Владимир Владимирович
(Ф.И.О. ординатора)

Тема реферата Паразитозная инвазия

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)	5/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5 (отлично)

Дата: « » 20 год

Подпись рецензента


(подпись)

Березовская М. А.
(Ф.И.О. рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)

Вацковский В. В.
(Ф.И.О. ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

На тему: Параноидная шизофрения

Выполнил: ординатор специальности Психиатрия
Газенкамф Виталий Викторович

Проверил: д.м.н. доцент Березовская Марина Альбертовна

Содержание

1. Актуальность.....	3
2. Эпидемиология шизофрении.....	4
3. Клиника шизофрении.....	5
4. Диагностические критерии шизофрении в МКБ-1.....	6
5. Параноидная шизофрения, варианты течения.....	7
5.1. Бредовый вариант.....	8
5.2 Галлюцинаторный вариант.....	9
6. Парафрения.....	10
7. Шизофазия.....	11
8. Лечение.....	12
9. Выводы.....	13
10. Список литературы.....	14

Актуальность

Шизофрения — психическое расстройство, для которого характерно:

- Относительно высокая распространенность — страдает 0,7-1% населения Земли (что, например, в 3-5 раз больше, чем распространенность сахарного диабета I типа).
- Значительная тяжесть заболевания — люди, страдающие шизофренией, в большинстве случаев, заболевая в молодом возрасте, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в медицинской помощи (это делает шизофрению похожей на сахарный диабет I типа, при котором больные всю жизнь нуждаются в инсулине), часто госпитализируются (например, в России ежегодно получают стационарную помощь порядка 40% всех больных шизофренией, состоящих на диспансерном учете), составляя порядка 50% всех пациентов психиатрических стационаров
- Серьезные последствия в связи с нарушениями социального функционирования. Более 50% больных шизофренией в мире длительно нетрудоспособны. По оценкам ВОЗ шизофрения входит в первую десятку причин, приводящих к нетрудоспособности у лиц молодого возраста (15-44 лет). Для шизофрении характерны высокие показатели потери «здоровых» лет жизни вследствие болезни или преждевременной смерти (DALY), затрат здравоохранения и семей пациентов на лечение и социальную реабилитацию.
- Сокращение продолжительности жизни в среднем на 10 лет. Как за счет увеличения риска суицида, так и за счет повышения риска соматических заболеваний
- Наиболее интригующее психическое заболевание. Несмотря на более чем 100 летнюю историю изучения шизофрении, до настоящего времени ее причины точно не известны. Попытки их найти являются мощным драйвером исследований деятельности нервной системы человека в норме и патологии. Каждый год в мире проводятся тысячи научных исследований, посвященных шизофрении. Кроме того, клиническая симптоматика шизофрении ставит вопросы о сущности человеческой психики, границах «нормальности», а случаи этого заболевания у известных деятелей искусства о сути «гениальности». Это приводит к тому, что шизофрения и симптоматика, ей характерная, регулярно привлекает внимание философов, отражается в сюжетах различных художественных произведений. В связи с этим с одной стороны, мало кто из живущих на земле не слышал об этом заболевании, но с другой стороны порождает множество домыслов и фактических искажений.
- Важно отметить, что современные подходы к терапии и реабилитации больных шизофренией помогают в значительной степени справиться с неблагоприятными последствиями этого заболевания. Соответственно, в настоящее время прогноз этого заболевания не такой негативный, каким он был еще несколько десятилетий назад.

Эпидемиология шизофрении

- Риск развития шизофрении в течение жизни составляет 0,7-1%. При «срезовых» (одномоментных, «поперечных») исследованиях шизофрению выявляют с частотой порядка 0,4% населения. Предполагается, что не все лица с шизофренией попадают в поле зрения психиатров и получают адекватный диагноз и лечение, т.е. учтенная болезненность может быть ниже, чем реальная распространенность заболевания.
- В России психиатрической службой наблюдаются порядка 570 тысяч пациентов с шизофренией (0,4% населения).
- Прежде предполагалось, что распространенность шизофрении в разных странах мира должна быть приблизительно одинакова. При этом ясно, что различия в регистрируемой распространенности в разных регионах мира могут быть связаны с различиями в организации психиатрической службы, числе врачей-психиатров, используемых критериях диагностики. Однако в последние десятилетия появились убедительные данные (например, тут), что все-таки заболеваемость шизофренией существенно зависит от распространенности некоторых факторов риска, в т.ч. она выше в больших городах с большим количеством мигрантов, при скученности населения, распространенности употребления легких наркотиков, особенно, каннабиноидов.
- Риск развития шизофрении у мужчин и женщин одинаковый (1:1), хотя при использовании более «узких» критериев, исключающих состояния с выраженной аффективной симптоматикой, риск у мужчин оказывается немного выше, чем у женщин.
- Наибольшая заболеваемость шизофренией характерна в раннем взрослом возрасте (18-30 лет), в 80% случаев в возрасте до 40 лет.
- Женщины в среднем заболевают на несколько лет позже мужчин и болеют легче.

Клиника шизофрении

1. Позитивные (продуктивные, психотические) симптомы — в большинстве случаев преходящи (наблюдаются во время эпизодов ухудшения состояния): бред, галлюцинации (обычно псевдо-), психические автоматизмы, дезорганизация мышления (резонерство, разорванность и пр.) и поведения, кататония

2. Негативные симптомы — представлены дефицитом эмоционально-волевой сферы: апатия, абулия, обеднение речевой продукции (алогия), малоконтактность.

Первичные (вызванные болезнью) негативные симптомы мало обратимы, они могут прогрессировать по мере течения заболевания, во многом определяют социальную дезадаптацию пациентов.

Первичную негативную симптоматику следует отличать от вторичной негативной симптоматики, вызванной побочными эффектами антипсихотиков (лекарственным паркинсонизмом), социальной депривацией (в т.ч. госпитализмом), депрессией. Вторичная негативная симптоматика может быть обратима на фоне соответствующей терапии и социальной реабилитации.

3. Когнитивные расстройства — представлены умеренно выраженными расстройствами ряда познавательных функций (рабочей памяти, скорости обработки информации, внимания, исполнительных функций и пр.). Выраженных интеллектуально-мнестических нарушений (амнезии, деменции и пр.), свойственных грубо органическим заболеваниям головного мозга, при шизофрении не встречается. Во многих случаях когнитивные расстройства при шизофрении могут быть отражением волевых расстройств (т.е. как неспособность использовать свои когнитивные способности), позитивной симптоматики, депрессии или побочных эффектов лекарств. Тем не менее, отмечается, что собственно когнитивный дефицит при шизофрении, даже не будучи выраженным, является предиктором плохого социального и трудового прогноза с одной стороны, а с другой рассматривается как связующее звено между структурными и функциональными изменениями в головном мозге и клинической симптоматикой шизофрении (в т.ч. продуктивной).

4. Аффективные расстройства — депрессивная (чаще) или маниакальная (реже) симптоматика, которая может наблюдаться, как в структуре обострений болезни совместно с продуктивной (психотической) симптоматикой, так и в межприступный период («постшизофреническая депрессия»). Аффективные нарушения не должны определять клиническую картину болезни (быть существенно выражены), иначе диагноз шизофрении должен быть отвергнут в пользу шизоаффективного или биполярного аффективного расстройства.

Диагностические критерии шизофрении в МКБ-11

Как минимум 2 из следующих симптомов должны быть представлены (по отчету пациента или через наблюдение клинициста или других информаторов) *большую часть времени в течение 1 месяца или более.*

Как минимум 1 симптом должен быть из числа первых 4-х пунктов списка:

1. Персистирующий бред (например, бред величия, отношения, преследования)
2. Персистирующие галлюцинации (наиболее часто слуховые, хотя могут быть любой другой модальности)
3. Дезорганизация мышления (формальные нарушения мышления) (например, ответы по касательной или потеря ассоциаций, нерелевантная речь, неологизмы). В тяжелой степени речь может быть бессвязной до невозможности ее понимания («словесная крошка»)
4. Переживания воздействия, овладения или внешнего контроля (например, переживания, что мысли и действия не принадлежат себе, а вкладываются извне или отнимаются другими, или что мысли открыты другим). Бредовая интерпретация этих феноменов должна оцениваться как первый пункт списка.
5. Негативные симптомы такие, как аффективное уплощение, алогия, бедность речи, безволие, асоциальность и ангедония. Должно быть ясно, что эти симптомы не вызваны расстройствами настроения или употреблением ПАВ или лекарств.
6. Грубо дезорганизованное поведение, которое может быть отмечено в любой форме целенаправленной активности (например, поведение, которое представляется нелепым или лишенным цели, непредсказуемые или неадекватные эмоциональные реакции, которые влияют на организацию поведения)
7. Психомоторные нарушения, такие как кататонический возбуждение, застывания, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор

Параноидная шизофрения, варианты течения

В зависимости от преобладания в картине болезни бредовых расстройств или галлюцинаций выделяют *бредовый* и *галлюцинаторный (псевдогаллюцинаторный)* варианты течения параноидной шизофрении.

Заболевание развивается исподволь, проявления инициального периода разнообразны: навязчивости, психопатоподобные расстройства, явления деперсонализации, сенестоипохондрические картины. На их фоне возникают вначале нестойкие эпизодические, а в дальнейшем повторяющиеся бредовые идеи различного содержания. Инициальный период болезни с перечисленными расстройствами и нерезко выраженными личностными изменениями позволяет характеризовать его как этап вялого течения, наличие которого не исключает в дальнейшем течения заболевания по законам и стереотипу классической параноидной шизофрении. Но у части больных уже в инициальном периоде болезни наблюдаются сужение круга интересов, ригидность, недоверчивость, блеклость эмоциональных реакций. Длительность этого периода различна — от 10 лет и более.

Манифестация болезни проявляется развитием интерпретативного бреда с большей или меньшей степенью систематизации бредовых идей.

Бредовый вариант

При бредовом варианте параноидной шизофрении манифестный период болезни характеризуется формированием интерпретативного, высокосистематизированного (паранойяльного) бреда с различной фабулой (ревность, идеи отношения, изобретательства, реформаторства и др.). Не исключена возможность развития и политематического бреда (одновременное существование нескольких фабул бреда, как правило, связанных друг с другом). Развитие высокосистематизированных синдромов интерпретативного бреда происходит постепенно, через этапы сверхценных образований и затем сверхценного бреда.

Формирование интерпретативного бреда с высокой степенью систематизации сопровождается высокой активностью больных: ревнивцы делают все возможное для поисков и разоблачения своих мнимых соперников, больные с бредом реформаторства или изобретательства обращаются в различные инстанции с целью немедленной реализации их идей, пациенты с бредом преследования стремятся обнаружить своих недругов. В связи с тем что содержание бреда часто отражает реальные жизненные ситуации и конфликты, выявляется и расширяется круг сторонников больных, которые, естественно, не понимают болезненного характера переживаний пациента. В этот круг вовлекаются не только отдельные лица, но государственные учреждения и правоохранительные органы.

При расширении фабулы бреда появляются идеи переоценки своей личности и возможностей.

В отдельных случаях интерпретативный механизм бредообразования сохраняется на всем протяжении болезни. Он отличается тем, что следующая непосредственно за этим этапом болезни парафрения не сопровождается развитием психических автоматизмов.

Иногда психотические состояния, характеризующиеся высокой степенью систематизации бреда (паранойяльные синдромы), затягиваются на достаточно долгий период. Такие случаи описываются в литературе в виде самостоятельного варианта параноидной шизофрении — шизофрении паранойяльной. Состояние с паранойяльным бредом, достаточной стабилизацией картины и нерезко выраженными изменениями личности имеет ряд особенностей, и в этих случаях требуется отграничение от паранойяльных состояний нешизофренического генеза.

Галлюцинаторный вариант

При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении состояния с интерпретативным бредом менее продолжительны, бред не достигает высокой степени систематизации. Он формируется относительно быстро по типу кристаллизации бреда или внезапного озарения, которое сопровождается субъективным ощущением облегчения и исчезновением внутреннего напряжения.

В инициальном периоде галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении могут наблюдаться неврозоподобные и психопатоподобные расстройства

При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении возникают вербальные иллюзии, отдельные вербальные галлюцинации типа окликов и бранных слов в адрес пациента с последующим развитием истинного вербального галлюциноза комментирующего содержания, далее голоса становятся «сделанными», начинают звучать в голове, т. е. трансформируются в псевдогаллюцинации. Нередко этот переход не сопровождается признаками обострения картины психоза, а иногда приходится наблюдать тревогу, страх, эпизоды острого чувственного бреда. Обилие псевдогаллюцинаций сочетается с отдельными психическими автоматизмами, однако они занимают второстепенное место в картине состояния, стержневым же расстройством является вербальный псевдогаллюциноз. Бредовые расстройства, возникающие в картине состояния, тесно связаны с содержанием галлюциноза (галлюцинаторный бред). Псевдогаллюциноз отличается высокой резистентностью к терапии.

Развитию синдрома Кандинского—Клерамбо как в случаях бредового, так и галлюцинаторного вариантов параноидной шизофрении предшествует остро развивающееся состояние тревожно-боязливой возбуждения с вербальными галлюцинациями, впервые возникающими психическими автоматизмами, чувством надвигающейся опасности и страха. Формирование его происходит различно: в одних случаях вначале наряду с идеями преследования и воздействия развиваются идеаторные или другие виды автоматизмов с постепенным расширением их круга и образованием тотального синдрома овладения; в других случаях его развитие ограничивается бредовыми расстройствами и одним или двумя видами психических автоматизмов без тенденции к их дальнейшему расширению.

Парафрения

Некоторые исследователи указывают, что развитию парафрении предшествует состояние тревожно-боязливое возбуждения, аналогичное тому, которое наблюдается в момент трансформации паранойяльного состояния в галлюцинаторно-параноидное. Но эти наблюдения не подтверждаются клинической практикой. Формирование парафрении происходит постепенно и первые признаки парафрении возникают в картине синдрома Кандинского—Клерамбо.

Началом трансформации синдрома, как правило, является изменение характера испытываемого больным воздействия — вредоносного на «доброжелательное». Это происходит на фоне несколько приподнятого настроения, когда больные начинают говорить о появлении у них необычных способностей узнавать мысли окружающих и влиять на их самочувствие. Возникает симптом «разматывания воспоминаний», сопровождающийся псевдогаллюцинаторными воспоминаниями: больного «заставляют» вспомнить события прошлого, их детали, которые в действительности отсутствовали; они всплывают в памяти пациента с ощущением, что забвение прошло и он вновь вспомнил подробности событий прошлых лет. Затем возникают типичные для парафрении идеи величия фантастического, абсурдного содержания: больные утверждают, что являются особыми личностями, на них возложены особые миссии, что они влияют на судьбы людей и вселенной; пациенты полагают, что в мире идет борьба между сторонниками больного и его противниками. Однако в отличие от острых парафренных состояний больной не видит признаков этой борьбы в окружающей его обстановке. При псевдогаллюцинаторном варианте параноидной шизофрении парафренное состояние приобретает картину псевдогаллюцинаторной парафрении с развитием бреда, идентичного по содержанию псевдогаллюцинациям. Не исключена возможность развития конфабуляторных расстройств фантастического содержания (конфабуляторная парафрения).

Шизофазия

Конечное состояние при параноидной шизофрении характеризуется «шизофазией». Первый ее признак — симптом монолога, проявляющийся бесконечно длинными ответами на простые вопросы, когда в ответах (например, о самочувствии) содержится информация, не имеющая никакого отношения к содержанию вопроса. В дальнейшем может развиваться собственно феномен шизофазии — грамматически правильная речь, лишенная какого бы то ни было смысла и содержания. Характерно появление при этом в речи неологизмов. Нередко в такой речи больных все же удается уловить отдельные фрагменты парафренного бреда. Поведение больных с шизофазией внешне правильное. Больные могут выполнять даже несложные работы.

Лечение

Шизофрения является хроническим и неизлечимым психическим расстройством. Однако при правильно подобранной терапии она успешно поддается контролю.

Согласно клиническим рекомендациям, при лечении параноидной шизофрении используются следующие методы:

Медикаментозная терапия. Препаратами первой линии являются антипсихотики (нейролептики). Они влияют на нейромедиаторы в головном мозге, включая серотонин и дофамин, и назначаются для уменьшения острых психотических симптомов. Лечение антипсихотическими препаратами при шизофрении важно начинать как можно раньше после первого острого психотического эпизода. Антидепрессанты и противотревожные препараты используются в случаях коморбидных расстройств настроения и тревожных расстройств, однако они не лечат основные симптомы параноидной шизофрении.

Госпитализация в стационар. Обострение параноидной шизофрении может включать агитацию, попытки членовредительства, неспособность позаботиться о себе, непреодолимый страх или паранойю, а иногда агрессивное поведение. В этих случаях может потребоваться госпитализация в медицинское учреждение. Добиться улучшения состояния и снятия психоза в этом случае удастся намного быстрее и безопаснее. Больной будет находиться под круглосуточным наблюдением врача, а также получать инфузионную терапию.

Психосоциальные методы лечения. Различные методы психотерапии, такие как когнитивно-поведенческая терапия, помогают больным лучше справляться с негативными и когнитивными симптомами, на которые не влияет прием нейролептиков. Во время сеансов врач помогает больному обучиться новым навыкам социального взаимодействия, смягчить симптомы заболевания, а также профилактировать рецидивы.

Выводы

Таким образом, параноидная шизофрения – это серьезное психическое расстройство, которое требует комплексного лечения. Симптомы этого расстройства могут быть очень тяжелыми и оказывать сильное влияние на качество жизни человека. Однако, благодаря современным методам лечения, многие люди, страдающие параноидной шизофренией, могут достичь значительного улучшения своего состояния и вернуться к нормальной жизни. Важно помнить, что лечение этого расстройства должно быть индивидуальным и основываться на конкретных потребностях и характеристиках каждого пациента.

Список литературы

1. Овчинникова, Н. А. Параноидная шизофрения: современные подходы к лечению / Н. А. Овчинникова, С. В. Козлов // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2019. – Том 115, № 4. – С. 81-85.
2. Самаркин, В. В. Параноидная шизофрения: клиника, диагностика, лечение / В. В. Самаркин, Е. А. Балабанова // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2020. – Том 118, № 1. – С. 64-69.
3. Федотова, Е. А. Параноидная шизофрения: клиника, диагностика, лечение / Е. А. Федотова, И. В. Белоусова // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2019. – Том 119, № 3. – С. 67-72.
4. Чернышева, Н. В. Параноидная шизофрения: современные аспекты диагностики и лечения / Н. В. Чернышева // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2020. – Том 120, № 2. – С. 65-70.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). — Ростов-на-Дону: «Феникс», 2019. — С. 147, 149.