

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно– Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно– Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: доцент, д.м.н. Березовская М.А.

Реферат

На тему: «Параноидная шизофрения»

Выполнила: Бондарева А.С.

Красноярск 2021 г

Содержание:

1. Введение
2. Актуальность
3. Основная часть:
 - 3.1. Определение состояния и его клинические проявления
 - 3.2. Этиология и патогенез
 - 3.3. Обследование и ведение больных параноидной шизофренией
 - 3.4. Лечение: основные принципы
 - 3.5. Социальная значимость заболевания
4. Заключение
5. Список литературы

Введение

По статистике, уровень заболеваемости параноидной шизофренией составляет порядка 1% от общего количества населения. Дебют, или первый яркий эпизод проявления заболевания наступает в возрасте до 30-ти лет. Параноидная шизофрения достаточно сильно влияет на повседневное функционирование, общение с окружающими, личную жизнь и рабочее состояние индивида. Распространенность данного заболевания, снижение качества жизни и высокий суицидальный риск больных, обуславливает необходимость изучения данного состояния.

Актуальность

Частота встречаемости данного заболевания, разнообразие его клинической картины, повальная инвалидизация больных и отсутствие приверженности к терапии у больных параноидной шизофренией, обуславливают актуальность изучения и диагностики данного состояния на современном этапе.

Определение состояния и его клинические проявления

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра являются основой нозологической системы Э. Крепелина (Kraepelin E., 1896), в которой автор под обозначением «*dementia praecox*» обобщил представления В. Morel (1852) о раннем слабоумии, Н. Hecker (1871) - о гебефрении, К. Kahlbaum (1890) - о кататонии, V. Magnan (1891) - о хронических прогрессирующих бредовых психозах. После выхода в свет в 1911 г. работы Е. Bleuler общепринятым стало название «шизофрения», хотя сам автор настаивал на понятии «группа шизофрений».

Напомним, что в структуре заболевания «Шизофрения» входят негативные (основные, облигантные) симптомы и позитивные (дополнительные, факультативные) симптомы, определяющие клиническую форму заболевания. К негативным симптомам относятся: – схизис (расщепление) (раздвоенность мышления, амбивалентность, эмоционально-волевая амбитендентность, раздвоение сознания); – аутизм; – эмоциональное притупление, апатия, опустошение, эмоциональная неадекватность; – абулия (в т.ч. извращение волевой активности); – нарушения мышления (в виде паралогичности, разорванности, символизма мышления). К позитивным симптомам относятся различные формы защитно-приспособительных реакций, возникающих в ответ на развитие заболевания: это галлюцинаторно-бредовые, катанонические расстройства, расстройства поведения и эмоций. Согласно МКБ-10, существует несколько форм шизофрении: параноидная, гебефреническая (гебефренная), кататоническая, недифференцированная и простая. Для диагностики определенной формы заболевания необходимо выявлять общие критерии шизофрении и некоторые характерные черты для отдельных ее форм.

Параноидная шизофрения (F20.0 МКБ-10) – самая распространенная форма шизофрении. При этой форме в развитии заболевания отмечается ряд четких этапов, описанных еще в конце прошлого столетия V. Magnan (1891) и характеризующих картину хронического бреда. Для этой формы шизофрении, характерно постепенное усложнение симптоматики и последовательная смена бредовых синдромов. В стереотипе развития бредовых синдромов в типичных случаях наблюдаются этап бреда, не сопровождающегося галлюцинациями и явлениями психического автоматизма – его возникновение начинается с «тремы» – состояния тревожности, подозрительности, ухода в себя с последующей «кристаллизацией бреда» –

момента «прозрения», осознания правомерности своего ощущение и отрицание его как бредового. Следующим этапом идет формирование паранойального синдрома, представляющего собой систематизированный интерпретативный (первичный) бред, часто монотематический (например, реформаторства, изобретательства, ревности, кверулянтства и пр.), при котором нет галлюцинаций или расстройств настроения, затем этап параноидного синдрома, который представлен вторичным чувственным бредом, возникающим возникает на фоне аффекта тревоги, страха, депрессии, галлюцинаций, психических автоматизмов, кататонических расстройств, в зависимости от преобладающих в клинической картине расстройств, говорят о: параноидном синдроме, галлюцинаторно-параноидном синдроме, депрессивно-бредовом синдроме, синдроме психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо, и этапе фантастического бреда – парафренный синдром [Курашев СВ., 1955; Елгазина Л.М., 1958; Шумский Н.Г., 1958]. В зависимости от преобладания в картине болезни бредовых расстройств или галлюцинаций выделяют бредовой и галлюцинаторный (псевдогаллюцинаторный) варианты течения параноидной шизофрении.

Как было отмечено ранее, при параноидной шизофрении, как и при других формах шизофрении, одним из главных симптомов являются нарушения эмоциональной сферы, представленные описанными выше симптомами. При данной форме эмоциональный дефект обычно нарастает постепенно и позволяет больным длительно поддерживать социальные связи. Модальный возраст начала болезни для мужчин – 18-25, для женщин – 25-30 лет. Имеются данные, указывающие на значительное материальное бремя шизофрении для общества (в России - 0,2% внутреннего валового продукта). До 40% бюджета на оказание психиатрической помощи в нашей стране уходит на лечение больных шизофренией (больные шизофренией составляют 15% пациентов, охваченных психиатрической помощью в стране). Причем на стационарную помощь уходит до 90% медицинских затрат, в общем объеме которых фармакотерапия составляет около 30% (Гурович И.Я. и др., 2004).

Согласно клиническим рекомендациям, для диагностики различных форм шизофрении необходим как минимум один четкий симптом, принадлежащий к перечисленным ниже признакам 1-4, или два симптома, относящихся к признакам 5-9, которые должны присутствовать на протяжении не менее 1 месяца:

- 1) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость);

2) бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела, конечностей, к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

3) галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;

4) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и не имеют рационального объяснения по своему содержанию;

5) постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождаемые нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель;

6) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи; неологизмы;

7) кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье, вычурные позы;

8) «негативные» симптомы, например выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; эти признаки не обусловлены депрессией или лекарственной нейролепсией;

9) значительное последовательное качественное изменение поведения, проявления этого – утрата интересов, нецеленаправленность, бездеятельность, самопоглощенность и социальная аутизация.

Для параноидной формы шизофрении:

· Должны выявляться (F20.0-F20.3) общие критерии шизофрении;

· Должны быть выраженными бред и галлюцинации (такие как бред преследования, значения и отношения, высокого родства, особой миссии, телесного изменения или ревности; "голоса" угрожающего или императивного характера, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные сенсации);

Эмоциональная сглаженность или неадекватность, кататонические симптомы или разорванная речь не должны доминировать в клинической картине, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности.

Как было указано ранее, при параноидной форме шизофрении присутствуют галлюцинации и/или бред: а именно галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения; бред преследования, воздействия, отношения, значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности.

Состояния, соответствующие приведенным выше критериям, но существующие менее месяца (независимо от того, проведено лечение или нет), необходимо квалифицировать как острое шизофреноподобное психотическое расстройство. В случае если симптомы продолжаются в течение более длительного периода, необходимо изменение диагноза. Диагноз шизофрении не ставят при выраженных депрессивных или маниакальных симптомах, за исключением случаев, когда шизофренические симптомы предшествуют аффективным расстройствам. Не следует диагностировать шизофрению при явных признаках органических заболеваний мозга, а также при состояниях лекарственной интоксикации или отмены лечящих средств. Продромальные явления могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель или даже месяцев. К продромальным симптомам относят: нерезко выраженные когнитивные нарушения, изменения моторики, отдельные расстройства восприятия, утрату интереса к работе, социальной деятельности, своей внешности, гигиеническим привычкам, что сочетается с генерализованной тревогой, легкой степенью депрессии. Критерий наличия расстройств в течение 1 месяца имеет отношение только к вышеупомянутым специфическим симптомам, а не к продромальному непсихотическому этапу. У большинства больных (около 75%) продромальный непсихотический этап длится более 5 лет.

Этиология и патогенез

В современной психиатрии принято считать, что параноидная шизофрения остается заболеванием с «неизвестной этиологией» (Pull Ch., 1999). По мнению А. Jablensky (2011), «болезнь» шизофрения остается рабочей гипотезой, не имеющей унитарной этиологии и однозначного патогенеза. психиатрической генетике прочно утвердились представления о полигенно

многофакторной природе параноидной шизофрении со сложным взаимодействием генетических полиморфизмов и средовых условий, включающих пре- и постнатальные особенности развития, а также последующие влияния (Kendler K., 2006; McGuffin P., 2014). При этом средовые факторы могут оказаться и триггерами, и «блокаторами» манифестации заболевания. До настоящего времени сохраняет свое значение нейро(диз)онтогенетическая (neurodevelopmental) гипотеза (Murray R.M., 1994; Weinberger D.R., 1995).

В последние годы формируется комплексная «эволюционно-дегенеративная» модель параноидной шизофрении, предполагающая нарушения разнообразных процессов: от обмена нейротрансмиттеров (в частности, дофамина; в последнее время специальное внимание уделяют глутаматергической системе) до функциональных мозговых связей; от молекулярной биологии до структурной дефицитарности, в частности префронтальных зон коры с выделением так называемой гипофронтальности (Andreasen N.C. et al., 1992); от семейной генетики (в случае наличия болезни у одного из родителей риск заболевания шизофренией у пробандов составляет 10%, при болезни у обоих родителей - до 40%) до геномики, протеомики и полиморфизма нуклеотидов (Lewis D.A., Levitt R., 2002; Gaebel W., 2005). Особое внимание привлечено к иммуновоспалительным процессам (Halaris A., Leonard B.E., 2013). В качестве рабочей гипотезы также существует модель «уязвимость-диатез-стресс-заболевание», учитывающая предрасположенность «уязвимости» и воздействие внешних факторов в развитии параноидной шизофрении. В ней находит отражение представление о значении в развитии болезни не только наследственного, но и средовых, в том числе социальных факторов. Также придается значение отклонениям в развитии головного мозга, явлениям индивидуальной уязвимости, при наличии которых сверхпороговые внешние раздражители (психосоциальные стрессовые факторы) приводят к прогрессирующему процессу, проявляющемуся психопатологической (позитивной и негативной) симптоматикой. Вместе с тем, как справедливо отмечают А.П. Коцюбинский и соавт. (2004), критерии «уязвимости» требуют уточнения.

Обследование и правила ведения больных параноидной шизофренией

В зависимости от выраженности нарушений обострения, их можно купировать во внебольничных (при сохранении относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных для самого больного и окружающих тенденций) или стационарных условиях (при выраженности и остроте психопатологических расстройств, грубом нарушении социально

приемлемых форм поведения, опасности для себя или окружающих). Первичный осмотр врачом-психиатром проводят в целях уточнения диагноза шизофрении, определения ее формы, типа течения, необходимости стационарного лечения и наблюдения. Осмотр осуществляют также психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, социальный работник и другие члены полипрофессиональной бригады (в зависимости от состояния пациента). Осуществляют комплексную диагностику, обдумывают план лечения, назначают фармакотерапию и психосоциальное лечение.

При беседе с пациентом и, по возможности, его родственниками выясняют:

- наследственную отягощенность психическими заболеваниями;
- преморбидные особенности личности, в том числе относящиеся или к акцентуациям, или к особенностям психопатического уровня;
- возраст, в котором впервые возникли первые признаки заболевания;
- продромальные явления, когда заболевание впервые было диагностировано (неврозо- и психопатоподобные расстройства, аффективные колебания, сверхценные образования, нарушения социального функционирования, транзиторные субпсихотические эпизоды);
- психический статус на момент осмотра (поведение больного, ориентировка в месте, времени, собственной личности, доступность в отношении болезненных переживаний, описание выявленных психопатологических расстройств, наличие или отсутствие критики к ним, своему положению и болезни в целом);
- соматический и неврологический статус;
- социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования);
- особенности динамики заболевания (характер течения заболевания и его прогрессивность).

Необходимо исключить любое соматическое, неврологическое заболевание или употребление токсических веществ, которые могут вызвать острое психотическое состояние с шизофреноформной симптоматикой. С этой целью обязательно проводят общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ, при необходимости – ЭЭГ, М-ЭхоЭГ, МРТ и другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты крови и мочи.

Повторный прием врача-психиатра проводят для окончательной диагностики заболевания (шизофрении) и определения динамики психического состояния, контроля эффективности лечебных мероприятий. Обращают внимание на характер сохранившихся или впервые выявленных жалоб и изменение психического состояния больного после проведенного лечения, отношение пациента к нему, соблюдение предписанного режима, наличие побочных эффектов.

Оценивают выраженность психопатологических расстройств и степень их редукции. Обращают внимание на темп редукции симптоматики, равномерность уменьшения выраженности отдельных компонентов синдрома, исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного и его окружения, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям. В стационаре (дневном) осмотр и беседу с пациентом с записью в 513 истории болезни проводят ежедневно в течение первых 3 суток после госпитализации, далее дневниковые записи делают не реже 1 раза в 3 дня; в амбулаторных условиях - 1 раз в 3-10 дней. После достижения ремиссии повторные осмотры проводят для определения ее стойкости, упорядоченности поведения, готовности к контакту с врачом, констатации изменения в критике к болезненным расстройствам и своему положению

Лечение: основные принципы

В проведении медикаментозной терапии шизофрении выделяют 3 этапа:

Первый этап – купирующая терапия – начинается сразу же после постановки предварительного диагноза и заканчивается установлением клинической ремиссии, т.е. продолжается до существенной или полной редукции психоза. При адекватной антипсихотической фармакотерапии этот этап может продолжаться от нескольких недель до нескольких месяцев (для достижения полного терапевтического контроля состояния обычно требуется 4-8 нед). Основными задачами являются 602 редукция тяжести психоза, коррекция нарушений поведения и сопутствующих симптомов (возбуждения, агрессии, суицидальных тенденций, кататонических и аффективных симптомов)

Второй этап – долечивание или стабилизация – заключается в продолжении эффективной антипсихотической терапии вплоть до достижения ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики; воздействии на негативную симптоматику и когнитивные нарушения; восстановлении, по возможности, прежнего уровня социальной

адаптации больного. Этап может продолжаться от 3 до 9 месяцев (в среднем около 6 месяцев) от начала острой фазы заболевания. Обычная схема предполагает постепенное уменьшение дозы антипсихотика после установления ремиссии.

С учетом того, что шизофрения обычно характеризуется хроническим и рецидивирующим течением, у большинства больных требуется переход к третьему этапу – длительной амбулаторной или противорецидивной терапии, которая направлена на удержание стабильной ремиссии, предотвращение развития новых психотических эпизодов (приступов) и замедление темпа прогрессивности заболевания. Этот этап, прежде всего, определяется спонтанными тенденциями течения процесса и частотой приступообразования. Обычно после двух и более психотических эпизодов терапия проводится неопределенно долго, но не менее 1-2 лет, чтобы можно было оценить ее эффективность. Этап включает сохранение достигнутой редукции позитивной симптоматики (симптоматической ремиссии), влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, формирование приверженности терапии, а также поддержание доприступного уровня социального функционирования и качества жизни пациента.

Основываясь на работах различных авторов и клинической практике, нужно сказать, что связь между приверженностью к терапии и контролем заболевания была неоднократно доказана и продемонстрирована. Так, метаанализ клинических исследований у пациентов с шизофренией, стабилизированных на антипсихотических препаратах, которые были рандомизированы для продолжения лечения антипсихотическими препаратами или плацебо, показал, что лечение антипсихотиками значительно снижает частоту рецидивов. Другой метаанализ 6 плацебо-контролируемых рандомизированных клинических исследований у пациентов с острой шизофренией, получавших антипсихотические препараты, продемонстрировал значительное улучшение положительных и отрицательных симптомов в течение 6 недель с пропорционально возрастающим эффектом лечения у лиц с более тяжелыми симптомами на исходном уровне.

Однако лекарственный препарат эффективен только тогда, когда он принят, а несоблюдение приверженности лечению является серьезным препятствием для эффективного лечения пациентов с шизофренией. Создание условий для непрерывности антипсихотической терапии может сыграть определяющую роль в улучшении результатов лечения шизофрении.

С нарастанием когнитивных расстройств у больных параноидной шизофренией снижается уровень социального функционирования и качества жизни. Необходим комплексный подход в лечении и реабилитации таких пациентов для стабилизации и улучшения познавательных процессов, восстановления коммуникативных способностей, повышения самооценки, улучшения эмоционального состояния, т. е. улучшения социальной адаптации.

Социальная значимость заболевания

Согласно различным данным, снижение трудоспособности у больных шизофренией не менее, чем в 85% случаев сопровождается длительными сроками инвалидности. Помимо длительности, инвалидность при этом заболевании характеризуется тяжестью и значительным преобладанием II группы, малой динамичностью на протяжении болезни и редкостью снятия пациентов с инвалидности.

Длительная инвалидность формируется у больных с разными формами шизофрении при условии неблагоприятного течения процесса, таких как быстрое формирование и значительная степень выраженности негативных нарушений, тяжесть и стойкость позитивной симптоматики. При этом оформление инвалидности не всегда совпадает со временем стойкой утраты трудоспособности, а наблюдающаяся на протяжении болезни динамика показателей инвалидности зачастую не отражает изменений психического состояния больных.

Контингент длительно инвалидизированных больных шизофренией включает три категории пациентов, которые различаются по степени выраженности дезадаптации: 1) полностью дезадаптированные больные, нуждающиеся в повседневном уходе и над-зоре; 2) пациенты с частично сохранной бытовой адаптацией, способные самостоятельно обслуживать себя в условиях организованного домашнего хозяйства, но также полностью нетрудоспособные; 3) больные с остаточной трудоспособностью, которые могут самостоятельно организовать быт и выполнять отдельные виды труда в специально созданных условиях. По мере выраженности стойкой дезадаптации количество больных в каждой категории прогрессивно снижаются.

Длительность инвалидности у больных с полной стойкой утратой трудоспособности обуславливается, как правило, лишь тяжестью болезненного процесса, в то время как у пациентов с остаточной

трудоспособностью в оседании на инвалидности определённую роль играют социальные и личностно-психологические факторы.

Тяжесть и зачастую необратимый характер социально-трудовой дезадаптации у длительно инвалидизированных больных шизофренией позволяют считать целью лечебно-реабилитационной работы с такого рода пациентами не столько возвращение их к "обычной жизни", сколько помощь в приспособлении на уровне сниженных возможностей. Объём и характер реабилитационных мероприятий должен дифференцироваться в зависимости от степени выраженности дезадаптации инвалидизированных больных.

Заключение

Социальная значимость такого заболевания, как параноидная шизофрения затрагивает не только самих пациентов, но и общество в целом. У пациентов, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, обнаруживается нарушение социального функционирования в разных сферах жизни: снижение социально-трудового статуса и социальных контактов, отсутствие семьи, ухудшение материально-бытового положения. Несмотря на то, что психофармакотерапия является эффективным инструментом в лечении симптомов параноидной шизофрении и предотвращении рецидива, проблема сохранения приверженности терапии сохраняет свою актуальность. Недостаточный контроль заболевания и множественные рецидивы имеют прямую зависимость с прогнозом социального функционирования и снижением чувствительности к антипсихотической терапии, а также способность вызвать цикл экономических, социальных и правовых проблем, создающих дополнительные препятствия для эффективного лечения. Высокое экономическое бремя заболевания в том числе связано и с тем, что болезнь затрагивает молодую работоспособную популяцию населения, что приводит к быстрому регрессу профессионального и социального функционирования, инвалидности. Поэтому ранняя диагностика и лечение пациентов на ранних стадиях заболевания имеет первостепенное значение для минимизации риска последствий болезни в долгосрочной перспективе.

Список литературы:

1. КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ Прощенко И.В., Максимова Н.Е. Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 3. С. 105-107.
2. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЕ ШИЗОФРЕНИИ Прощенко И.В.В сборнике: Психиатрия: современные тенденции охраны психического здоровья. Сборник научных трудов. Под общей редакцией Е.В. Руженской. Иваново, 2017. С. 52-55.
3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ДОЛГОСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ Иванов М.В., Костерин Д.Н. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 3 (96). С. 84-91.
4. Психиатрия: Научно— практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с. ISBN 978– 5– 9986– 0243– 6
5. ROLE OF NEUROLEPTICS IN EFFECTIVE TREATMENT OF PARANOID SCHIZOPHRENIA Mirzaev A.A., Agranovskiy M.L., Muminov R.K., Karimov A.Kh., Dolimova M.A. New day in Medicine. 2021. № 1 (33). С. 321-324.
6. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. — М.: ГЭОТАР– Медиа, 2017. — 624 с. ISBN 978– 5– 9704– 4017– 9
7. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с