

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: д.м.н., доцент Березовская М. А.

РЕФЕРАТ

На тему: **«Шизоаффективный психоз»**

Выполнил: ординатор 2 года обучения
специальности Психиатрия

Власевский Д.А.

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

КРАСНОЯРСК, 2021

Оглавление

Введение.....	3
Этиология и патогенез	3
Симптоматика и клинические формы	3
Дифференциальный диагноз	5
Лечение.....	6
Список литературы:	7

Введение

Шизоаффективный психоз – это эндогенное непрогредиентное психическое заболевание с относительно благоприятным прогнозом, характеризующееся периодически возникающими приступами с наличием депрессий, маний, смешанных расстройств эндогенного характера и галлюцинаторно-бредовых проявлений, не выводимых из аффекта.

Этиология и патогенез

Этиологически шизоаффективный психоз можно рассматривать как результат взаимодействия двусторонней генетической отягощенности по шизофрении и аффективным расстройствам. Существуют, однако, указания на генетическую самостоятельность этих расстройств, их тяготение к пикническому конституциональному полюсу. Фактор периодичности сближает данные расстройства с эпилепсией, это подтверждается и данными ЭЭГ – у некоторых больных отмечается пароксизмальная активность в правой (недоминантной) височной области и диэнцефальной области.

Симптоматика и клинические формы

По преобладанию аффективных или шизофренических расстройств в картине шизоаффективного приступа выделяют две формы: аффектдоминантную и шизодоминантную.

Аффектдоминантная форма заболевания в основном развивается у лиц с шизоидными чертами, достигающими степени акцентуации и (реже) психопатического уровня. На ранних (продромальных) этапах в периоде пубертатного криза (12-15 лет) отмечаются проявления аффективной лабильности с преобладанием депрессивных реакций, иногда могут формироваться депрессии эндореактивной структуры.

Манифестный шизоаффективный приступ чаще развивается после эндогенной провокации, реже аутохтонно. Этапы развития психоза

обнаруживают последовательную смену фаз: аффективных, аффективного бреда, аффективно-бредовых, бредовых неаффективных расстройств и вновь аффективных проявлений при обратном развитии приступа. Клиническая картина подобных приступов может проявляться по-разному: вариант с преобладанием в картине психоза острого чувственного бреда по типу бреда восприятия, вариант с наглядно-образным бредом воображения либо характеризоваться преобладанием интеллектуального бреда воображения. При повторении шизоаффективных приступов можно отметить, что они носят характер «клише». В ремиссиях могут обнаруживаться негативные личностные изменения в виде эмоциональной дефицитарности и снижения продуктивности, не достигающих степени дефекта.

Шизодоминантная форма. Клинические проявления у подобных больных определяются особенностями бредовых синдромов в структуре шизоаффективного приступа. Характерным признаком считается наличие проявлений острого чувственного бреда и тенденцию к идеаторной разработке бредовых построений. В статусе больных присутствует выраженный параноидный регистр с развитием на высоте приступа синдрома Кандинского-Клерамбо. Собственно аффективные расстройства при этом варианте течения болезни непродолжительны (2-3 недели), а период формирования выраженных бредовых расстройств здесь более длителен (1-2 месяца). Шизофренические симптомы представлены в большем объеме, чем при аффектдоминантной форме. Общая длительность подобного шизоаффективного приступа составляет не менее полугода. Соотношение аффективных и шизофренических (бредовых) расстройств при данном варианте шизоаффективного состояния составляет примерно 1,5:1. Для доманифестного периода при наличии шизоидного склада характерно заострение преморбидных свойств при одновременном наличии аффективных нарушений с длительным их течением. За один-два года до манифестации наблюдается увеличение тяжести проявлений аффективных расстройств. Манифестный приступ чаще развивается аутохтонно, реже его

проявления возникают на фоне психогений или соматогений. В клинической картине преобладают бредовые расстройства, а приступ протекает по типу параноидного психоза с острыми проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо. В связи с преобладанием различных типологических форм бреда выделяются:

- вариант с картиной острого параноидного синдрома, определяющегося бредом восприятия с отдельными элементами интерпретативного бреда
- вариант с развитием острого параноидного психоза при наличии наглядно-образного бреда с элементами интерпретации, а также острого параноидного синдрома (Кандинского-Клерамбо) с несистематизированным интерпретативным бредом и элементами чувственного бреда.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика проводится с аффективными расстройствами (МДП) и циркулярной шизофренией.

В отличие от аффективных расстройств, при которых обнаруживается характерная ремиссия (интермиссия) с восстановлением личностной структуры циклоидного типа, при шизоаффективном психозе возможная длительная ремиссия характеризуется преобладанием шизоидных черт и нерезко выраженным снижением прежней социальной активности. Отсутствует характерная для МДП сезонность в развитии фаз и суточных колебаний настроения. При дифференциальной диагностике с циркулярной шизофренией придают значение ряду следующих особенностей. Рекуррентная шизофрения развивается, как правило, у лиц гипертимного склада, иногда с акцентуацией признаков дизонтогенеза. Для шизоаффективного расстройства более характерна шизоидная структура личности. В то время как при рекуррентной шизофрении полное развитие приступа характеризуется формированием онейроидной кататонии, при шизоаффективном психозе подобные расстройства не возникают. Его картину на высоте развития приступа формируют шизофренические

бредовые расстройства. В динамике шизоаффективного приступа наблюдается четкая этапность с чередованием аффективных и несвязанных с аффектом (неконгруэнтных) бредовых расстройств, которые развиваются без признаков нарушения сознания. В ходе развития болезни при рекуррентной шизофрении наблюдается прогрессивность заболевания с усложнением психопатологической картины в последующих приступах, в то время как при шизоаффективном психозе длительный катамнез не обнаруживает подобной прогрессивности. В то же время нельзя не отметить, что дифференциально-диагностические критерии нуждаются в дальнейшей разработке.

Лечение

Основным видом терапии шизоаффективного психоза является применение нейролептиков с выраженным антипсихотическим эффектом действия в комбинации с другими препаратами в зависимости от преобладающего аффекта: антидепрессанты при депрессии и соли лития при мании. Наиболее часто используемыми нейролептиками являются аминазин (до 300 мг/сут), пропазин (до 350 мг/сут), тизерцин (до 200-250 мг/сут), трифтазин или этаперазин (до 25-35 мг/сут), галоперидол (до 15-20 мг/сут) при одновременном назначении корректоров (циклодол — 12-20 мг/сут), лепонекс (до 300 мг/сут), клопиксол-акуфаз (50 мг внутримышечно через день в течение двух-трех недель), клопиксол-депо (100-200 мг внутримышечно один раз в три-четыре недели). К этим препаратам при наличии депрессивного аффекта в структуре приступа присоединяют противотревожные антидепрессанты, такие как амитриптилин (до 200-300 мг/сут), анафранил (до 150-200 мг/сут), антидепрессанты «сбалансированного действия» — лудиомил (до 200-300 мг/сут), пиразидол (до 250 мг/сут), леривон (до 120 мг/сут). При развитии шизоаффективных приступов с маниакальным аффектом к указанным нейролептикам присоединяется лечение солями лития (до 1600-2000 мг/сут) либо используется финлепсин в дозировке до 300-400 мг/сут. При резистентности

к комбинированной нейролептической терапии показано лечение инсулином. В этих случаях инсулинотерапия проводится курсом до 10- 15 коматозных состояний. После разрешения приступа рекомендуется поддерживающая терапия небольшими дозами нейролептических препаратов и антидепрессантов (или солей лития). Назначаются этаперазин (до 10-15 мг/сут), галоперидол (до 5-6 мг/сут), стелазин (до 10 мг/сут), амитриптилин (до 50-75 мг/сут), пиразидол (до 50-75 мг/сут), леривон (до 30-45 мг/сут) с постепенным снижением дозы при учете тенденции к стабилизации состояния и наличии комфортных жизненных условий без факторов риска провокации психоза. Показаны трудовая реабилитация, психотерапия, периодическое наблюдение в амбулаторных условиях.

Список литературы:

1. Жмуров В.А. Общая психопатология – Иркутск: Издательство Иркутского Университета, 1986. – 280 с.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., Психиатрия и медицинская психология: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3894-7.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., Психиатрия: учебник – М.: Медицина, 2002. – 544 с. – ISBN 5-225-04189-2
4. Незнанов Н.Г., Психиатрия: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-4643-0
5. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А., Н.Г. Незнанова, 2020 год.