

ЛЕКЦІЯ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ, ВЧЕННЯ ПРО ШИЗОФРЕНІЮ

Полтавський державний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

1. Дифініція
2. Історичні дані
3. Епідеміологія
4. Патогенез
5. Форми шизофренії
6. Основні прояви
7. Діагностика
8. Параноїдна шизофренія
9. Кататонічна шизофренія
10. Гебефренічна шизофренія
11. Проста шизофренія
12. Шизотиповий розлад
13. Лікування

ДЕФІНІЦІЯ

Шизофренія (грецька **shizo** – розсколюю, **phren** – розум, душа) – хронічне поліетіологічне захворювання різноманітною динамікою, різним патокінезом, широким колом продуктивних і дефіцитарних симптомів, а також неблагоприємним результатом, зазвичай наступаючим без своєчасного проведення адекватної терапії і реабілітації або в силу зниження реактивності організму.

ІСТОРИЧНІ ДАНІ

Ідіофренія – В.Х. Кандинський (1880).

Dementia praecox – Е. Крепелін (1898).

Шизофренія – Ейген (Ойген) Блейлер (1911), указав, що фундаментальним порушенням розладу являється психічне розщеплення – розрихленням зав'язків між мисленням і афективною сферою, свідомим та безсвідомим. Зазначав, що це група різнорідних захворювань.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Поширеність – 0,8-1%.

В 3-4 рази частіше захворювання поширене в шарах населення з низьким соціально-економічним статусом. Це може бути пов'язано з соціальним дрейфом пацієнтів.

Пік захворюваності припадає на 18-19 років, але шизофренія може початися з раннього дитинства та в старечому віці, хоча це буває значно рідше (Жмуров В.А.).

ЕТІОЛОГІЯ

Конкордантність у монозиготних близнюків в 3-4 рази вище, ніж у дизиготних.

Ризик розвитку шизофренії у сиблінгів і потомства хворих шизофренією в 10 разів вища, ніж у населення в середньому.

Полігенний характер унаслідування (до 11 генів), локуси генів розміщені на аутосомах 1, 4, 6, 13, 17, 18 и 22. Деякі гени мають відношення до поліморфізму білка серотонінового рецептора (5HT_{2A}).

Значна роль конституціонального фактора – порушень розвитку головного мозку в період вагітності і неонатальному періоді під дією ряду факторів. Є дані, що матері пацієнтів частіше переносили інфекційні захворювання в першому триместрі вагітності.

ПАТОГЕНЕЗ

Допамінова гіпотеза – гіперреактивація дофамінергічних систем.

Гіпоглутаматергічна теорія – основана на даних про порушення зі сторони глутаматергічної системи.

Серотонінергічна теорія – базується на фактах, що введення сератонінергічних препаратів приводило до загострення продуктивної симптоматики.

ОСНОВНІ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ ПО МКХ-10

- Шизофренія параноїдна – найбільш часто зустрічається в світі (60% випадків).
- Шизофренія гебефренічна
- Шизофренія кататонічна
- Шизофренія проста
- Шизофренія недиференційована

ЗА СТУПЕНЕМ ПРОГРЕДІЄНТНОСТІ ШИЗОФРЕНІЮ ПОДІЛЯЮТЬ

- Малопрогресивна або млявопротікаюча шизофренія
- Шизофренія із середньою прогресивністю
- Злоякісно протікаюча шизофренія

ПРОЯВИ ШИЗОФРЕНІЇ

ПРОДУКТИВНІ СИМПТОМИ

- Порухення в сфері елементарної чутливості (сенестопатії, які є вичурними і наближаються до соматичних галлюцинацій)
- Порухення в сфері сприйняття: вербальні галлюцинації, особливо імперативні, коментуючі, реєструючі, ехолалічні, рефлекторні; зорові галлюцинації – екстракампінні, аутоскопичні, ендоскопічні, нюхові; вісцеральні галлюцинації, галлюцинації трансформації внутрішніх органів.
- Маячні ідеї (персекуторні, фізичної, психічної дії, маячіння Капгра і Фреголі, маячіння інсценування, особливого значення, аперсоналізації).
- Афективні розлади (атипові форми манії, депресії, змішані афективні стани)
- Різномірні порушення самосвідомості, внаслідок чого порушується самосприйняття та світосприйняття
- Нав'язливі стани (абсурдні і контрастні нав'язливості у вигляді складних компульсивних ритуалів)

ПРОЯВИ ШИЗОФРЕНІЇ ПРОДУКТИВНІ СИМПТОМИ

- Прояви синдрому Кандинського-Клерамбо в широкому діапазоні (шперунг, ментизм, відкритість, відібрання і вкладування думок, читання думок, звучання власних думок, сенсорні, ідеаторні та інші психічні автоматизми, маячіння фізичного та психічного впливу)
- Кататонічні розлади – ступор, збудження.
- Онейроїдні, а в тяжких випадках онейроїдно-аментивні стани.

НЕГАТИВНІ СИМПТОМИ

- Розщеплення особистості, амбівалентність, анозогнозія або двояка реакція на хворобу.
- Інтроверсія (патологічна рефлексія)
- Аутизм (відірванність від реальності, тенденція до підміни об'єктивної дійсності суб'єктивною реальністю)
- Розлад міжособистісних комунікацій, наростаюча відгороженість і закритість
- Наростаюче зниження активності, обідніння мотиваційної сфери, зниження ініціативи
- Наростаюче емоційне обідніння, прогресуюча утрата колишніх інтересів
- Різномірне порушення мислення (різнопланове мислення, розпливчате, розірване, мимовідповіді, формалізм, резонерство)
- Розмивання власної ідентичності і кордонів, розділяючих внутрішньоособистий простір і уявлення навколишнього світу

НЕГАТИВНІ СИМПТОМИ

- Дивні захоплення, інтереси, незвичайні прихильності, чудернацькість, дивакуватість в поведінці при дефіциті просоціальних тенденцій
- Порушення уваги, фіксація уваги на незначних аспектах сприйманого
- Наростаюче зниження рівня функціонування особистості, явища вторинного інфантилізму
- Соціальний дрейф та інвалідизація

ДІАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНІЇ

Згідно з МКБ-10, необхідно як мінімум один чіткий симптом з нижчеперелічених ознак 1-4 або 2 симптоми із ознак 5-9, якщо вони існують протягом не менше 1 місяця:

1. Ехо думок, вкладування або відняття думок, їх трансляція (відкритість, читання думок)
2. Маячення впливу, оволодіння, які відносяться стосовно руху тіла і діям, думок, відчуттям, а також маячіння сприйняття.
3. Вербальні галюцинації, коментуючі або обговорюючі пацієнта, галюцинації, які проєктуються в якусь частину тіла.
4. Стійкі маячні ідеї різного змісту.
5. Постійні галюцинації будь-якої іншої модальності (окрім акустичної), супроводжуються маячінням, нестійкі або не докінця сформовані маячні ідеї без чіткого емоційного змісту або постійні надцінні ідеї, які зберігаються протягом декількох тижнів.

ДІАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНІЇ

6. Переривання процесів мислення (шперунг) або втручаючі думки (ментизм), неологізми.
7. Кататонічні розлади, такі як недиференційовані, іноді стереотипні збудження, імпульсивні дії, воскова гнучкість, застигання, негативізм, мутизм, ступор,
8. Негативні симптоми, наприклад виражена апатія, бідність мови, сгладженість, неадекватність емоцій, зниження соціальної продуктивності.
9. Значне поступові і нерідко якісні зміни поведінки у вигляді втрати інтересів і ціленаправленості, бездіяльності, аутизації.

ШИЗОФРЕНІЯ ПАРАНОЇДНА

- Маячіння персекуторного характера;
- Мегаломанічне маячіння;
- Маячіння надздібностей;
- Параноїдний синдром;
- Парафренний синдром;
- Синдром Кандинського-Клерамбо;
- Синдром Капгра;
- Псевдогаллюцинації;
- Істинні галлюцинації;
- Апатія;
- Абулія;
- Амбівалентність;
- Амбітендентність;
- Ідеаторні автоматизми.

ШИЗОФРЕНІЯ ПАРАНОЇДНА

- Дебютує в 25-35 років. Може проявлятися значно раніше.
- Починається в юнацькі роки і виявляється у зниженні працездатності, успішності в навчанні, праці. Помітно зменшується інтерес до оточуючого світу, до нового. Будь-яка нова інформація сприймається і засвоюється дуже важко. Послаблюються і втрачаються контакти з родичами, друзями. Більшість часу хворий проводить усамітнено. З'являється виразна дивакуватість у поведінці, неохайність, галюцинації (переважно нюхові та слухові).
- Маніфестна стадія дебютує паранояльним синдромом або синдромом вербального галюцинозу.
- Через деякий час (декілька років) поступово переходить процес в параноїдну стадію, головною характеристикою якої є синдром психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо.

Кінцеві стани при параноїдній формі шизофренії настають порівняно нескоро. При цьому розвиваються афективна тупість, уривчастість мислення, порушується конкретизація понять. Нерідко поведінка стає дивакуватою, що має кататонічний відбиток. Разом з деградацією особистості, що наростає, все більшою мірою проявляється аутизм з повною втратою інтересу до зовнішнього світу

ГЕБЕФРЕНІЧНА ШИЗОФРЕНІЯ

- Дебютує зазвичай у юнацькому віці, нерідко — в період статевого дозрівання. Рідше — пізніше і у виняткових випадках — в ранньому дитинстві.
- Цей різновид шизофренії найчастіше розвивається поступово. Однак іноді гебефренія виникає у вигляді гострого психозу з проявами маніакальноподібного, тривожного або сплутаного збудження. Хворобливий стан досить швидко розгортається: безперервно або у вигляді небагатьох тривалих спалахів з наступними короткочасними невираженими ремісіями. Переважно цей процес досить швидко призводить до дефекту особистості із значним її спустошенням та деменцією.

- Основні симптоми гебефренії: різко виражена розірваність мислення, порушення конкретизації понять, емоційна тупість, блазенство. Поряд з тим, особливо в гострих стадіях недуги, можуть з'являтися симптоми, властиві іншим формам шизофренії, особливо кататонічній. Змішана гебефрено-кататонічна картина хвороби спостерігається нерідко. Іноді хворі виявляють свідому доступність і навіть лагідні до оточення. Однак поступово вони стають все замкненішими, байдужими, недбалими.

КАТАТОНІЧНА ФОРМА

- захворювання найчастіше починається з гострого збудження, що супроводжується численними пси-хотичними і руховими симптомами. Іноді картина розвивається підгостро, з депресивного стану, появи іпохондричних ідей, слухових галюцинацій і страхів. Зазвичай кататонія дебютує у віці між 20—30 роками, інколи — раніше, але рідко — пізніше. Після порівняно нетривалої гострої стадії часто настає період ремісії. Значно рідше безпосередньо вслід за гострим спалахом процес набуває хронічного прогресивного перебігу. Найчастіше кататонія має вигляд періодичних гострих спалахів, що нерегулярно повторюються і супроводжуються рідкими ремісіями, поки процес не доходить до кінця. Це характеризується появою великої кількості рухових симптомів, але менш вираженим розпадом особистості, ніж у кінцевих станах при гебефренії.

Ступорний акінез зі сповільненням, млявістю або скутістю, ригідністю м'язів може несподівано змінюватися ка-татонічним збудженням з гіперкінезами, стереотипними автоматичними рухами, вербігерацією, ехолалією, ехомімією та ехопраксією за наявності негативізму. Зазвичай кататонічне збудження не є тривалим, тоді як кататонічний ступор може тривати роками. Поряд з кататонічними явищами у хворих інколи спостерігаються неврологічні симптоми, зокрема зміна форми зіниць. Розлади з боку вегетативної нервової системи бувають досить різко вираженими.

ПРОСТА ШИЗОФРЕНІЯ

- є однією з найчастіших форм цієї хвороби. Деякі ж автори вказують на те, що такої форми шизофренії не існує. Зазвичай вона починається в період статевого дозрівання. Розвивається поступово, іноді протягом десятків років, призводить до більшої чи меншої мірою вираженого дефекту особистості. Ремісії при цій формі шизофренії спостерігаються рідко.
- Проста шизофренія характеризується занедбанням особистості, що прогресивно наростає, та апатією і повільним зниженням активності. Галюцинацій, маячних ідей і кататонічних симптомів не буває. Переважно спостерігається своєрідна недоумкуватість, що прогресивно розвивається десятиліттями. Найчастіше це відбувається на тлі преморбідного шизоїдного психопатичного складу особистості. Лише в окремих легких випадках психічні відхилення утримуються на рівні шизоїдної психопатії (розлади особистості).

ТИПИ ПЕРЕБІГУ ШИЗОФРЕНІЇ

- Хронічний перебіг, що безперервно прогресує, чи безперервно прогресивний тип. Розвивається поступово, протягом багатьох років і, зрештою, призводить до специфічної деменції. Іноді спостерігається злоякісний варіант безперервно прогресивного типу. Найчастіше це буває в підлітковому і юнацькому віці.
- Нападopodobно прогресивний (шубopodobний) тип. Вияви хвороби мають вигляд гострих нападів, за якими може настати ремісія, а іноді навіть призупинка подальшого розвитку процесу. Наслідок захворювання — дефект особистості. Прогресує з кожним нападом.
- Рекурентний (нападopodobний) тип. Хронічний перебіг з гостровподобними спалахами, переважно у вигляді атипових, маніакальних або депресивних фаз, після кожної з яких настає період ремісії. Дефект особистості виражений мінімально. За такого перебігу шизоафективного психозу прогресування захворювання виявляється, головним чином, у по-і туповому скороченні періодів ремісії і збільшенні тривалості спалахів.
- Перебіг хвороби може погіршуватися за будь-якої форми шизофренії. Але існують випадки, коли він не змінюється протягом десятиліть. Це так звані стаціонарні форми шизофренії. Поліпшення, тобто ремісії, можуть настати в будь-якій стадії розвитку шизофренії.

ТИПИ РЕМІСІЙ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

- Повна (ремісія А) — цілковите зникнення продуктивної пси-хотичної клініки за збереження у частини хворих незначно вираженої апатико-дисоціативної симптоматики, що суттєво не знижує якості життя (здатність до самообслуговування, орієнтації, контролю за поведінкою, до спілкування, пересування, працездатність).
- Неповна (ремісія В) — значне зниження прояву продуктивної психопатологічної симптоматики за збереження помірно виражених негативних психотичних розладів і погіршення критеріїв рівня життєдіяльності (обмежена працездатність тощо).
- Неповна (ремісія С). Помітні редукція, інкапсуляція продуктивних психопатологічних виявів, добре виражений дефект особистості, значно знижений рівень життєдіяльності (в тому числі повна втрата працездатності).
- Часткова (ремісія Д) — зменшення гостроти перебігу хвороби, певна дезактуалізація психотичних та інших симптомів. Хворі потребують продовження основного курсу лікування (внутрішньолікарняне поліпшення).

ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД

Цей розлад характеризується ексцентричною поведінкою, аномаліями в сфері мислення і емоцій, які є подібними до хворобливих проявів, що спостерігаються при шизофренії. Однак, на жодній стадії перебігу цього захворювання, порушення, які є характерними для шизофренії, не відзначаються. Можуть спостерігатися наступні симптоми: емоційна холодність або неадекватність афекту, ангедонія, дивакувата або ексцентрична поведінка, тенденція до соціального відчуження, параноїдні або дивні ідеї, які не досягають ступеня марення, нав'язливі думки, порушення мислення і сприйняття, транзиторні, квазіпсихотичні епізоди з виразними ілюзіями, слуховими та іншими галюцинаціями, маревоподібними ідеями, які зазвичай виникають без будь-якого зв'язку із впливом навколишніх провокуючих факторів. Точний час початку розладу важко визначити, а перебіг, як правило, є подібним до перебігу розладів особистості.

ДІАГНОСТИКА ШИЗОТИПОВОГО РОЗЛАДУ

Клінічні діагностичні критерії, згідно з МКХ-10

А. Протягом не менше 2 років постійно або періодично спостерігаються, як мінімум, 4 пункти з перелічених:

- 1) неадекватний або звужений афект: хворий виглядає відчуженим і емоційно холодним;
- 2) дивна, ексцентрична або своєрідна поведінка або зовнішній вигляд;
- 3) порушення здібності до встановлення контакту при спілкуванні й тенденція до соціальної відчуженості;
- 4) дивні погляди, переконання, вірування або магічне мислення, які здійснюють вплив на поведінку і не узгоджуються з субкультуральними нормами;
- 5) підозрілість або параноїдальні ідеї;
- 6) нав'язливі роздуми («розумова жуйка») без внутрішнього їм опору, причому думки часто мають дисморфофобічний, сексуальний або агресивний зміст;
- 7) незвичайні явища у сфері сприйняття, включаючи соматосенсорні (тілесні) або інші ілюзії, деперсоналізацію чи дереалізацію;
- 8) аморфне, метафоричне, зверхдеталізоване, часто стереотипне мислення, яке проявляє себе дивною мовою (або якимось іншим чином), але без виразної розірваності;
- 9) рідкісні транзиторні квазіпсихотичні епізоди з інтенсивними ілюзіями, слуховими чи іншими галюцинаціями та маревоподібними ідеями, які зазвичай виникають без зовнішньої провокації.

Б. Випадок не відповідає критеріям якого-небудь розладу, що відноситься до категорії F20.

ЛІКУВАЛЬНА ПРОГРАМА ШИЗОФРЕНІЇ

Курс лікування

Нейролептична терапія

Оланзапін 5-10 мг\добу всередину.

Кветиапін (УД – А) 200-600 мг\добу всередину.

Палиперидон (УД – А) 3-12 мг \добу всередину.

Амисульприд (УД – А) 200-600мг\добу всередину.

Рисперидон (УД – А) 1-6 мг \добу всередину.

Клозапін (УД – А) 25-150 мг\добу всередину.

Галоперидол (УД – А) 5-15 мг\добу всередину.

Трифлуоперазин (УД – В) 2,5-20 мг\добу всередину.

Левомепромазин (УД – В) 25-100 мг\добу всередину.

Тригексифенидил (УД – В) 1-6 мг\добу всередину.

Галоперидол – деканоат (УД – А) 50-100 мг\ в 4 тижні в\м

Рисперидон-конста (УД – А) 25- 50 мг\ в 2 тижні в\м

Флуфеназин (УД – А) 25-50 мг\ в 4 тижні в\м

Палиперидона пальмитат (УД – А) 50-150мг/4 тижні в\м

Препарати використовуються виключно як супутня терапія при наявності в клінічній картині коморбідних станів (депресії, тривоги, поведінкові розлади).

- Агомелатин (УД – В) 25-50мг\добу всередину
- Венлафаксин (УД – В) 37,5-150 мг\добу всередину
- Амитриптилин (УД – В) 75-150мг\добу всередину
- Сертралин (УД – В) 50-100мг\добу всередину
- Флувоксамин (УД – В) 50-100 мг\добу всередину
- Миртазапин (УД – В) 15-30 мг\добу всередину
- Флуоксетин (УД – В) 20-60 мг\добу всередину
- Хлорпротиксен (УД – В) 15- 150 мг\добу всередину
- Тиоридазин (УД – В) 50- 150 мг\добу всередину
- Топирамат (УД – В) 50-150 мг\добу всередину
- Карбамазепин (УД – В) 200-600 мг\добу всередину
- Вальпроевая кислота 300-600 мг\добу всередину
- Ламотриджин (УД – В) 50-100 мг\добу всередину
- Феназепам (УД – А) 0,5-1мг\добу всередину
- Зопиклон (УД – А) До 15мг\добу всередину
- Клоназепам (УД – А) До 2мг\добу всередину
- Дулоксетин (УД – А) 60 мг\ добу всередину

ЗАПИТАННЯ

1. Який етіопатогенез шизофренії?
2. Хто винайшов назву хвороби?
3. Які діагностичні критерії шизофренії?
4. Види шизофренії
5. Лікування