

ШИЗОФРЕНИЯ

СИМПТОМАТИКА

ПАТОГЕНЕЗ

ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ

КЛАССИФИКАЦИЯ

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Психическое заболевание – нарушение работы мозга: органическое; психическое; невротическое; аффективное.

Шизофрения – самое распространенное психическое заболевание.

Постановка диагноза в психиатрии занимает много времени.

В диагностике решающим оказывается:

- наличие ключевого симптома;
- наличие характерного клинического синдрома.

В основе диагноза лежат:

- жалобы на момент осмотра;
- анамнез;
- психическое состояние.

Каковы симптомы шизофрении?

Позитивные симптомы:

нарушенное или избыточное проявление нормальных функций.

Негативные симптомы:

недостаточное проявление нормальных функций.

Возможны разные сочетания позитивных и негативных симптомов.

Позитивные симптомы шизофрении

- галлюцинации
- иллюзии
- бред
- странное поведение
- расстройство мыслей

Что такое галлюцинации?

Восприятие при отсутствии внешнего стимула возникают в любой сфере чувств, но чаще встречаются:

- слуховые (голоса)
- зрительные.

Для пациента эти ощущения имеют характер реальности.

Что такое иллюзии?

Искаженное восприятие.

Иллюзии, это искаженное восприятие **реальных** объектов.

Что такое бред?

Ложное убеждение или умозаключение, которое не может быть объяснено религиозными или культурными особенностями больного.

Что такое необычное поведение?

Странные причудливые действия:

- несвойственные для общественного положения и пола больного
- повторяющиеся или стереотипные
- агрессия и\или возбуждение

Что такое разорванность мышления?

Нарушение логической последовательности мыслей:

- непоследовательная речь
- бессмысленная речь
- несвязанные фразы
- соскальзывание с одной темы на другую
- затруднение в формулировании простейших ВЫВОДОВ
- поток бессмысленных слов (словесная окрошка).

Негативные симптомы шизофрении.

- **Аффективное уплощение или эмоциональная тупость**
- **Алогия**
- **Абулия**
- **Ангедония**
- **Нарушение внимания**

Что такое эмоциональное уплощение?

Обеднение эмоциональной выразительности и чувствительности.

- Застывшее выражение лица
- Уменьшение жестякуляции и спонтанных движений
- Бедность зрительного контакта
- Отсутствие или обеднение эмоционального ответа
- Монотонность голоса

Что такое алогия?

Обедненная способность мыслительной и речевой деятельности.

- Задержка ответов на вопросы
- Краткие скудные ответы
- Бедная по форме и содержанию речь

Что такое абулия?

Снижение способности приступить к действию или довести действие до конца.

- Отсутствие воли
- Недостаток настойчивости в труде и учебе
- Неопрятность в одежде, пренебрежение гигиеной
- Апатия
- Физическая анергия

Что такое ангедония?

Снижение способности испытывать удовольствие.

- Снижение активности и интересов при проведении досуга
- Охлаждение отношений с друзьями и коллегами
- Затруднения в достижении интимности и близости

Что такое нарушения внимания?

**Неспособность сосредоточиться,
невозможность поддерживать
внимание.**

Первичные и вторичные негативные симптомы

Негативные симптомы следует разделять на первичные и вторичные.

Идентичные клинически, они вызваны разными причинами.

Шизофрения

- побочные эффекты лечения
- последствия позитивных симптомов
- депрессия
- госпитализм

Первичные симптомы

Вторичные симптомы

Первичные и вторичные негативные симптомы в клинической практике

Сложно различить (нет простого критерия).

Но:

- Пациенты с выраженными (–) симптомами обычно не отвечают на лечение.
- Для таких пациентов характерна рефрактерность к терапии.
- Врачи часто не знают чем отличаются первичные и вторичные симптомы

↓
Низкий уровень распознавания первичных симптомов.

↓
Отсутствие стремления к выявлению и лечению пациентов с такой симптоматикой.

С появлением *Солиана* специфическое лечение стало
ВОЗМОЖНЫМ

Для чего различать первичные и вторичные симптомы

Отличаются подходы к лечению:

- **Первичные негативные симптомы:**
только специфический антипсихотик.
- **Вторичные негативные симптомы:**
воздействие на причину (антипаркинсонические средства, антидепрессанты, коррекция первоначальной терапии).

Психиатры, различающие первичные и вторичные негативные симптомы оценят достоинства *Солиана*.

Выводы: что такое шизофрения

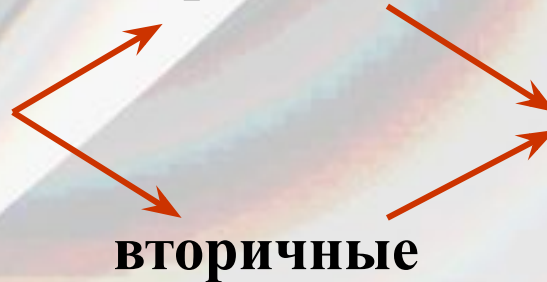
Симптомы (+) (-)

Негативные
симптомы

первичные

вторичные

клинически идентичны,
но
этиология различна



Основные системы классификации шизофрении.

МКБ-10

10-й пересмотр
международной
классификации болезней
и сопутствующих
нарушений здоровья

ВОЗ, Женева 1992.

ДСМ-4

4-й пересмотр
диагностическое и
статистическое руководство
по психическим
расстройствам,

Американская Психиатрическая
ассоциация 1994.

**Классификации не служат основой диагностики,
они созданы для формирования однородных групп
пациентов в клинических исследованиях**

Типы шизофрении.

МКБ-10 и ДСМ-4 выделяют:

- параноидную шизофрению
 - гебефреническую (МКБ)
или дезорганизованую (ДСМ) шизофрению
 - кататоническую шизофрению
 - резидуальную (остаточную) шизофрению
-
-

Кроме того МКБ-10 выделяет:

- недифференцированную шизофрению
- простую шизофрению
- пост-шизофреническую депрессию

Параноидная шизофрения (МКБ-10, ДСМ-4)

**Устойчивый, часто параноидный * бред,
обычно с галлюцинациями и
расстройствами восприятия.**

* подозрительность и чувство преследования.

**Во всем мире самая частая форма
шизофрении.**

Гебефреническая (МКБ-10) или дезорганизованная (ДСМ-4) шизофрения.

Перепады настроения, неадекватное и непредсказуемое поведение, огрубление эмоций, расстройства мышления и речи.

Характерно раннее начало.

Кататоническая шизофрения (МКБ-10, ДСМ-4).

Психические и двигательные расстройства, например застывание, неестественные позы, колебания от гиперкинезии до ступора.

**Сейчас реже встречается в
индустриальных странах,
но по-прежнему распространена
в остальном мире.**

Остаточная (резидуальная) шизофрения (МКБ-10, ДСМ-4)

Устойчивое преобладание негативной симптоматики, минимум позитивных симптомов по меньшей мере один психотический эпизод в анамнезе.

Хроническая форма шизофрении.

Постшизофреническая депрессия (МКБ-10).

Преобладание симптомов депрессии над симптомами шизофрении (чаще негативными).

Связана с повышенным риском суицида.

Как исследуется психическое состояние?

Психиатр оценивает следующие признаки:

- внешний вид и поведение
- настроение
- мышление и речь
- содержание мыслей
- восприятие
- интеллектуальные функции
- способность пациента оценить свое состояние

Для чего используются психометрические шкалы?

Шкалы делают возможными:

- Объективную оценку эффективности и безопасности терапии
- Достоверное сравнение эффективности методов лечения
- Достоверное соотношение проявлений болезни и побочных эффектов терапии.

Но

- Для адекватного применения нужна специальная подготовка
- Требуют дополнительных затрат времени и сил
- Редко используются в клинической практике

Оценка эффективности антипсихотической терапии.

- ❖ Шкала краткой психиатрической оценки (BPRS - *The Brief Psychiatric Rating Scale*)
- ❖ Шкала оценки позитивных симптомов (SAPS - *Scale for the Assessment of positive Symptoms*)
- ❖ Шкала оценки негативных симптомов (SANS - *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*)
- ❖ Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS - *Positive And Negative Symptom Scale*)
- ❖ Шкала общего клинического впечатления (CGI - *The Clinical Global Impression scale*)

Шкалы оценки безопасности антипсихотической терапии.

Главный побочный эффект современных антипсихотиков – ЭПС.

ЭПС (экстрапирамидные симптомы) связаны с блокадой стриатных дофаминовых рецепторов.

- Шкала Симпсона-Ангуса (*SAS - Simpson-Angus Scale*):
все экстрапирамидные симптомы
- Шкала Барнса (*BAS или BARS - Barnes Akathisia Rating Scale*)
для оценки акатизии
- Шкала аномальных непроизвольных движений (*AIMS - The Abnormal Involuntary Movement Scale*) :
тардивная дискинезия

Шкала Симпсона-Ангуса (SAS - Simpson-Angus Scale)

Оценка экстрапирамидных симптомов, связанных с фармакотерапией.

Достоинства:

- Специальное описание для оценки степени выраженности каждого симптома
- Возможно качественное исполнение медицинскими работниками непсихиатрического профиля
- Быстрота выполнения
- Возможно проследить соотношение между разными ЭПС

Системы классификации, шкалы психометрической оценки

Основные системы классификации:

МКБ (в настоящее время МКБ-10)

ДСМ (в настоящее время ДСМ-4)

Разные типы течения шизофрении

4 общих в МКБ и ДСМ

3 только в МКБ

Оценка эффективности антипсихотической терапии

PANSS BPRS CGI (–) SANS (+) SAPS

Оценка безопасности антипсихотической терапии

Симпсон-Ангус

Акатизия (Барнс)

AIMS

Начало шизофрении.

Обычно шизофрении поражает молодых.

Пик заболеваемости (возраст):

15-25 (мужчины)

25-35 (женщины)

Клинические фазы шизофрении

- преморбидный этап (явных симптомов болезни нет)
- продромальный этап (наличие слабо выраженных типичных симптомов)
- острая фаза (все симптомы ярко выражены)
- хронический этап (длительное наличие симптомов с переменной интенсивностью)

Течение шизофрении.

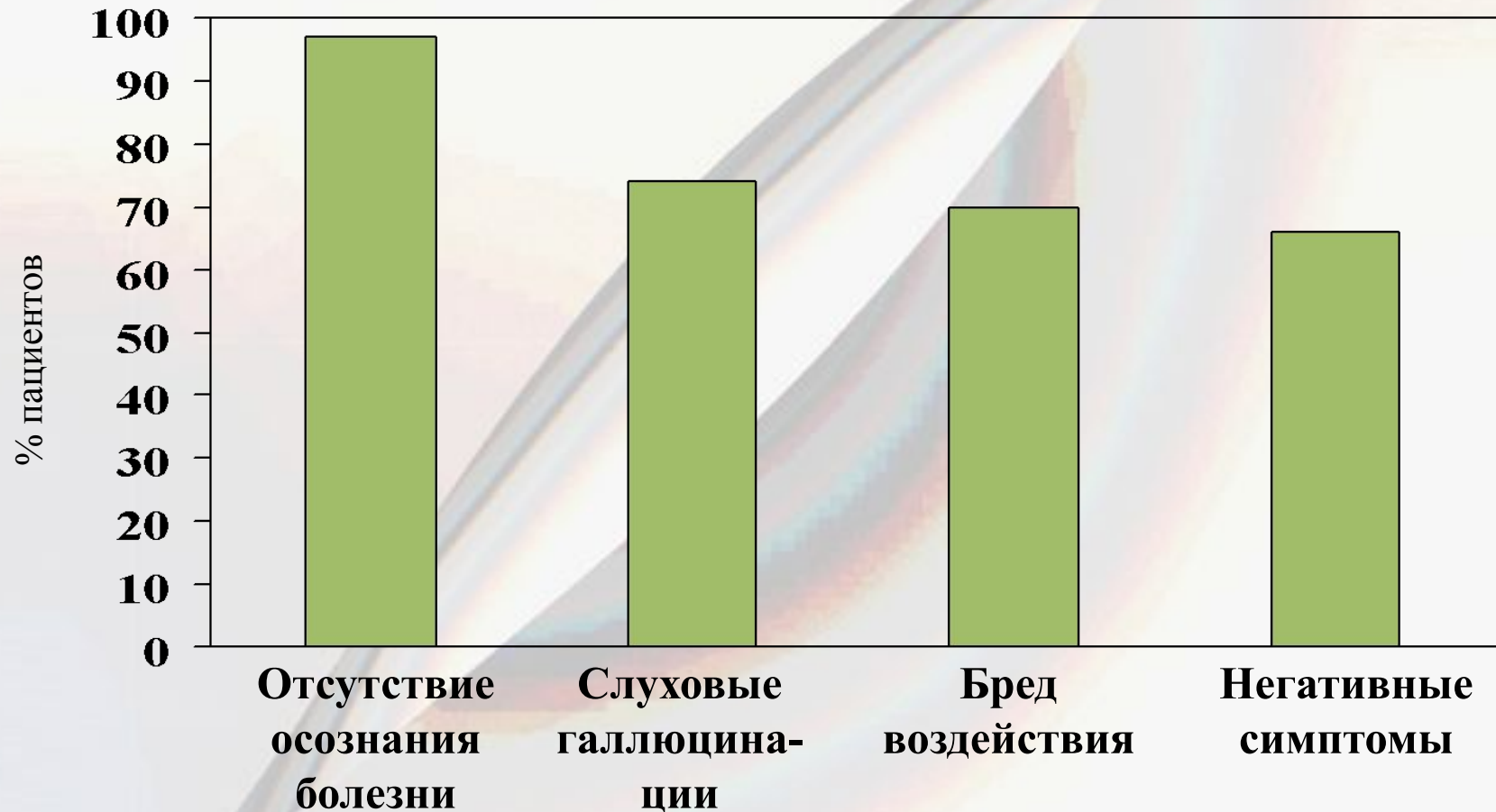
Четыре наиболее частых варианта:

- единственный острый эпизод, возвращение к норме
- острые эпизоды чередуются с ремиссиями
- острые эпизоды чередуются с этапами хронического течения
- острые эпизоды чередуются с этапами хронического течения, личность претерпевает глубокие изменения.

Острые и хронические этапы, а также ремиссии чередуются в большинстве случаев непредсказуемо.

После 5 первых лет течение болезни приобретает более стабильный характер.

Наиболее частые симптомы шизофрении

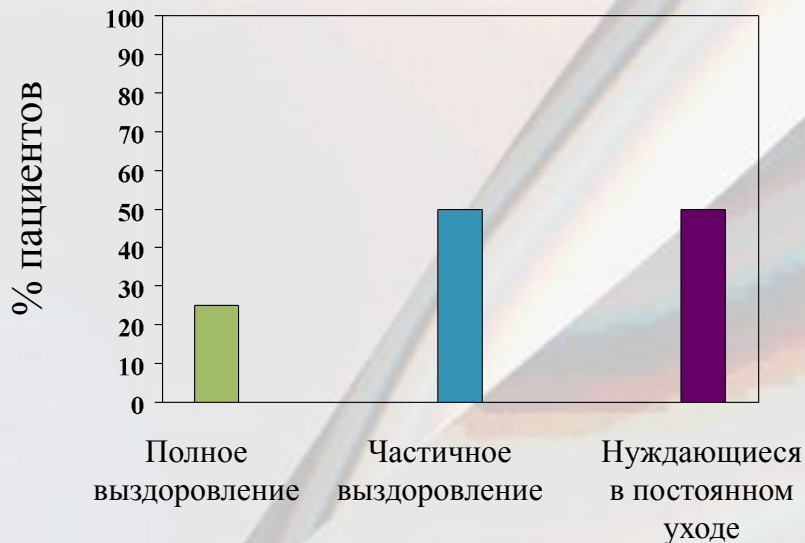


Исследование ВОЗ, данные получены в 10 странах мира (1973 г.)

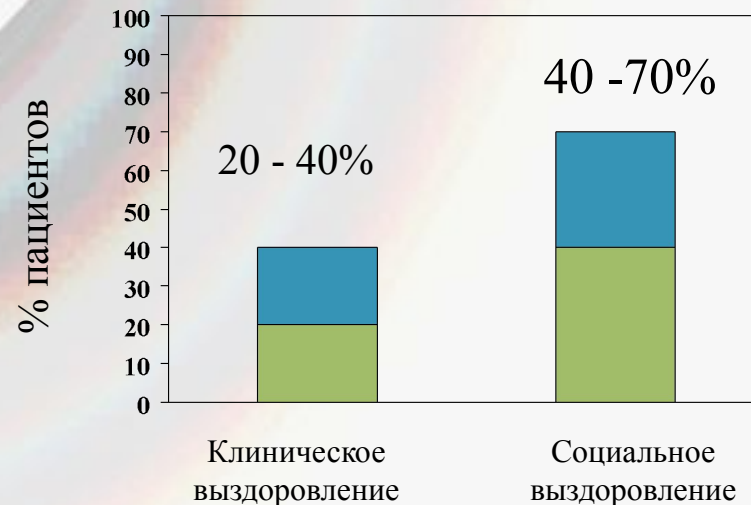
Какова вероятность выздоровления при шизофрении?

Выздоровление = Уменьшение или исчезновение симптомов.
Восстановление общественного и профессионального статуса.

Национальный институт
Психического здоровья (США)
Наблюдение за 2 тыс. больных (1986 г.)



Другие длительные исследования



Социальная адаптация возможна даже при наличии СИМПТОМОВ.

Факторы, способствующие благоприятному исходу.

- Высокая социальная адаптация до болезни
- Позднее начало
- Изначально хороший ответ на лечение
- Продолжение рекомендованной терапии
- Отсутствие постпсихотической депрессии

Между появлением болезни и началом терапии должно пройти как можно меньше времени.

Смертность и заболеваемость при шизофрении.

Продолжительность жизни:

Сокращается на 10 лет у мужчин

Сокращается на 9 лет у женщин

Почему?

- Самоубийство
- Несчастные случаи
- Сердечно-сосудистые болезни
- Курение
- Бытовые условия и питание
- Качество медицинского обслуживания
- Злоупотребление алкоголем и наркотиками

Начало, течение и исход шизофрении.

- Раннее начало: 15-25 (мужчины)
25-35 (женщины)
- Разные варианты течения (4 основных)
- Выздоровление связано с уменьшением симптоматики и улучшением общественного и профессионального положения
- Более 50% пациентов в той или иной степени выздоравливают
- Продолжительность жизни при шизофрении сокращается в среднем на 10 лет

Факторы риска.

Биологические предрасполагающие факторы:

- один или двое родителей больных шизофренией
- патология беременности, осложнения в родах
- рождение в зимние месяцы
(респираторно-вирусные инфекции)

Социальные предрасполагающие факторы:

- низкое социально-экономическое положение
- жизнь в городе
- смена страны проживания
- неблагоприятная психологическая обстановка в семье

Причины шизофрении.

Изменения в следующих структурах мозга:

лимбическая система, лобная кора, желудочки

Ключевой механизм - нарушение в обмене дофамина

= мишень всех современных

антипсихотиков

Важные допаминерические пути: мезолимбический и мезокортикальный

Важные допаминерические рецепторы: $D_2 + D_3$

Наличие биологического субстрата болезни – следовательно лекарственное лечение - это самое эффективное

Однако, точные причины неясны - следовательно симптоматическое лечение

Дофаминовая гипотеза: доказательства.

Шизофрения вызвана избыточной активностью дофаминерических синапсов в мозге.

- Дофамин принимает участие в управлении движениями , эмоциями, мышлением.
- Все антипсихотические средства блокируют дофаминовые рецепторы (D_2), клиническая эффективность антипсихотиков коррелирует с D_2 -антагонизмом.
- Стимуляция дофаминовых рецепторов вызывает психоз.

Допаминовая гипотеза: современные данные.

Допаминовая гипотеза не может объяснить всех феноменов шизофрении.

Современные мнения:

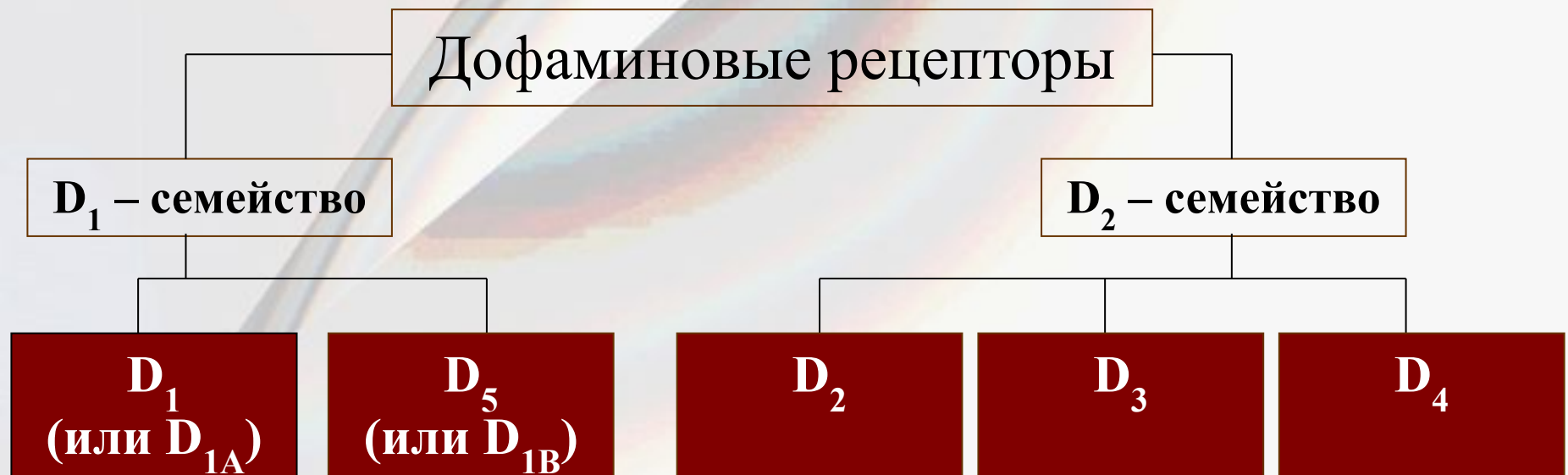
(+) и (–) симптомы связаны с аномалиями передачи дофамина, но это разные по механизму и локализации аномалии.

Подтипы дофаминовых рецепторов.

Первоначальная классификация, 2 подтипа дофаминовых рецепторов: D_1 и D_2

Новая классификация.

В начале 90-х годов были открыты еще 3 подтипа рецепторов: D_3 , D_4 , D_5 .



Классификация дофаминовых рецепторов: старый и новый вариант.

Существование двух классификаций часто ведет к недоразумениям.

Многие исследователи все еще используют старую классификацию, поэтому «их» D_2 означает «наше» D_2 -семейство; в их классификацию не входят наши « D_3 , D_4 , D_5 »-рецепторы.

Распределение дофаминовых рецепторов В МОЗГЕ

- **D₂-рецепторы присутствуют повсеместно, поэтому:**

антипсихотическое
блокада D₂-рецепторов → действие
ЭПС

- **D₃-рецепторы встречаются преимущественно
в лимбической системе**

блокада преимущественно
D₃-рецепторов → антипсихотическое действие
слабо выраженные ЭПС

Другие нейромедиаторы, возможно значимые в развитии шизофрении.

Серотонин 5-гидрокситриптамин (5-НТ)

2 гипотезы: блокада 5-НТ₂-рецепторов

Уменьшение ЭПС,
компенсация воздействия
антагонистов дофамина
на двигательную сферу.

Усиление
антипсихотического
действия антагонистов
дофамина .

Но клинических подтверждений гипотезам не существует.

Заключение.

- блокада дофаминовых рецепторов обязательна для антипсихотической активности.
- действие атипичных антипсихотиков нельзя объяснить блокадой 5-НТ₂-рецепторов.

Другие нейромедиаторы, возможно значимые в развитии шизофрении: возбуждающие аминокислоты

Возбуждающие аминокислоты (ВАА)

- В мозге больных шизофренией нарушено соотношение рецепторов чувствительных к (ВАА), преимущественно в лимбической системе и лобной коре.
- Фенциклидин, мощный антагонист ВАА вызывает симптомы, сходные с позитивной и негативной симптоматикой шизофрении.

Свидетельства вовлеченности других медиаторных систем все еще неочевидны, что только подчеркивает значимость дофаминовой гипотезы.

В основе шизофрении – биологические процессы

**Фармакологические средства – самый
эффективный метод лечения.**

*Причина болезни остается неясной,
лечение носит симптоматический
характер.*

Что такое экстрапирамидные симптомы?

ЭПС это двигательные нарушения, вызванные блокадой стриатных дофаминовых рецепторов.

- Паркинсонизм (самый частый ЭПС)
- Акатизия
- Дистонии
- Тардивная дискинезия (самый тяжелый ЭПС)

ЭПС – основная причина вторичной негативной симптоматики и самовольного прерывания терапии.

Как часто встречается шизофрения?

**1 человек из 100
(40 миллионов во всем мире).**

**В течение года заболевает 1 человек
из 10000.**

**Только 50% заболевших получают
лечение.**

Экономический ущерб шизофрении.

В расчете на одного больного, шизофрения самое дорогое психическое заболевание.

- **Начинается в ранние годы.**
- **Течет хронически, не является непосредственной причиной смерти.**

Прямые и косвенные потери от шизофрении превышают потери от инфаркта миокарда.

Во что обходится шизофрения?

Прямые затраты:

- примерно 2% медицинского бюджета западных стран (0,2% национального дохода).
- 300 миллионов фунтов стерлингов в год в Великобритании.

Непрямые затраты:

- снижение продуктивности заболевших (более 2 миллиардов фунтов стерлингов в год в Великобритании).
- снижение продуктивности опекунов.
- потеря средств, которые могли бы использоваться в других областях.

В Великобритании 1 из 10 семей, на попечении которых есть заболевшие родственники, испытывает финансовые затруднения.

Частота шизофрении, ее стоимость.

- Шизофренией болеют около 40 миллионов человек в мире.
- Частота – 1 человек из 100.
- Только 50% больных шизофренией получают лечение.
- Заболеваемость в течение года 1 случай на 10000.
- Самое дорогое психическое заболевание.

Заключение

- Шизофрения широко распространена.
- Шизофрения поражает молодых и чаще длится всю жизнь.
- В основе шизофрении – биологический механизм.
- В большинстве случаев лечение антипсихотиками эффективно.
- Побочные эффекты лечения часто тяжелы и ухудшают социальный прогноз.
- Лишь немногие антипсихотики сочетают высокую эффективность с безопасностью.
- Прямые и косвенные затраты на шизофрению весьма высоки.

Что делает антипсихотики атипичными?

Термин недостаточно точен и вносит неясность.

Единственное свойство, присущее всем атипичным антипсихотикам: «способность вызывать антипсихотический эффект в дозах безопасных с точки зрения развития ЭПС» (Мелзер, 1995).

Характерные свойства:

- меньшая способность вызывать ЭПС

Предполагаемые критерии выделения:

- седативный эффект
- воздействие на ССС
- нет сексуальных расстройств
- пролактинемия
- увеличение массы тела.

Свойства, улучшенные в сравнении с классическими:

- эффективность при (+)симптомах
- эффективность при первичных (-)симптомах
- эффективность в резистентных случаях.

Solian®

- **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**



Как проявляются психотические симптомы?

- **Нарушение рационального мышления**
- **Галлюцинации, бред, и т. п., воспринимающиеся как реальность**

чувство страха/ вины
печаль, опасение



значительно ухудшается качество жизни в изначально рациональном мире

развитие отчужденности, рассеянности, перевозбудимости, и т. п.

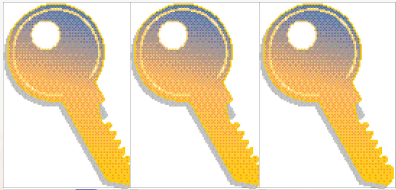
выраженное нежелание признать себя больным



Как шизофрения проявляется во время ремиссии?

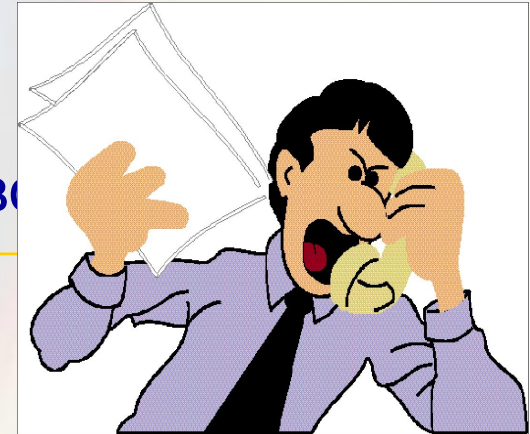


Что такое «эмоциональная неадекватность»?



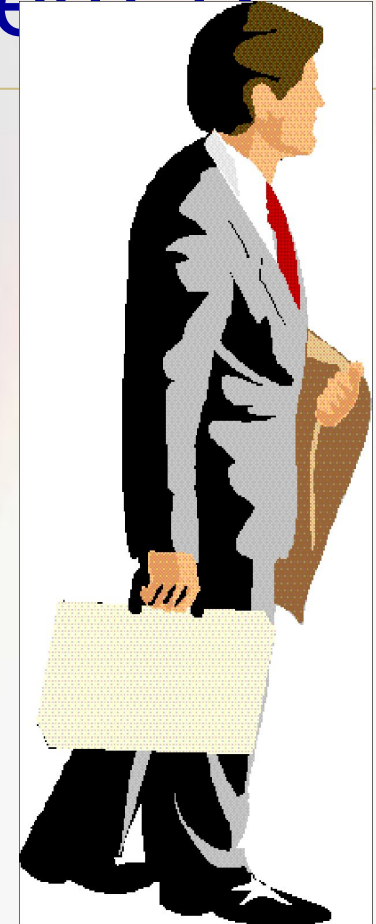
ючевых фактора:

- Выражение возмущения, неодобрения или недовольства
- Неприязненные высказывания свидетельствуют
- о критичном настрое
- Чрезмерная эмоциональность, постоянное беспокойство, избыточная защита
- **Чрезмерная эмоциональность в значительной степени коррелируется с рецидивированием, вне зависимости от выраженности симптомов**



Как шизофрения влияет на повседневную жизнь пациента?

- *Влияет сама болезнь*
 - *Влияет страх и предрассудки окружающих*
 - **Больному тяжело**
 - *Стать членом общества*
 - *Найти работу*
 - *Получить кредит*
- **Из-за связанных с психическими заболеваниями социальных предрассудков пациенты в период ремиссии могут скрывать свои расстройства**



Как шизофрения влияет на семью пациента?

- **Сначала порождает смятение**
 - шок, печаль, гнев, и т. д.
 - нежелание признать серьезность заболевания
 - чувство вины
 - страх перед будущим
- **Потом социальные проблемы**
 - социальную напряженность и изоляцию
 - снижение профессиональной эффективности/ производительности
 - финансовые затруднения

Постепенно болезнь выдвигается на первый план семейной жизни



Цели консультирования членов семьи

- Помочь им переломить ситуацию
- Проинформировать их о заболевании и плане лечения, чтобы они смогли лучше помочь пациенту

Резюме (1): Влияние шизофрении на пациента и его семью



В период психоза страдает рациональное мышление → работоспособность



Галлюцинации, бред и т. п. воспринимаются как реальность



В период ремиссии симптомы → рациональное мышление → нормализация ситуации



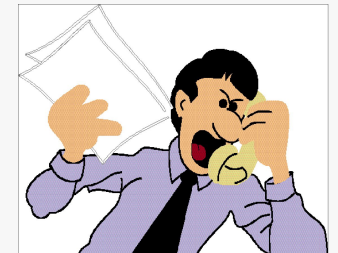
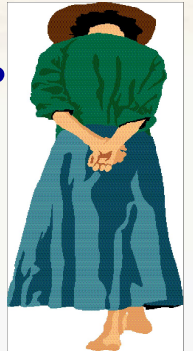
Но В это время пациенты страдают «чрезмерной эмоциональностью»



Перед пациентами встают проблемы в обществе и на работе.



Для семьи пациента шизофрения → социальные проблемы, изоляция, финансовые затруднения



Каковы цели лечения?

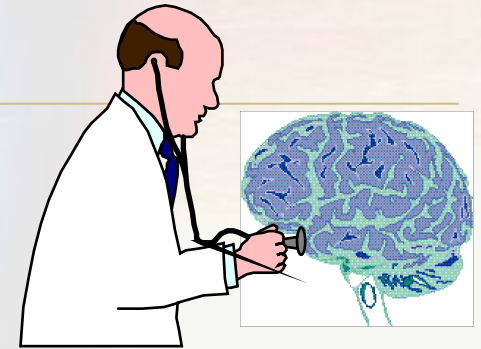
- Уменьшить выраженность симптомов
- Улучшить социальную и профессиональную интеграцию



Пока шизофрения неизлечима

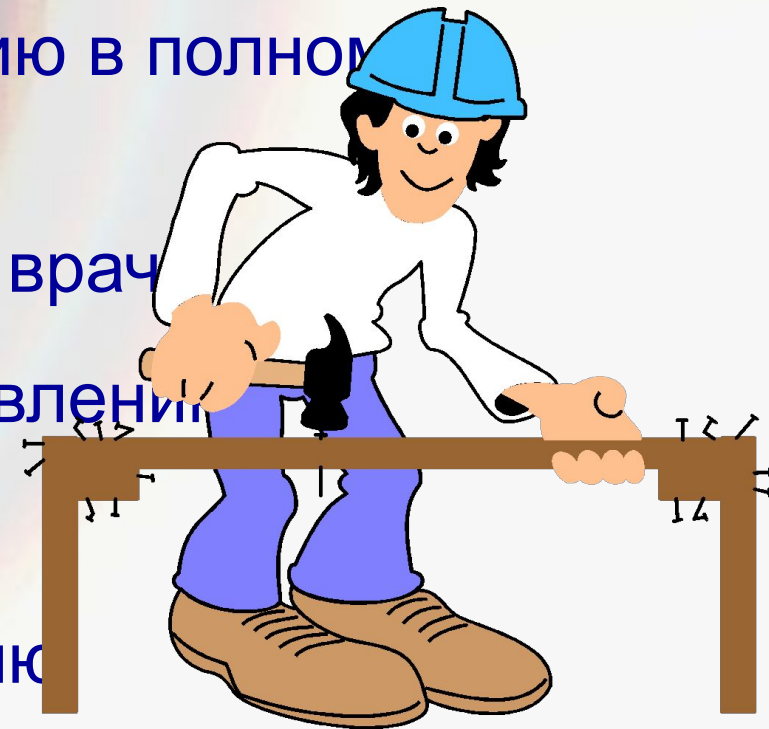
Задачи психиатра.

- Оценка состояния пациента
- Диагностика
- Назначение и адаптация терапии
- Налаживание доверительных отношений с пациентом и его семьей
- Консультирование семьи пациента



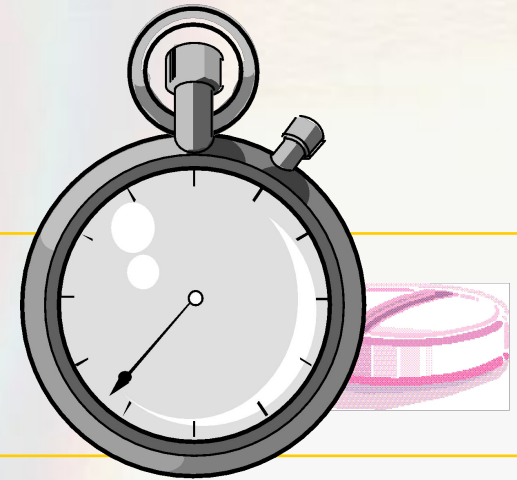
Задачи семьи

- Оперативно обращаться за профессиональной помощью
- Предоставлять психиатру информацию в полном объеме
- Следить за исполнением назначений врача
- Создавать способствующую выздоровлению обстановку
- Побуждать пациента к восстановлению потенциала
- Замечать ранние признаки рецидива



Как пациент может себе помочь?

- Обеспечить повседневный уход
- Принимать назначенные лекарства
- Обращать внимание на повседневные нужды
- Управлять своей жизнью
- Совладать с шизофренией



Резюме (2): Цели лечения



Цели лечения = симптомы + социальная и профессиональная интеграция



Психиатр ставит диагноз, назначает лечение, предоставляет информацию пациенту и его семье



Семья должна создать способствующую выздоровлению обстановку, помогает соблюдать схему лечения, замечает ранние признаки рецидива



Именно на пациенте лежит ответственность за адаптацию к повседневной жизни



Принципы лечения шизофрении

- **а** Фармакологические средства
- **а** Психосоциальная терапия
- **О**сновное в лечении шизофрении -



В большинстве случаев улучшение клинического состояния заметнее, если в план лечения включена психосоциальная терапия

Задачи решаемые госпитализацией

- ä Оценка состояния и диагностика
- ä Лечение в соответствии с планом
- ä Устранение вероятности самоубийства/ убийства
- ä Наблюдение за пациентом
- ä Передышка семье пациента
- **Идеальная госпитализация должна.**
- ä Не превышать шести недель чтобы избежать «госпитализма»



Цели лекарственной терапии.

1 Снизить выраженность продуктивных симптомов

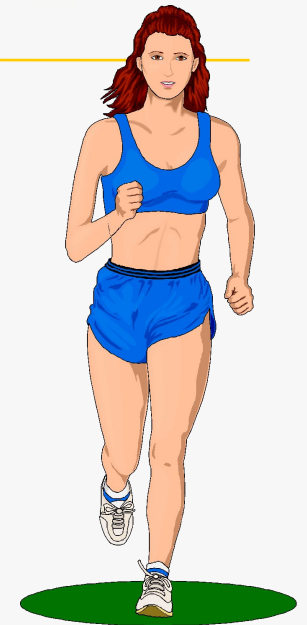
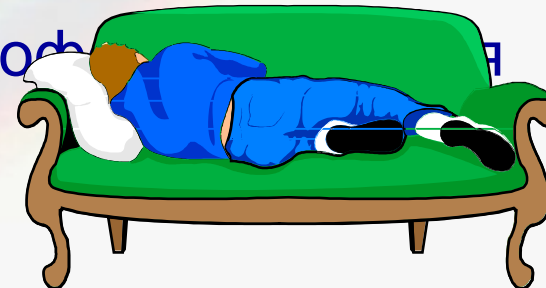
- (наиболее социально неблагоприятных и чаще всего служащих основанием для госпитализации)

2 Снизить выраженность негативных симптомов

- (основной причины социальной изоляции и неудовлетворительной интеграции)

- Долгосрочная цель - социальная и профессиональная реинтеграция

-



Характеристики антипсихотической терапии

• Общие требования

- ä Доза подбирается в зависимости от выраженности симптомов
- ä Побочные эффекты, например экстрапирамидные симптомы, требуют назначения соответствующих препаратов
- ä Сопутствующие симптомы, например, депрессия, требуют назначения сопутствующих препаратов



Подбор дозы

антипсихотического препарата

Характерные особенности антипсихотической терапии:

- **ä** Лечение долгосрочное
- **ä** Побочные эффекты распространены
- **ä** Всегда имеется риск рецидива

- **ä** Контроль динамики симптомов при приеме рекомендованной дозы
- **ä** Снижение дозы через несколько месяцев
- **ä** Временное увеличение дозы при рецидиве
- **ä** Последующее снижение дозы до уровня несколько выше предшествующего и отказ от

Мы не можем убедить дочь продолжить принимать таблетки. Она сказала, что чувствует себя лучше и лекарства ей не нужны.

Не уступайте ей. Если она прекратит принимать таблетки, то симптомы вернутся. Но скоро мы снизим дозу.



Задачи реабилитации.

- Помочь пациенту вернуться в социальную среду
- Помочь компенсировать утрату профессиональных навыков

- Профессиональное консультирование
- Профессиональная подготовка
- Обучение базовым навыкам:
 - решения проблем
 - обращения с деньгами
 - поведения в обществе



Какова роль образовательных программ?

- ä Помочь пациентам и их семьям больше узнать о шизофрении
- ä Способствовать строгому соблюдению пациентом рекомендаций врача
- ä Повысить качество жизни и улучшить социальную адаптацию больного

Резюме (3): Терапия



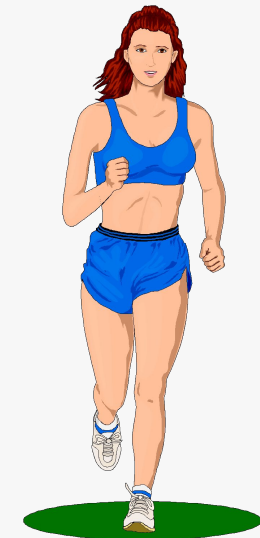
Основное лечение - антипсихотическая терапия.



Цели антипсихотической терапии: быстрое снижение выраженности продуктивных симптомов, постепенное снижение выраженности негативных симптомов.
Долгосрочная цель - социальная и профессиональная реинтеграция.

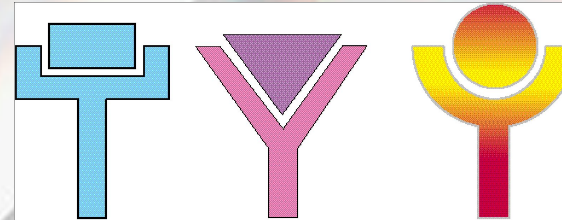


Антипсихотическая терапия невозможна без постоянного подбора доз с учетом вероятности развития побочных эффектов и рецидивов. Очень часто требуется сопутствующая терапия.



Классификации антипсихотических препаратов.

- **а** классические и атипичные
- **а** по действию
- **а** по химической группе
- **а** по сродству к рецепторам
-



Классические антипсихотические средства, например галоперидол, хорошо известны психиатрам и до сих пор назначаются в большинстве случаев

- **Атипичные антипсихотические препараты**

Какие антипсихотические препараты считаются атипичными

На современном этапе отсутствует надежная теоретическая основа термина, а также строгие правила его употребления. Единого общепринятого определения нет, однако, существует общая черта:

“...способность оказывать антипсихотический эффект у большинства пациентов при употреблении в дозах не вызывающих выраженных острых или подострых экстрапирамидных симптомов” (Melzer, 1995)

Характерные свойства

- ↘ Способность вызывать экстрапирамидные симптомы

Предложенные критерии соответствия (Waddington et al., 1997)

- ↘ Седативный эффект
- ↘ Воздействие на нервную и сердечно - сосудистую системы
- Отсутствие расстройства половой функции
- ↘ Изменение уровня пролактина
- ↘ Изменение веса тела

Дополнительные свойства

- ↗ Эффективность в борьбе с **+** симптомами
- ↗ Эффективность в борьбе с первичными симптомами **-**

Классификация антипсихотических препаратов по химическим группам

- | Тип | Химическая группа | Примеры
(международные
наименования) |
|--------------|---------------------------|--|
| Классические | Фенотиазины | Chlorpromazine, thioridazine |
| | Бутирофеноны | Haloperidol |
| | Тиоксантены | Flupentixol, zuclopenthixol |
| Атипичные | Бензамиды | Amisulpride |
| | Дибензодиазепины | Clozapine |
| | Дибензотипины | Zotepine |
| | Бензисоксазолы | Risperidone |
| | Тинобензодиазепины | Olanzapine |
| | Дибензотиазепины | Quetiapine |
| | Бензисотиазола пиперазины | Ziprasidone |

Что такое экстрапирамидные симптомы?

- Это двигательные расстройства вызванные блокадой стриатных дофаминовых рецепторов

- **ä** Паркинсонизм (наиболее распространенный симптом)



Parkinsonism

- **ä** Акатизия

- **ä** Дистония

- **ä** Постурально-кинетическая инстабильность

Экстрапирамидные симптомы - основная причина развития вторичных негативных симптомов и несоблюдения больным назначенного лечения

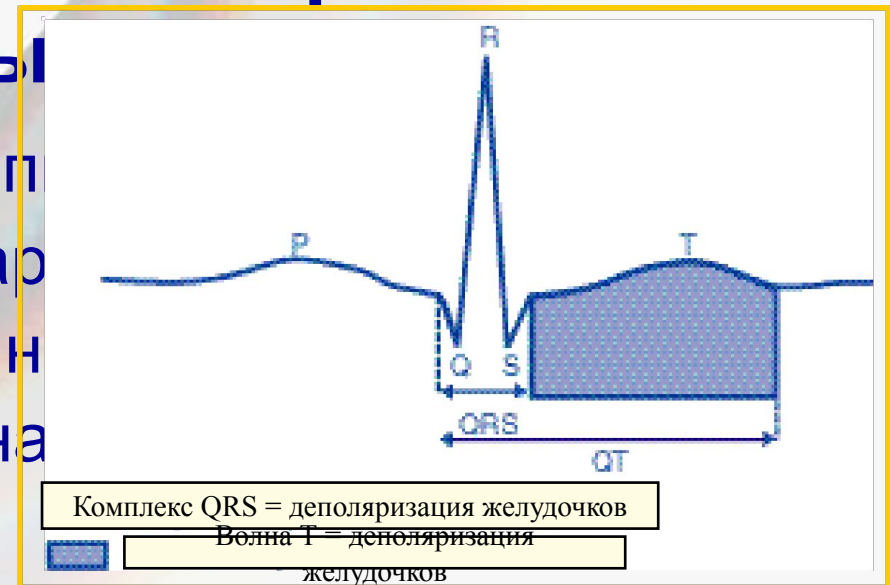
Прибавка веса

- **ä** Один из наиболее распространенных побочных эффектов атипичных антипсихотических препаратов
- **ä** Наибольшая прибавка сопровождается приемом клозапина, оланзапина и зотепина
- **ä** Наименьшая прибавка сопровождается приемом Solian[®] и зипразидона
- **ä** Значительная прибавка веса способна вести к отказу от лечения, вероятность рецидива

Риск развития заболеваний сердечно - сосудистой системы

- Основная проблема - вызванное приемом препарата удлинение промежутка QT возможно развитие аритмии с летальными исходами →

- **ä** Побочное действие атипичных антипсихотических препаратов привело к удалению с рынка сертиндола и зипразидона



От чего зависит польза антипсихотической терапии для больного?

- **Зависит от:**
 - **а** спектра терапевтической активности препарата и его побочных эффектов
 - **а** симптомов, требующих коррекции, и от чувствительности больного к побочным эффектам
 - **Например,**
 - **а** Дети и молодые люди (особенно, мужчины) риск острой дистонии
 - **а** Престарелые пациенты риск паркинсонизма и поздней дискинезии
- 10 - 20% больных шизофренией невосприимчивы к антипсихотическим препаратам**


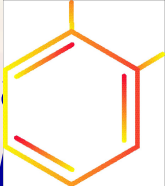
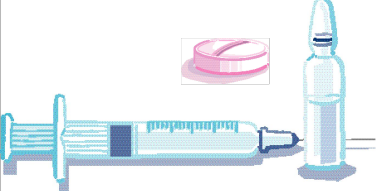
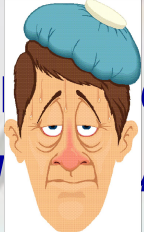
Есть ли польза в назначении других препаратов помимо антипсихотических?

- **Да, для:**
- **ä** Лечения ассоциированных (например, депрессивных) симптомов
- **ä** Борьбы с побочными эффектами антипсихотических препаратов
- **Основные сопутствующие лекарственные средства:**
- **ä** Антипаркинсонические
- **ä** Седативные и анксиолитические
- **ä** Антидепрессанты
- **ä** Стабилизаторы настроения

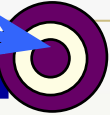


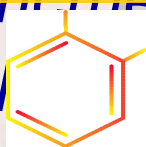
Сочетание антипсихотических средств, например, противогаллюцинаторных и седативных, не рекомендуется, но применяется некоторыми врачами.

Антипаркинсонические средства

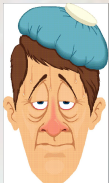
- Цель применения:** контроль экстрапирамидных симптомов, в  стности паркинсонизма, дистонии, ригидности и тремора
- Природа препарата**  как правило, антихолинергетик, например прокарбамидин, орфенадрин
- Применение:**  при острой дистонии - внутримышечно или внутривенно, в случае поддерживающей терапии при паркинсонизме - перорально
- Недостатки:**  обычные побочные эффекты антихолинергических средств (сухость во рту, ухудшение зрения, и т.д.), возможно привыкание

Седативные препараты и анксиолитики

- **Цели применения**  *• уменьшить тревожность*
- *• противодействовать побочным эффектам, например дисфории*
- *• контролировать острые психозы при дозах антипсихотика*
- *• ослабить сопутствующие симптомы, например ажитацию, расстройство сна*



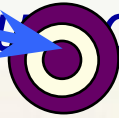
- **Природа препаратов**  *как правило, бензодиазепины*

- **Применение:**  *перорально*

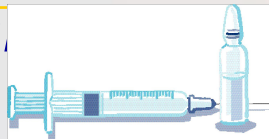
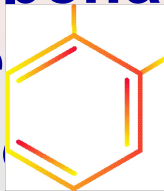
- **Недостатки:** *возможно развитие зависимости и*

Антидепрессанты

- **Цель применения:** борьба с распространенными у больных шизофренией депрессивными симптомами



- **Природа препарата:** трициклические антидепрессанты, например имипрамин или серотонинергические антидепрессанты, например флюокса.



- **Применение:** перорально



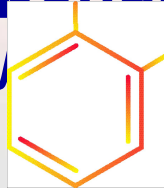
- **Недостатки:** не всегда действенны, у различных препаратов различное побочное действие

Стабилизаторы настроения

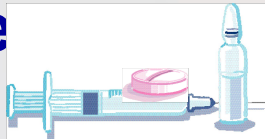
- **Цель применения:** *борьба с перепадами настроения*



- **Природа препарата:** *наиболее распространены литий, валпроаты и карбамазепины*



- **Применение:** *перорально*



- **Недостатки:** *общий эффект вероятно незначителен; следует тщательно контролировать уровень лития в крови чтобы избежать отравления*



Резюме (4): Антипсихотическая терапия



Основная классификация



Классические препараты

Атипичные препараты



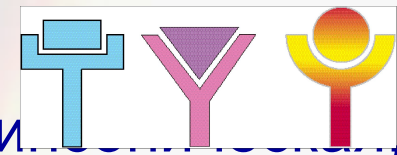
Выгода от лечения будет зависеть от преобладания эффективности и безопасности препарата над побочными действиями



10-20 % больных шизофренией слабо отвечают на антипсихотическую терапию



Основная сопутствующая терапия: противопаркинсоническая, седативная, анксиолитическая, антидепрессивная



Одновременное назначение нескольких антипсихотических препаратов распространено, но не рекомендуется

Условия начала терапии антипсихотиками

- **Лечение должно быть начато незамедлительно после постановки диагноза**
- **Выбор препарата зависит от:**
 - **предпочтения и опыта психиатра**
 - **основных симптомов**
 - **профилей безопасности препаратов и чувствительности пациента**
- **В наши дни атипичные антипсихотики рекомендуются в качестве препаратов первой очереди**



Пример выбора антипсихотического препарата

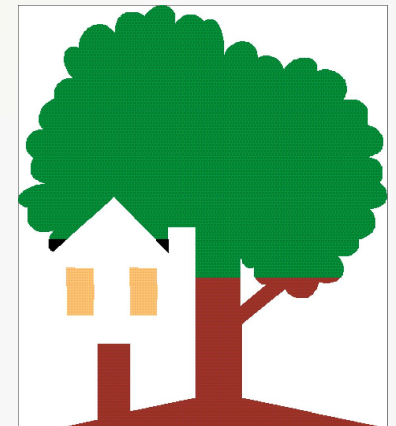


Соблюдение схемы лечения

Около 20% госпитализированных и 50% амбулаторных больных шизофренией неправильно принимают назначенные препараты

- Почему?
 - ä Отрицание болезни
 - ä Мнительность
 - ä Недостаток знаний о болезни и необходимости лечения
 - ä Реальное проявление побочного действия, например экстрапирамидных симптомов и набора веса
 - ä Кажущееся появление побочного эффекта
 - ä Неорганизованность, недисциплинированность
 - ä Сопутствующие заболевания, например алкоголизм

50
%



20
%



Замена одного антипсихотика на другой

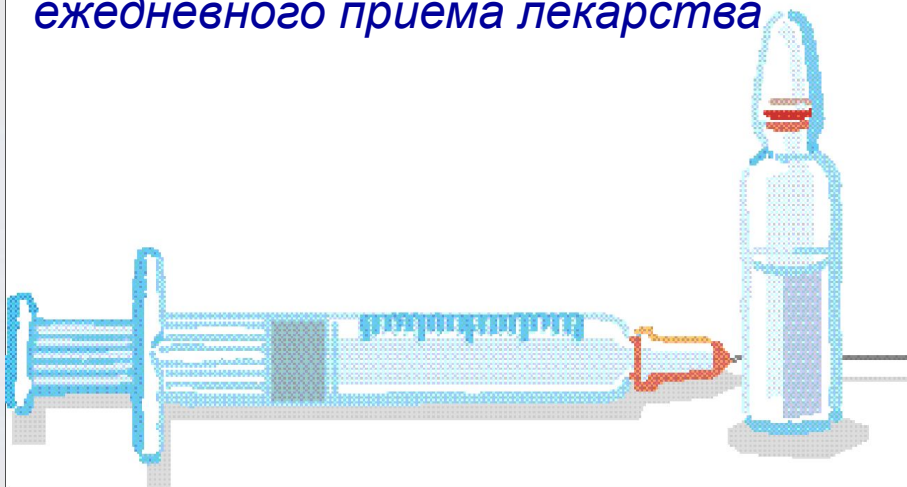
- **Вопрос о замене антипсихотика после успешной стабилизации может вставать по следующим причинам:**
 - *• Наступившая неадекватная реакция*
 - *• Недостаточное влияние на определенные, чаще негативные, симптомы*
 - *• Проявление выраженных неустранимых побочных эффектов*
- **К замене следует относиться с величайшей осторожностью, поскольку:**
 - *• В 50% случаев она провоцирует рецидив*
 - *• Тяжело отслеживать ее результаты (больной не госпитализирован)*

Депонируемые препараты

Существует депонируемая форма выпуска антипсихотиков предназначенная для внутримышечного введения раз в 2 - 4 недели



- **ä** Облегчает следование схеме лечения
- **ä** Выше биодоступность
- **ä** Позволяет обходиться без ежедневного приема лекарства

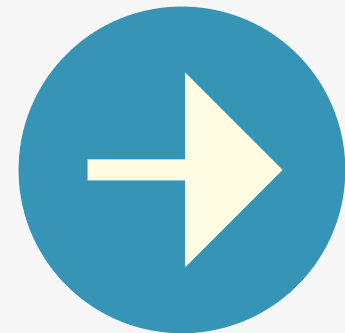


- **ä** Повреждение тканей, боль
- **ä** в месте инъекции
- **ä** Медленное выведение препарата
 - - то есть побочные эффекты сохраняются
- **ä** в течение долгого времени
- **ä** Лечение инвазивно
- **ä** Роль пациента пассивна

Поддерживающая антипсихотическая терапия

Некоторым больным шизофренией не грозит рецидив после прекращения лечения, но кому именно - заранее не известно


- Критерии продолжения или прекращения терапии:
- *• ä Желание пациента прекратить лечение*
- *• ä Текущее состояние пациента*
- *• ä Количество и частота предыдущих рецидивов*
- *• ä Риск связанный с рецидивом, например, опасность суицида*
- *• ä Интенсивность проявившегося побочного действия*
- *• ä Наличие поддерживающих больного социальных связей*




**Благодаря поддерживающей антипсихотической терапии
можно на порядок снизить риск развития рецидива**

Резюме: Правила назначения антипсихотиков





 Антипсихотическую терапию следует начинать незамедлительно после постановки диагноза


 В наши дни атипичные антипсихотики рекомендуются в качестве препаратов первой линии




 У большинства пациентов улучшение наступает в течение 2 - 6 недель


 Около 20% госпитализированных и 50% амбулаторных больных не принимают или неправильно принимают назначенные лекарства


 Депонируемые препараты лечения, но их введение инвазивно и биодоступность они медленно выводятся, соблюдение схемы

 Если состояние пациента на фоне терапии стабилизировалось, антипсихотик следует менять в крайнем случае рецидивы развиваются в 50% случаев

 Поддерживающая антипсихотическая терапия в 10 раз частоту рецидивов

ЗАКЛЮЧЕНИЕ (1)

 Шизофрения → страдание + социальная изоляция + финансовые затруднения пациента и его семьи




 Своевременная антипсихотическая терапия → выраженность симптомов + социальная/ профессиональная интеграция, стимулируемая психосоциальной терапией


 В наше время госпитализация → помощь общества



 Антипсихотическая терапия эффективна в 80-90% случаев
Но соблюдение схемы лечения остается серьезной проблемой



ЗАКЛЮЧЕНИЕ (2)

-  В наши дни атипичные антипсихотики рекомендуются в качестве препаратов первой линии по сравнению с классическими нейролептиками
-  Очень часто назначается сопутствующая терапия коррекции побочных эффектов
-  Постоянная поддерживающая антипсихотическая терапия в 10 раз



 вероятность рецидива
-  Смена антипсихотического препарата после стабилизации состояния на 50% повышает частоту рецидива → **менять в крайнем случае**