

Детская шизофрения

НЦПЗ РАМН **Москва**

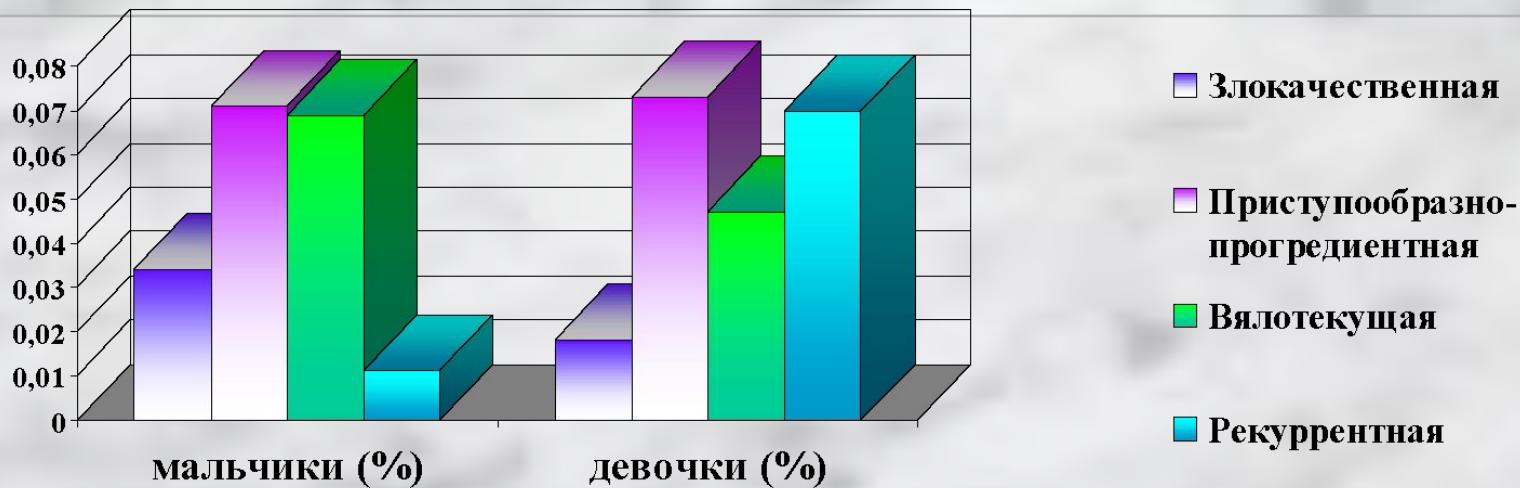
Козлова И.А., Горюнов А.В.

Детская шизофрения (F 20.8x3)

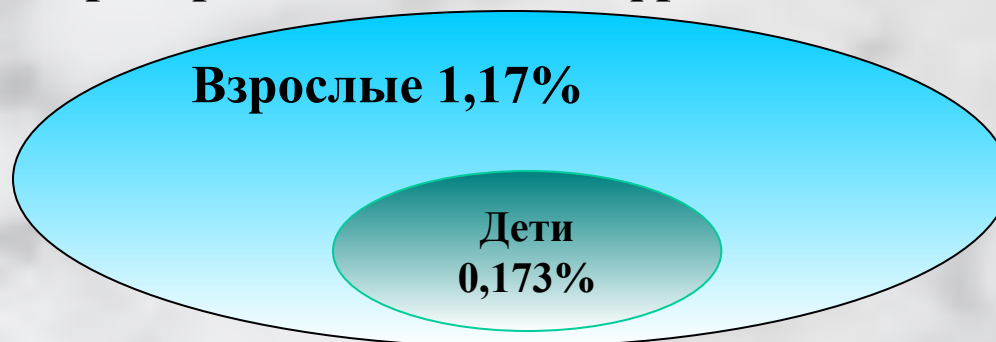
вариант шизофренического болезненного процесса, развивающегося на фоне формирования мозговых структур, физиологических и психических функций, что определяет

- возрастной патоморфоз заболевания;
- формирование типичного для детской шизофрении дефекта;
- сопутствующий нарушению развития личности дизонтогенез.

Распространенность клинических форм детской шизофрении в детской популяции



Распространенность шизофрении в общей популяции



Наследственный фактор

Риск заболевания шизофренией

- сестры и братья, больных шизофренией - 10-12%;
- дети один из родителей, которых болен шизофренией, - 10- 14%;
- дети, у которых оба родителя больны шизофренией - 40%;
- у однояйцевых близнецов - 40-50%.

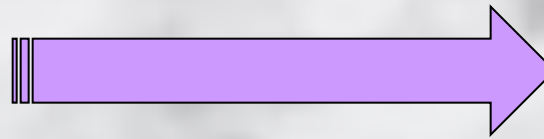
ПОКАЗАТЕЛИ СЕМЕЙНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО РОДСТВЕННИКАМ 1-Й СТЕПЕНИ РОДСТВА ПРОБАНДОВ С ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

ПРОБАНДЫ		РОДИТЕЛИ		СИБСЫ	
		ОТЦЫ	МАТЕРИ	БРАТЬЯ	СЕСТРЫ
ПОЛ	Количество %	шизофрения %	шизофрения %	шизофрения %	шизофрения %
Мальчики	59,6	8,5	17,1	31,5	29,4
Девочки	40,4	14,9	14,3	21,0	8,7
ВСЕГО	100	11,1	16,0	26,3	17,5

Формы злокачественной рано начавшейся шизофрении

кататоническая
шизофрения

гебефреническая
шизофрения



Шизофрения
(детский тип)-
олигофреноподобный
дефект
F 20.8x3

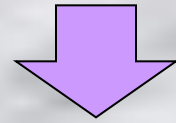
При гебефренической форме наиболее отчетливы:

- дурашливость с гримасничанием;
- нелепые действиями;
- выраженная готовность к общению при сохраняющемся мутизме;
- обнаженность влечений;
- импульсивные разрушительные действия
- гипоманиакальные состояния

Для кататонических расстройств в детском возрасте характерно:

- полиморфные выраженные вычурные движения и стереотипии;;
- импульсивность;
- частичный мутизм без двигательного торможения;
- вербегерации, эхολалии, манерная лепетная речь, речевой напор, мимоговорение.

Формы параноидной шизофрении в детском возрасте



Непрерывнотекущая



с преобладанием бредоподобного фантазирования с трансформацией в бред воображения

с преобладанием фрагментарных галлюцинаторных расстройств

с преобладанием кататоно-параноидных расстройств

Приступообразно-прогредиентная



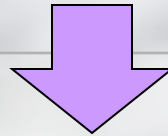
приступы с преобладанием остро чувственного бреда

приступы с преобладанием бредовых расстройств с тенденцией к систематизации, тактильными и вербальными галлюцинациями

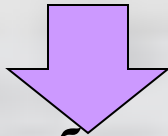
фазно-аффективные приступы с эпизодами галлюцинаторно-иллюзорных расстройств

кататоно-параноидные приступы

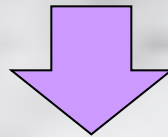
Формы рекуррентной шизофрении в детском возрасте



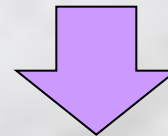
**Шизофрения
(эпизодический ремиттирующий тип течения)
F 20.x3**



**С преобладанием
кататоно -
онейроидных
приступов**



**С преобладанием
аффективно-
онейроидных приступов**



**С преобладанием
аффективно-бредовых
приступов**

Соотношение отечественной классификации детской шизофрении с рубриками МКБ - 10

Непрерывнотекущая шизофрения

Злокачественная рано начавшаяся

Параноидная

Вялотекущая

**Шизофрения
(Детский тип)
(F20.8xx3)**

Приступообразно-прогредиентная

Злокачественная

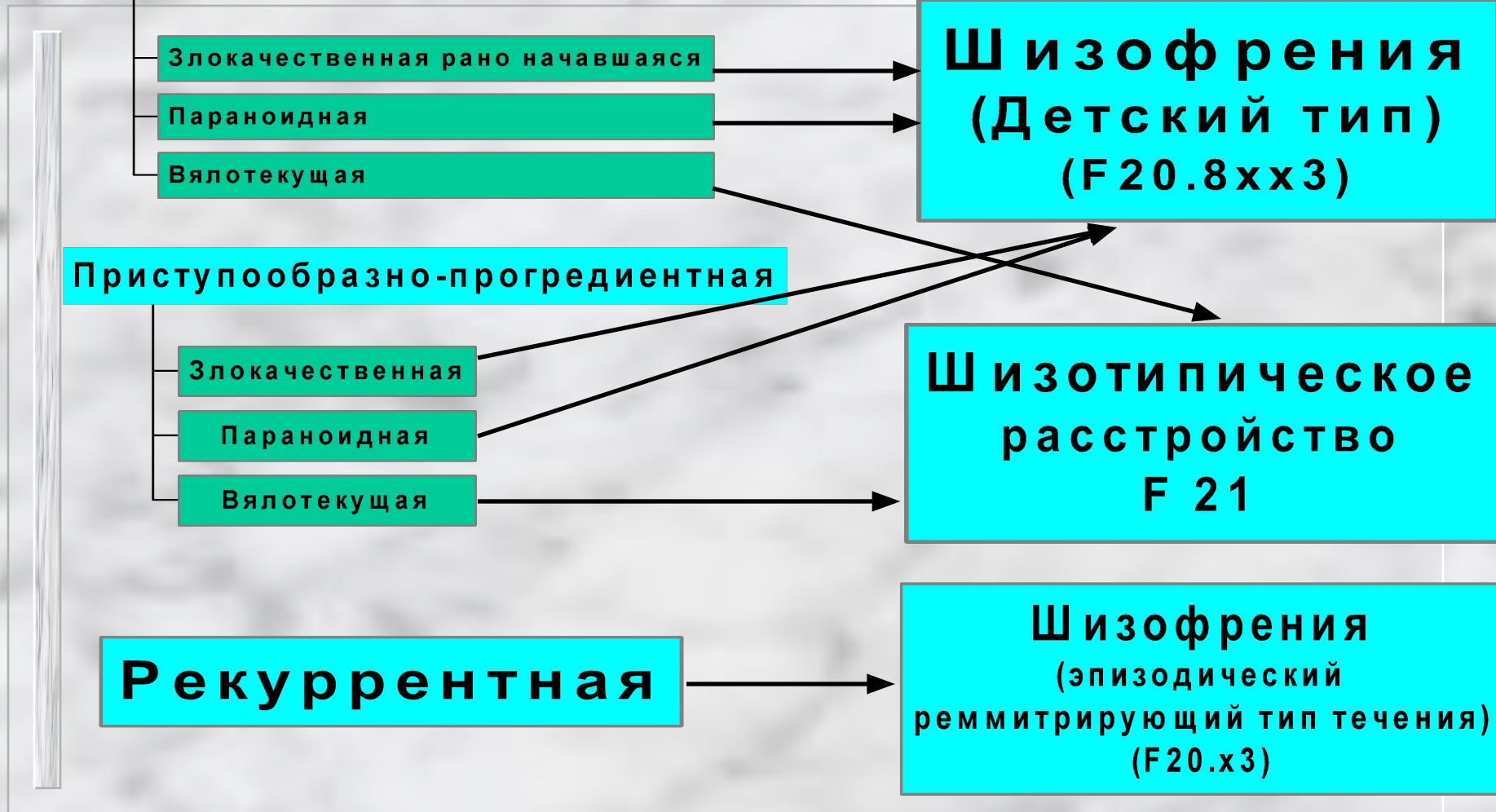
Параноидная

Вялотекущая

**Шизотипическое
расстройство
F 21**

Рекуррентная

**Шизофрения
(эпизодический
реммитирующий тип течения)
(F20.x3)**



Цели сбора анамнеза

- Получение данных о наследственной отягощенности психическими заболеваниями;
- преморбидных особенностях личности пациента, особенностях его развития, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах;
- особенностях протекания возрастных кризов
- возрасте, в котором впервые возникли первые признаки заболевания; продромальных явлениях, когда заболевание впервые было диагностировано
- особенностях динамики заболевания (характер течения заболевания и его прогрессивность).
- степени сформированной критики к состоянию
- аккуратности выполнения терапевтических и реабилитационных рекомендаций
- переносимости проводимой лекарственной терапии.
- соматическом и неврологическом статусе;
- социальном статусе (образование, успеваемость, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования);

При сборе анамнеза у пациента с шизофренией следует обратить внимание на наличие суицидальных мыслей, поведения, попыток.

Психический статус

- Оцениваются состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;
- поведение больного
- доступность и отношение пациента к имеющимся и имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам, наличие или отсутствие критики к ним;
- психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;
- особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;
- сформированность критики к перенесенному состоянию

Дополнительные методы обследования

- клинический и биохимический анализов крови (в т.ч. показатели глюкозы, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы; тимоловой пробы);
- определение протромбинового индекса;
- реакции Вассермана, исследования крови на ВИЧ;
- клинический анализ мочи;
- ЭКГ;
- консультации терапевта, невропатолога, окулиста, для девочек подростков – гинеколога.

В случае поступления пациента в стационар в дополнение к вышеуказанным обследованиям обязательно проводятся:

- мазок из зева и носа на дифтерийную палочку;
- бактериологический анализ.

Экспериментально-психологическое
(психодиагностическое) исследование
является дополнительным методом
исследования и проводится в отдельных
случаях медицинским психологом
учреждения (отделения).

Показания к его проведению определяет
врач.

Минимальный набор экспериментально-психологических исследований

- исследование умственной работоспособности и внимания;
- исследование памяти;
- исследование ассоциативной сферы;
- исследование индивидуально-психологических особенностей.

Дифференциальный диагноз рано начавшейся детской шизофрении

- Олигофрения;
- *dementia infantilis* Геллера;
- синдром Мартина-Белла;
- различные формы детского аутизма.

Динамическое наблюдение

- контроль эффективности лечебных мероприятий;
- характер сохранившихся или впервые появившихся жалоб;
- изменение психического состояния на фоне терапии;
- отношение пациента к терапии;
- соблюдение предписанного режима лечения;
- наличие побочных эффектов;
- выраженность, степень и темп редукции расстройств;
- динамика расстройств, определяющих опасность для больного и его окружения;
- упорядоченность поведения;
- контакт с врачом;
- критика к болезненным переживаниям.

Кратность осмотров психиатром

- в стационаре (дневном стационаре) ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня;
- в амбулаторных условиях – 1 раз в 3-10 дней;
- при достижении ремиссии - 1 раз в 1-3 месяца;
- при длительных стабильных ремиссиях – не реже 1 раза в год.

Этапы лечебных мероприятий

- купирующая терапия, направленная на лечение текущего состояния;
- поддерживающая или стабилизирующая терапия, направленная на предупреждение обострения предшествующего состояния;
- профилактическая терапия, направленная на предупреждение рецидива (повторного состояния).

Терапевтическая стратегия на этапе купирования

- назначение специфической антипсихотической нейролептической терапии
- стабилизация соматического состояния больного;
- назначение препаратов направленных на лечение сопутствующих расстройств (депрессивных, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных и т.д.) .

Реабилитационные мероприятия

- Психотерапия направленная на укрепление личности
- стимуляция физической и социальной активности
- психотерапевтическая и психопедагогическая работа с родственниками больных
- помощь при выборе формы и вида обучения, профессии и рода занятий;

Основные направления социо-реабилитационной работы с детьми больными шизофренией являются:

- Медико-психолого-педагогическая помощь детям с отклонениями в физическом и психическом развитии, с хроническими формами заболеваний;
- Консультирование и обучение родителей;
- Повышение квалификации специалистов;

Основа эффективности лечения

- Эффективность лечения шизофрении начавшейся в детском возрасте возможна только при тесном, эстафетном взаимодействии высококвалифицированных психиатров, неврологов, психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников.