

# Детская шизофрения

**НЦПЗ РАМН**                      **Москва**

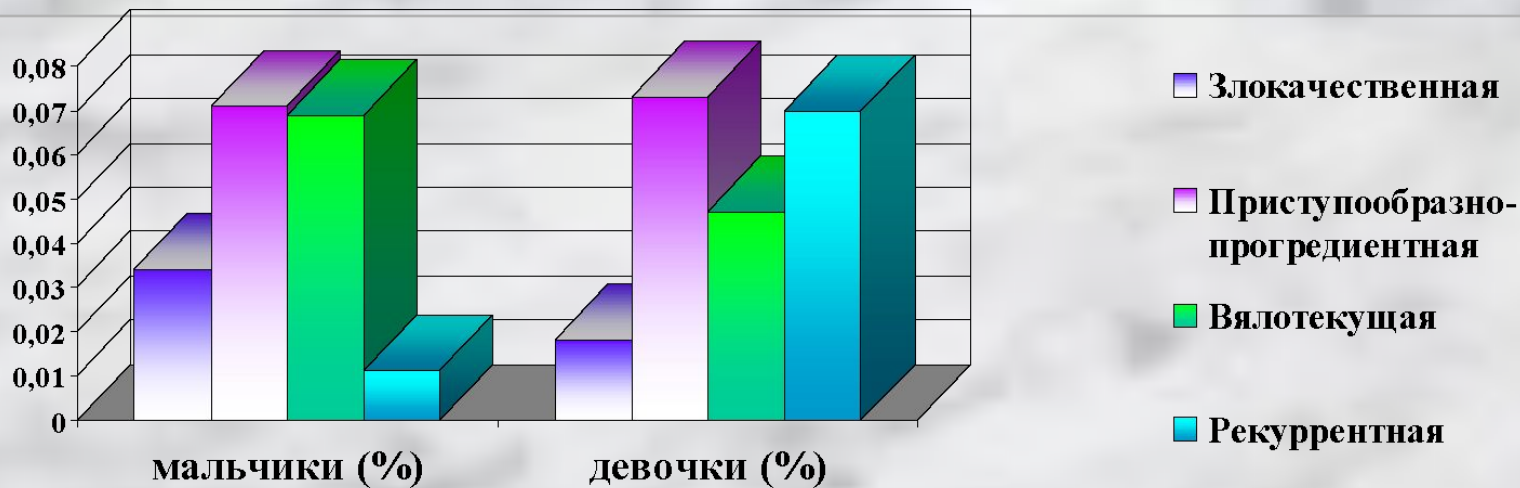
**Козлова И.А., Горюнов А.В.**

## Детская шизофрения (F 20.8x3)

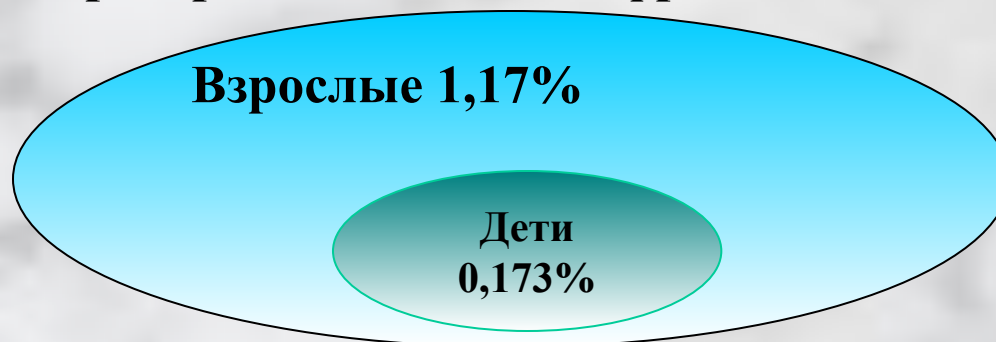
вариант шизофренического болезненного процесса, развивающегося на фоне формирования мозговых структур, физиологических и психических функций, что определяет

- 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%.

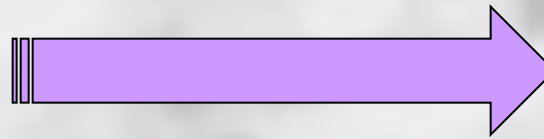
# ПОКАЗАТЕЛИ СЕМЕЙНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО РОДСТВЕННИКАМ 1-Й СТЕПЕНИ РОДСТВА ПРОБАНДОВ С ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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
<b>ВСЕГО</b>	<b>100</b>	<b>11,1</b>	<b>16,0</b>	<b>26,3</b>	<b>17,5</b>

# Формы злокачественной рано начавшейся шизофрении

кататоническая  
шизофрения

гебефреническая  
шизофрения



Шизофрения  
(детский тип)-  
олигофреноподобный  
дефект  
F 20.8x3

# При гебефренической форме наиболее отчетливы:

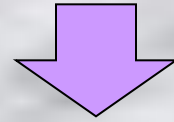
- дурашливость с гримасничанием;
- нелепые действиями;
- выраженная готовность к общению при сохраняющемся мутизме;
- обнаженность влечений;
- импульсивные разрушительные действия
- гипоманиакальные состояния

# 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



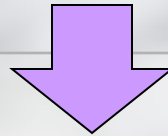
приступы с преобладанием острого чувственного бреда

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

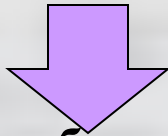
фазно-аффективные приступы с эпизодами галлюцинаторно-иллюзорных расстройств

кататоно-параноидные приступы

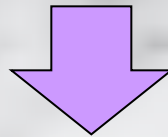
# Формы рекуррентной шизофрении в детском возрасте



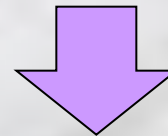
**Шизофрения  
(эпизодический ремиттирующий тип течения)  
F 20.x3**



**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

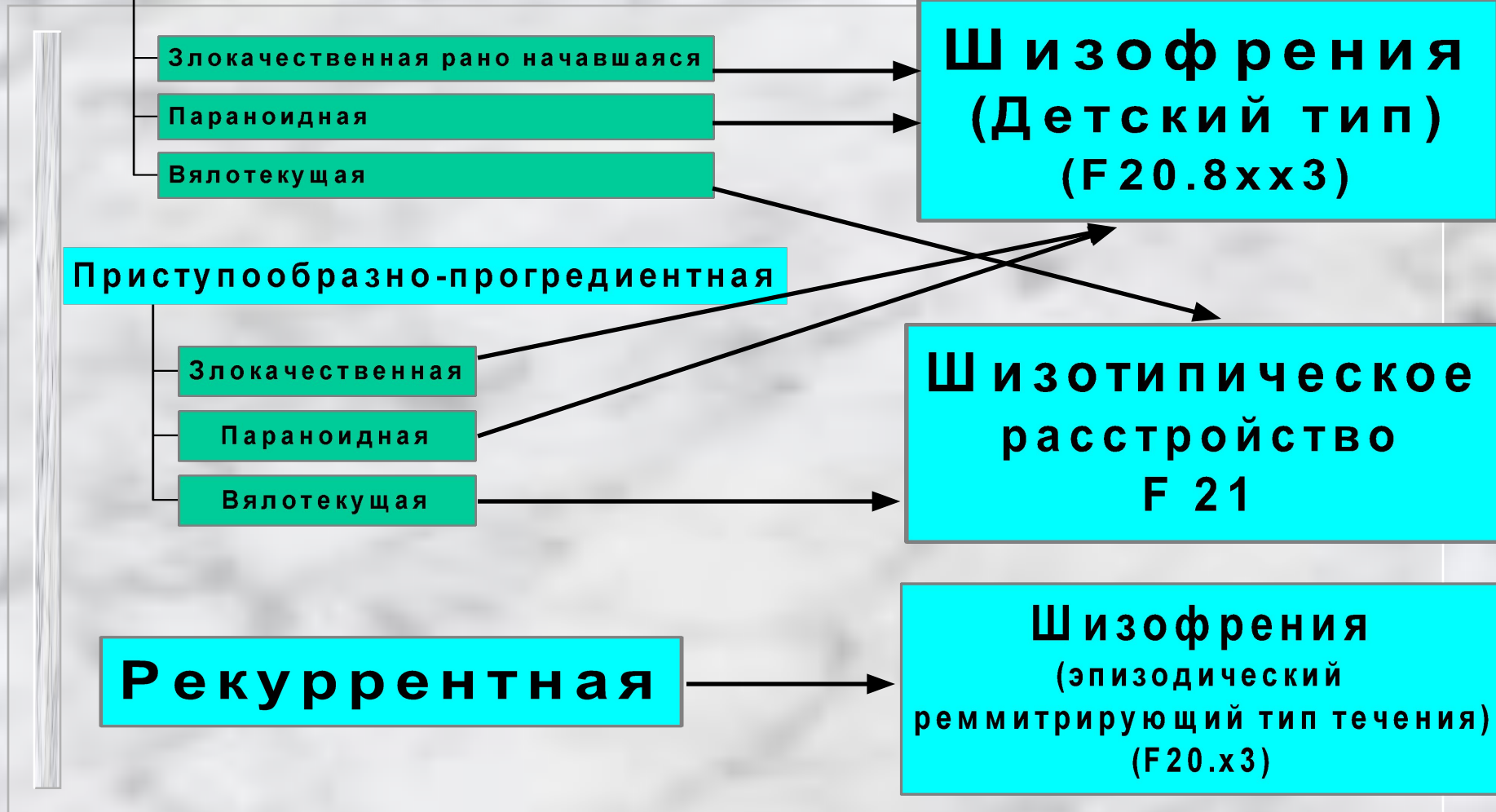
Параноидная

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.