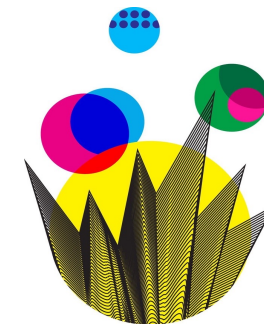


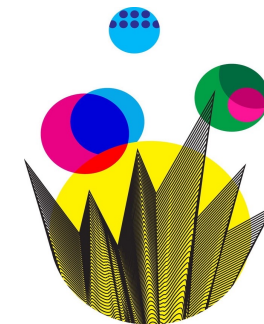
11-1
МКБ-10
МЖБ-10



SCH.CLINIC

ШИЗОФРЕНИЯ

ШИЗОФРЕНИЯ В МКБ 10 И 11



SCH.CLINIC

В МКБ-11 симптомы шизофрении практически **не изменились**, хотя важность симптомов первого ранга Шнайдера **была уменьшена**.

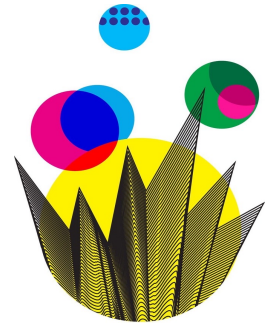
Наиболее значимым изменением является **устранение подтипов шизофрении** (параноидного, гебефренического, кататонического и пр.).

Взамен подтипов шизофрении были введены **спецификаторы** течения и **дименсии** симптомов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Как минимум **два** из следующих признаков должны присутствовать большую часть времени на протяжении месяца или дольше (со слов пациента или по наблюдениям врача или из других источников информации).

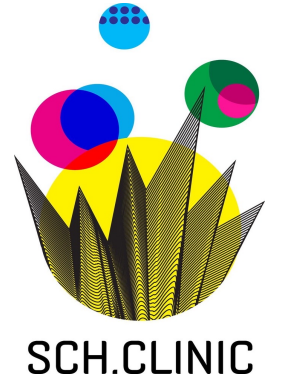
Хотя бы один из квалификационных симптомов должен быть в перечне от **(a)** до **(d)**:



SCH.CLINIC

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

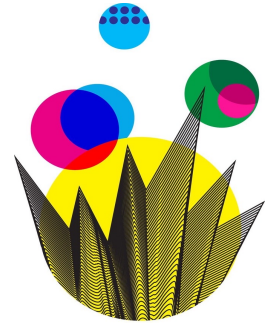
- а) **Стойкий бред** (например, бред величия, бред отношения, бред преследования).
- б) **Повторяющиеся галлюцинации** (преимущественно слуховые, хотя они могут быть любой сенсорной модальности).
- в) **Дезорганизованное мышление** (нарушение формы мышления – например, резонерство и разорванность ассоциаций, бессвязная речь, неологизмы).



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

d) **Ощущения воздействия, овладения или контроля** (например, ощущение, что чувства, желания, побуждения к действию и мысли не принадлежат человеку, а вкладываются или отнимаются другими, или что мысли транслируются другим лицам).

e) **Негативные симптомы**, такие как притупленный аффект, алогия или обеднение речи, абулия, асоциальность и ангедония.

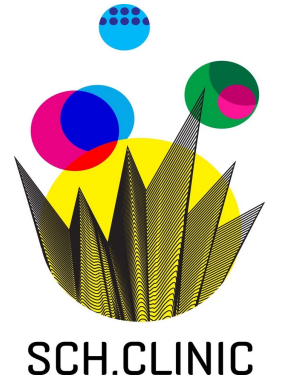


SCH.CLINIC

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

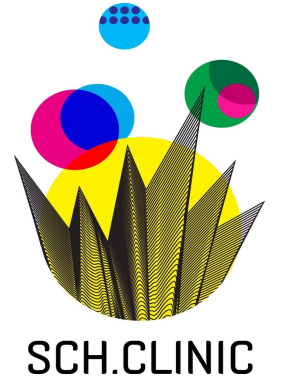
f) **Значительная дезорганизованность поведения**, заметная при любой форме целенаправленной деятельности (например, поведение, выглядящее нелепым или бессмысленным, непредсказуемые и неуместные эмоциональные реакции, которые мешают упорядочить поведение).

g) **Психомоторные нарушения**, такие как кататоническое возбуждение или ажитация, застывание, восковая гибкость, негативизм, мутизм или ступор.



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Симптомы не являются проявлением **другого заболевания** (например, опухоли мозга), и не являются следствием воздействия психоактивных веществ или лекарственных средств (например, кортикостероидов) на центральную нервную систему, включая синдром отмены (например, алкогольная абстиненция)

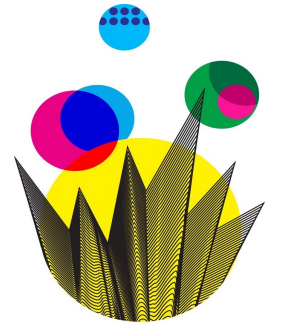


УТОЧНЯЮЩИЕ КРИТЕРИИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

6A20.0 Шизофрения, первый эпизод

6A20.1 Шизофрения, множественные эпизоды

6A20.2 Шизофрения, непрерывное течение



SCH.CLINIC

СПЕЦИФИКАТОРЫ СИМПТОМОВ

В МКБ-11 есть возможность определить уровень **тяжести шести СИМПТОМНЫХ** доменов для расстройств, относящихся к шизофрении или другим первичным психотическим расстройствам.

6A25.0 Продуктивные симптомы

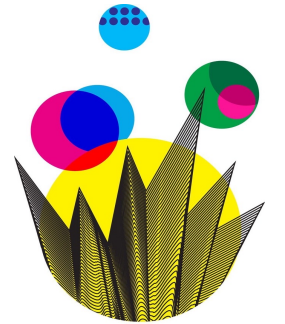
6A25.1 Негативные симптомы

6A25.2 Депрессивные симптомы

6A25.3 Маниакальные симптомы

6A25.4 Психомоторные симптомы

6A25.5 Когнитивные симптомы



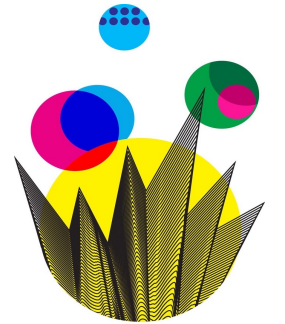
SCH.CLINIC

СПЕЦИФИКАТОРЫ СИМПТОМОВ

Вес симптомов из каждого из этих симптомных доменов может быть обозначен с помощью спецификаторов – **отсутствует, легкая степень, средняя степень, тяжелая степень.**

Оценка должна проводиться на основе наблюдения за тяжестью симптомов соответствующего домена, проявившихся в течение **последней недели.**

Следует оценивать **каждый** домен, который вносит значительный вклад в индивидуальную клиническую картину.



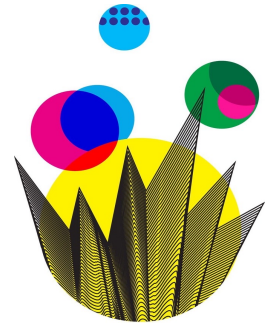
SCH.CLINIC

СПЕЦИФИКАТОРЫ СИМПТОМОВ

В случаях, когда несколько симптомов относятся к определенному домену, оценка должна совпадать с оценкой самого **тяжелого симптома** в этом домене.

Важно отметить, что легкая, средняя и тяжелая степень для спецификатора депрессивных симптомов **не эквивалентны** соответствующим диагностическим критериям для легкого, умеренного или тяжелого депрессивного эпизода.

Оценка депрессивных и маниакальных симптомов в этих спецификаторах отражает тяжесть депрессивного, повышенного или раздражительного **настроения**, и не включает другие симптомы.



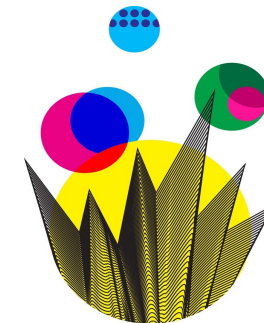
SCH.CLINIC

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Манифест шизофрении может быть **острым**, с выраженными нарушениями, проявляющимися в течение нескольких дней, или **незаметным**, с постепенным развитием признаков и симптомов.

Продромальная фаза часто **предваряет** появление психотических симптомов на недели и месяцы.

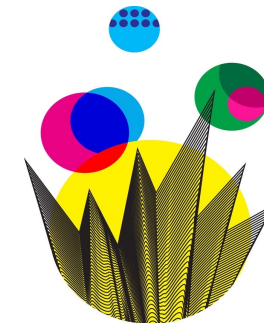
Между острыми эпизодами могут быть **резидуальные фазы**, которые феноменологически сходны с продромальным периодом



SCH.CLINIC

ГРАНИЦЫ С НОРМОЙ

Симптомы, подобные психотическим, или необычный субъективный опыт могут встречаться в **общей популяции**, но обычно они кратковременны и не сопровождаются другими симптомами шизофрении или нарушениями психосоциального функционирования.



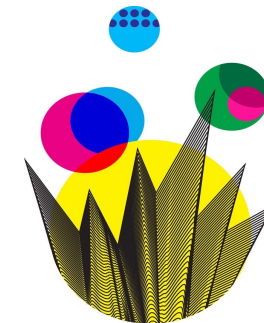
SCH.CLINIC

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Течение и начало шизофрении **бывают разными**.

Продуктивные симптомы, как правило, со временем естественным образом ослабевают, в то время как негативные симптомы часто сохраняются и сильно связаны с ухудшением прогноза.

Когнитивные симптомы также имеют тенденцию к большей устойчивости и их наличие связано с дальнейшим ухудшением функциональности.



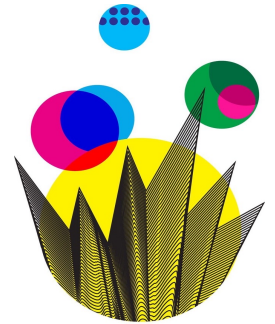
SCH.CLINIC

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Шизофрения с полностью проявленной симптоматикой очень редко манифестирует до полового созревания.

У детей и подростков слуховые галлюцинации чаще всего проявляются как **один голос**, комментирующий поведение ребенка или отдающий команды.

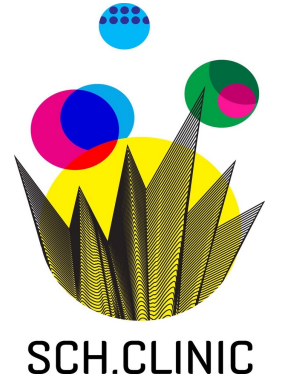
Нарушения мышления и поведения возникают при различных расстройствах, которые часто встречаются в детстве (например, РАС, СДВГ)



SCH.CLINIC

КУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

У **мигрантов**, представителей этнических и культурных меньшинств, проживающих в регионах с низкой долей их собственной группы, выше заболеваемость шизофренией.

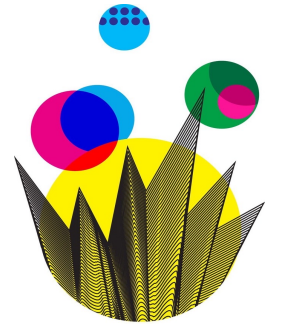


ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Шизофрения более распространена среди **мужчин**.

Возраст первого психотического эпизода различается в зависимости от пола, наибольшая часть мужчин заболевает в возрасте 20-26, женщины – в возрасте 27-29.

У **женщин** с шизофренией, как правило, больше продуктивных симптомов, которые с годами усиливаются.



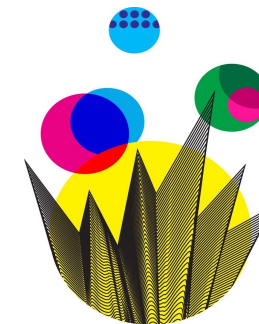
SCH.CLINIC

ГРАНИЦЫ С ШАР

Предыдущий диагноз шизоаффективного расстройства **не исключает** диагноз шизофрении, и наоборот.

При ШАР симптомы шизофрении наблюдаются **одновременно** с симптомами расстройства настроения и длятся как минимум **месяц**, при этом психотические симптомы и симптомы расстройства настроения начинаются **или** одновременно, **или** с интервалом в несколько дней.

При шизофрении сопутствующие симптомы расстройства настроения, если такие есть, не сохраняются **более чем** месяц.

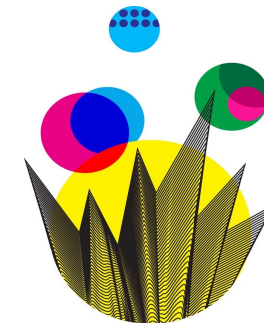


SCH.CLINIC

ГРАНИЦЫ С ОТПР

Психотические симптомы при шизофрении сохраняются как минимум в течение **одного месяца** во всей полноте и яркой выраженности.

Симптомы при остром и преходящем психотическом расстройстве быстро **меняются** по выраженности и типу так, что содержание и направленность бреда и галлюцинаций часто меняются, даже в течение одного дня



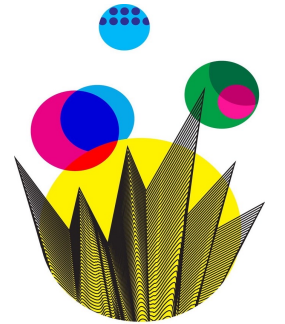
SCH.CLINIC

ГРАНИЦЫ С

ШИЗОТИПИЧЕСКИМ Р-М

Шизофрению дифференцируют от шизотипического расстройства, основываясь исключительно на **выраженности** симптомов.

Шизофрения диагностируется, если симптомы достаточно выражены, чтобы соответствовать **диагностическим критериям**.



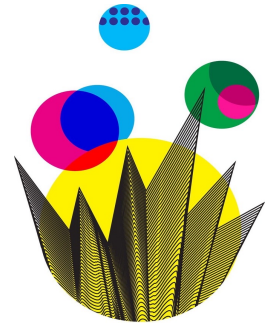
SCH.CLINIC

ГРАНИЦЫ С Р-МИ

НАСТРОЕНИЯ

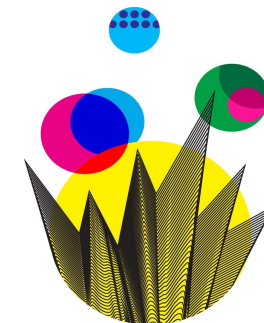
Бред во время депрессивных эпизодов **может быть похож** на бред при шизофрении, и, как правило, представлен бредом преследования или отношения (например, пациента преследуют власти за совершенные им якобы преступления).

Если состояние одновременно отвечает диагностическим критериям шизофрении и депрессивного или маниакального эпизода, а психотические симптомы и симптомы расстройства настроения сохраняются не менее месяца, то **ставится** диагноз ШАР.



SCH.CLINIC

11-1
МКБ-10
МЖБ-10



SCH.CLINIC

ШИЗОФРЕНИЯ