История болезни

(психиатрия)

**Шизофрения с галлюциногенно-** **параноидным синдромом**

Паспортная часть

Ф.И.О: ААА.

Возраст: 47 лет (ААА г.р.).

Национальность: русский.

Семейное положение: разведён.

Место жительства: ААА.

Образование: среднее.

Профессия: отсутствует (инвалид II группы).

Место работы: безработный.

Дата госпитализации: ААА.

Кем направлен: психиатром из поликлиники.

Кем доставлен: родственниками.

Диагноз при поступлении: Шизофрения с галюциногенно-паранойным синдромом.

Субъективное обследование

* Жалобы при поступлении:

Больной не предъявляет жалоб, но его родственники утверждают, что у больного часто возникают галлюцинации (утверждает, что к нему прилетают инопланетяне и говорят с ним) как слуховые, так и зрительные, а также бред величия (больной утверждает, что он майор спецназа, таможенник с очень высокой зарплатой, известный артист). Помимо, больной склонен к бродяжничеству, немного агрессивен.

* Анамнез заболевания:

Руководствуваясь выпиской из прошлых историй болезни было выявлено, что пациент состоит на учёте с 1979 года. Заболевание впервые проявилось в армии (причина не известна), откуда пациент был комиссован (по состоянию психического здоровья). В начале заболевание проявлялось лишь неадекватными чувствами, его чувства утратили связь с реальностью. Дальше течение заболевания ухудшалось, так как пациент неоднократно подвергал себя алкоголизации и никогда не принимал лекарственные препараты, находясь на амбулаторном лечении. Заболевание протекает непрерывно; последние 5 лет больной лечится в стационаре по 2 – 3 раза в год (последнее лечение проходило с 31. 05 по 16. 11).

* Анамнез жизни:

Развитие в детстве: пациент родился 18 декабря 1958 года, находился на грудном вскармливании, развитие в детстве (как физическое, так и психическое) было нормальным (без особенностей).

Перенесённые заболевания: в детстве пациент перенёс некоторые заболевания, будучи взрослым болеет редко и только ОРВИ и аденовирусными инфекциями. На данный момент у больного отсутствуют какие – либо соматические заболевания (если не считать пресбиопии).

Эпидемиологический анамнез: учитывая то, что пациент после выписки из стационара сразу же начинает употреблять алкоголь, можно предположить, что он контактирует с больными туберкулёзом, педикулёзом, гепатитом и прочими асоциальными заболеваниями.

Аллергологический анамнез: пациент отрицает какие – либо аллергические реакции на продукты и лекарственные препараты.

Половое развитие: соответствует возрасту.

Условия труда и быта: пациент проживает в общежитии вместе с сожительницей, с которой вместе употребляет алкоголь, отсюда следует учесть, что его условия быта находятся в неудовлетворительном состоянии. Больной безработный.

Вредные привычки: больной много курит и употребляет большое количество алкоголя.

Семейный анамнез: ААА был женат, на данный момент разведён, детей не имеет.

Наследственность: наследственность у пациента не отягощена.

Внутренние органы:

* Сердечно – сосудистая система:

При осмотре пациента отёков не обнаружено, одышка также отсутствует. Кожные покровы и слизистые оболочки по окраске физиологичны. При осмотре выявляется верхушечный толчок, расположенный в пятом межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, выпячивания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации визуально не определяются. Набухание шейных (яремных) вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частота сердечных сокращений составляет 70 ударов в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. При пальпации верхушечный толчок не высокий, умеренной силы, шириной около 1,5 см. и совпадает во времени с пульсом на лучевых артериях. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена и одинакова с обеих сторон.

Перкуторно границы сердца:

Верхняя граница – относительной сердечной тупости, определяемая по левой окологрудинной линии, находится на третьем ребре, абсолютной сердечной тупости – на четвёртом ребре.

Нижняя граница – идёт от пятого правого рёберного хряща до верхушки сердца.

Левая граница – на уровне пятого межреберья расположена на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Правая граница относительной сердечной тупости на уровне четвёртого межреберья проходит по правому краю грудины; абсолютной сердечной тупости – по левому краю грудины.

Верхушка сердца – пятое межреберье 1,5 см. слева от грудины.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца ясные (не расщеплены, нет дополнительных тонов), чистые (шумы отсутствуют) во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка 1-ый тон громче 2-го, над аортой и легочной артерией 2-ой тон громче 1-го.

Артериальное давление на правой руке 140/90 мм. рт. ст., на левой – 138/90 мм. рт. ст. Разница давления на плечевых артериях составляет 2 мм. рт. ст. Пульсовое давление 50 – 48 мм. рт. ст.

* Дыхательная система

При осмотре: грудная клетка правильной формы (нормостеническая), правая и левая её половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, ключицы и лопатки находятся на одном уровне. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания составляет 19 в минуту. Дыхание осуществляется через нос. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает брюшной тип дыхания. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не обнаружено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

Грудная клетка при сдавливании упругая и податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена. Поверхность их гладкая; болезненность при ощупывании рёбер, межрёберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный легочной звук.

Перкуторно границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия. | Правое лёгкое. | Левое лёгкое. |
| Окологрудинная | 5-ое межреберье | --- |
| Среднеключичная | 6-ое межреберье | --- |
| Передняя подмышечная | 7-ое межреберье | 7-ое межреберье |
| Средняя подмышечная | 8-ое межреберье | 8-ое межреберье |
| Задняя подмышечная | 9-ое межреберье | 9-ое межреберье |
| Лопаточная | 10-ое межреберье | 10-ое межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-го грудного позвонка | Остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края по задним подмышечным линиям 6 см. с обеих сторон.

Высота стояния верхушек правого и левого лёгкого спереди на 3 см. выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

Ширина верхушек лёгких (поля Кренига) по 5 см. с обеих сторон.

* Пищеварительная система:

Пациент отрицает какие – либо изменения стула.

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Брюшной пресс развит, расхождение прямых мышц отсутствует, пупочное кольцо не расширенно. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации живот безболезнен. А также отрицательные симптомы Мёрфи, Кера, Образцова, Ситковского, Ортнера.

Печень в положении лёжа на спине и стоя не пальпируется.

Перкуторно границы печени по правой срединно-ключичной линии: верхняя – на 6-ом ребре; нижняя – по краю правой рёберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

Первый размер – по правой среднеключичной линии от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени – 9 см.

Второй размер – по передней срединной линии – 8 см.

Третий размер – по краю правой рёберной дуги – 8 см.

Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в его проекции безболезненна. Селезёнка в положениях лёжа на спине и на правом боку не пальпируется.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии не определяются. При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости.

Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентеральными артериями отсутствуют.

* Мочеполовая система:

Пациент отрицает какие-либо расстройства мочеиспускания.

Поясничная область при осмотре не изменена. Отёки не выявлены. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивание по поясничной области в месте 12 ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется.

Неврологический статус.

Черепные нервы:

пара – носовые ходы проходимы, запахи различает и индетифицирует.

II пара – счёт пальцев с расстояния 5 метров: пациент превосходно считает пальцы на расстоянии 5 метров.

Поля зрения не нарушены.

III, IV, IV пары – зрачки правильной формы, симметричны, диаметр зрачков одинаков и составляет 5 мм.

Фотореакция зрачков – положительная.

Объём движений глазных яблок полный (в верхних, нижних и боковых отведениях).

Экзофтальм и нистагм отсутствуют.

V пара – болевой синдром: у пациента отсутствует.

Точки выхода ветвей тройничного нерва (середина брови, собачья ямка) при пальпации также безболезненны.

Чувствительность на лице не нарушена.

Тонус и сила жевательной мускулатуры после перенесённой патологии не изменилась и находится в пределах рамок нормы.

VII пара – глазные щели раскрыты на 10 мм.

Носогубные и лобные складки равноценны с обеих сторон.

Смыкаемость глазных щелей полная, симптом ресниц отрицательный.

Вкус на передних 2/3 языка не изменён.

Функция слёзных желёз не нарушена (сухости, дискомфорта и слезоточивости нет).

Гиперакузия отсутствует.

Слюноотделение не изменено.

Симметричность лица в покое и при мимических движениях (сведение бровей, поднятие бровей, оскаливание зубов, надувание шеек и т.д.) не нарушена.

VIII пара – шёпотную речь различает с 5 метров.

IX – X пара – фонация и глотание не нарушены.

Подвижность мягкого нёба не изменена.

Глоточные рефлексы сохранены.

Вкус на задней трети языка остался в норме.

XI пара – вынужденное положение головы отсутствует.

Функция трапециевидной и грудиноключнососцевидной мышц в норме.

XII пара – язык в полости рта и при высовывании расположен симметрично, при высовывании язык выходит далеко за пределы языка.

Атрофии и фибриллярные подёргивания отсутствуют.

Чувствительность.

Болевые точки, симптомы натяжения, анталгические установки отсутствуют.

Поверхностная чувствительность не нарушена.

Глубокая чувствительность не нарушена.

Сложные виды чувствительности также не изменены.

Движение.

Походка: пациента не отличается от походки здорового человека, лишь немного сутулится.

Объём активных и пассивных движений: пациент совершает активные и пассивные движения в полном объёме.

Мышечная сила пациента соответствует возрасту и полу.

Пробы на скрытую мышечную утомляемость: мышечная утомляемость в норме.

Рефлексы:

* Карпорадиальный – в норме.
* Двуглавый – в норме.
* Трёхглавый – в норме.
* Коленный – в норме.
* Ахиллов – в норме.
* Кремастерный – в норме.
* Подошвенный – в норме.

Патологические рефлексы, клонусы, синкенезии: отсутствуют.

Тонус мышц – в норме.

Контрактуры – отсутствуют.

Менингиальный синдром: отрицательные.

Трофические и иные нарушения кожи, подкожной клетчатки, мышц, костно-суставного аппарата: отсутствуют.

Координация: не нарушена.

Автоматические движения: не выявлены.

Гиперкинезы и гипокинезии: не обнаружены.

Вегетативная нервная система.

Красный дермографизм: положительный.

Белый дермографизм: отрицательный.

Рефлекторный дермографизм: положительный.

Термометрия кожи: температура кожи на ощупь нормальная, температура тела составляет 36, 7° С.

Пигментация: отсутствует.

Гипергидроз: отсутствует.

Высшая нервная деятельность.

Речь пациента не изменена (отсутствует амнестическая, моторная, сенсорная речь и афония).

Память не нарушена.

Высшие корковые функции не нарушены (отсутствуют афазия, агнозия, апраксия, алексия, аграфия).

Психический статус.

1. Внешний вид пациента неопрятен. Доставлен в кабинет психиатра родственниками. В беседе заинтересован. Во время беседы использует жестикуляцию. Манера произношения фраз толчкообразная (скандированная). Словарный запас бедный. Содержание вопросов и беседы понимает полностью.

2. Сознание ясное.

3. У пациента явное расстройство восприятия. У пациента часто возникают галлюцинации – он считает, что к нему прилетают инопланетяне и беседуют с ним. Возникают и бредовые идеи – он занимает высокие посты, очень известен и популярен.

4. На расстройства памяти пациент не жалуется, его родственники также не отмечали потери сознания (либо её расстройств).

5. Внимание пациента активное, объём внимания - широкий.

6. Уровень интеллекта у пациента довольно низкий, запас своих знаний не пополняет.

7. Речь пациента не нарушена, мышление заторможено. Во время беседы часто соскальзывает с одной темы на другие.

Воображение и его виды:

Эмоции пациент проявляет в основном низшие (из наблюдения в основном – чувство голода).

Высшие чувства проявляются в виде социальных (общение с другими пациентами).

Предварительный диагноз

Учитывая анамнез заболевания, полученный от родственников и из выписок старых историй болезни, сведения, полученные в процессе беседы от пациента (бред величия) и от его родственников (галлюцинации, бродяжничество, бред величия), можно предположить у пациента ШИЗОФРЕНИЮ с галлюциногенно-паранойным синдромом.

Лабораторные исследования

Пациенту были назначены следующие виды обследования:

* Общий анализ мочи
* Общий анализ крови
* Кал на яйца глист
* Кровь на RW
* Кровь на ВИЧ, Hbs Ag.
* Кровь на сахар.

Общий анализ мочи:

Цвет: соломенно-жёлтая.

Прозрачность: прозрачная.

Белок: отсутствует.

Реакция: кислая.

Лейкоциты: 2 – 3 в п/з.

Плоский эпителий: 0 – 1 в п/з.

Эритроциты: более 1 в п/з.

Общий анализ крови:

Hb: 137 г/л.

Er: 5, 0 \* 10¹².

Lc: 7000

СОЭ: 11 мм/ч.

Кал на яйца глист:

Яйца глист не обнаружены.

Кровь на RW: отрицательно.

Кровь на ВИЧ, Hbs Ag: отрицательно.

Кровь на сахар: 4, 4 ммоль/л.

Дневник

19 декабря 2005:

Пациент общается с другими больными, иногда проявляя агрессию (выгоняет со стула, ругает матом). После того как услышал знакомую мелодию, стал изображать её исполнение (имитируя пение, игру на гитаре). К лечению относится спокойно, не сопротивляясь ему.

Температура тела 36, 8° С, А/Д 130/80 мм. рт. ст.

21 декабря 2005:

К пациенту пришла мать, с ней он разговаривает спокойно, говорит, что его навещали мер и президент. С пациентами общается, собирается с ними в компании, играет в карты. Пел и танцевал под музыку.

Температура тела 36, 7° С, А/Д 130/80 мм. рт. ст.

23 декабря 2005:

Пациент говорит, что получил зарплату (50000 рублей) и купил себе автомобиль. Изменений в общении с пациентами не обнаружены, часто предлагает свою помощь медицинскому персоналу (убраться в палате, перенести вещи).

У пациента были обнаружены чужие вещи (мужские брюки и женский халат).

Температура тела 36, 7° С, А/Д 120/80 мм. рт. ст

Дифференциальный диагноз

Данный вид заболевания нуждается в дифференцировке клинического течения:

1. заболевание протекает с 1979 года, постепенно ухудшаясь, без заметных признаков улучшения. Последние 5 лет пациент лечится в стационаре по 2 – 3 раза в год (лечение порой затягивается до полугода). Учитывая, что заболевание длится уже 26 лет – это непрерывнотекущая умеренно-прогридиентная шизофрения.
2. учитывая развитие у пациента галлюцинаций (зрительных и слуховых), бредовых идей (бред величия) можно предположить, что у ААА есть все проявления галлюциногенно-паранойного синдрома (который в свою очередь подтверждает умеренно-прогридиентную форму течения).

Лечение

1. Аминазин – 2, 5 % раствор, в/м суточная доза 300 мг.

2. Трифтазин – таблетки по 5 мг. Доза постепенно увеличивается до 20 – 80 мг. Суточная доза делится на 3 – 4 приёма.

3. Модитен – депо – 2, 5 % 2 мл (нейролептик пролонгированного действия)

4. Инсулинотерапия

5. Электросудорожная терапия.

Проводя курс лечения, также следует помнить об охране покоя пациента и об ограждении его от психотравмирующих факторов.

Клинический диагноз

Пациент поступил в стационар без жалоб, но его родственники предъявили жалобы на больного по поводу его агрессии, бродяжничества, галлюцинации, бред величия.

Опираясь на анамнез родственников пациента, а также на данные дифференциального диагноза и на собственные наблюдения, следует поставить окончательный диагноз Шизофрения, непрерывнотекущая (умеренно-прогридиентная) с галлюциногенно-паранойным синдромом.

Прогноз

Неблагоприятный, так как пациент после выписки не принимает таблетированные препараты и подвергает себя высокой алкоголизации.

Эпикриз

Пациент был доставлен в стационар 16 декабря 2005 года с жалобами родственников по поводу его агрессии, бродяжничества, галлюцинации, бред величия.

После прохождения курса лечения (нейролептиками и симптоматическими средствами) родственники пациента отметили улучшение состояния: уменьшились галлюцинации, бредовые идеи, агрессия.

На последний день курации пациент не был выписан (предварительная дата выписки не известна). В момент получения лечения также проводится и профилактика осложнений.

В последний день курации (16 декабря 2005 года) была проведена беседа на тему: “Алкоголь – как фактор развития осложнений”.