**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

**Фамилия:**

**Имя:**

**Отчество:**

**Пол: Женский**

**Возраст: 1.08.1952г.р.**

**Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Место работы: не работает, инвалид 2 группы.**

 **Клинический диагноз: Хроническое бредовое расстройство**

# ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА

# Поступила по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с ухудшением психического состояния: возбуждена, высказывает бредовые идеи воздействия. Жалоб не предъявляет. Психически больна много лет. Состоит на СУ за воровство и драку. Неоднократно находилась на стационарном лечении в данном стационаре, Лепельской психиатрической больнице. В 2007 году находилась на принудительном лечении в психиатрической больнице «Слабодка». Последняя госпитализация в данном стационаре в 2011 году. Настоящее ухудшение состояния около двух недель: считает, что соседи воздействуют на нее колдовством.

# ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

# Гиперстеничного телосложения. Вес 141 кг, рост-160 см. Голени отечны. Видимые слизистые обычной окраски. Лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Щитовидная железа не увеличена. Молочные железы мягкие, без патологических уплотнений. В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин, пульс – 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Тоны сердца приглушены. АД 110-60 мм рт ст.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот при пальпации мягкий безболезненный, увеличение в объеме за счет ПЖК. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

Неврологически: Легкая асимметрия носогубных складок.

Психостатус: Ориентировка в собственной личности сохранена, понимает, что в больнице, но не может сказать в какой. Во времени дезориентирована. Контакту доступна. Контакт формальный, сидит на диване и совершает стереотипные движения губами. Мышление паралогичное, разочарованное. Речь обрывками фраз. Высказывает бредовые идеи отношения: считает, что соседи воздействуют на нее колдовством и из-за них она попала в больницу. Раздражается при разговоре о соседях. С госпитализацией согласна.

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

На момент курации: предъявляет жалобы на слабость в руках, плохой сон.

При расспросе удалось выяснить, что больная высказывает бредовые идеи преследования, отношения в адрес соседей, «меня украли, связали и засунули в багажник машишы». Пациентка погружена в себя. Высказывает мысли о том, что ее дети хотят сдать в дом-нтернат. При разговоре на эту тему больная замыкается, уходит от ответов, утверждая, что ей трудно говорить об этом, что этот разговор может ей повредить. Настроение больной при этом меняется (ухудшается), на лице появляется выражение страдания, больная стремится быстрее закончить разговор на эту тему, начинает рассказывать о другом. Исходя из изложенного, можно сделать вывод о большой актуальности этих переживаний для больной.

При поступлении в отделение больную беспокоит бессонница, выражающаяся в нарушении засыпания. Также предъявлялись жалобы на тревожность, чувство страха за свою жизнь и здоровье.

# СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ

**История развития настоящего заболевания.**

Больная лечилась в психиатрической больнице «Слабодка». В дальнейшем была госпитализация в УЗ «ВОКЦ психиатрии и наркологии». Точные причины госпитализаций или события, предшествующие им, больная не сообщает, говорит, что «заболела», ничего не уточняя. Чем лечилась в больнице, не помнит.

**Семейный анамнез.**

Деда и бабку со стороны отца больная не помнит. Дед со стороны матери был вспыльчивым, раздражительным человеком с трудным характером. Много лет назад он умер от паралича. Бабка со стороны матери была доброй, отзывчивой, хорошо относилась к больной. Страдала сахарным диабетом. Мать больной была добрая, спокойная, неконфликтная. Отец больной злоупотреблял алкоголем, ушел из семьи, когда больной было 3 года. О болезнях матери и отца больная не осведомлена. Психическими, венерическими заболеваниями никто из семьи и ближайших родственников не страдает.

Бытовые условия, в которых живет больная, она описывает как хорошие. Росла больная в деревне, условия жизни были также удовлетворительными.

**История жизни больного.**

Больная – не единственный ребенок в семье. Активно общалась с детьми, участвовала в подвижных играх (они нравились ей больше, чем спокойные). В школу пошла с 7 лет. Учиться нравилось, успеваемость была хорошей. Любимыми предметами в школе были физкультура и пение. Оценки по этим дисциплинам всегда были хорошими. Плохо давались точные науки – алгебра, геометрия, по ним больная успевала средне.

В школе по-прежнему предпочитала активные игры, было много подруг (в основном среди ровесниц), была общительна, в группе детей могла и командовать, и подчиняться.

Окончила 10 классов. Потом поступила в ПТУ, училась на контролера ОТК, но обучение не закончила. К получению специальности относилась равнодушно, дальнейшая работа ее не интересовала.

Живет в браке. Муж работает трактористом. В состоянии алкогольного опьянения иногда бьет жену.

Дети взрослые. Больная демонстрирует привязанность к детям, озабочена их здоровьем, скучает по ним.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

Из врачебной документации выяснено, что больная поступила по направлению из психиатрической больницы «Слабодка» для лечения.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Сознание.**

Ориентация больной во времени, пространстве и собственной личности сохранена. Больная отчетливо представляет себе место своего нахождения, правильно его называет, узнает кураторов при повторных посещениях.

Признаков фрагментарности мышления не выявлено.

Симптомов выключения сознания также не отмечено: больная реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к ней вопросы разной степени сложности, реагирует на них адекватно. Сонливости есть.

Судорожных припадков у больной в течение жизни не было.

**Заключение:** расстройств сознания не выявлено.

**Внимание.**

Больная оценивает себя как внимательного человека, считает, что способна читать и работать в любой обстановке. Хотя при беседе с больной, которая длилась 15 минут наблюдались признаки истощаемости. При беседе выявилась патологическая прикованность больной к собственным переживаниям, проявляющаяся длинными паузами в разговоре при ожидании ответа больной на поставленный вопрос. При повторно заданном вопросе следует достаточно быстрый ответ.

Пробу с подсчетом кружков больная выполнила верно.

Проявления прикованности наблюдаются при разговоре: если в нем возникает пауза, то можно заметить, что больная не обдумывает очередной ответ или фразу, а занята своими мыслями, не имеющими отношения к теме разговора.

**Заключение:** обнаружены расстройства внимания в виде патологической прикованности.

**Память.**

Больная оценивает свою память как «среднюю», лучше развита у нее моторная память. События своего детства и юности помнит не очень хорошо. Базовые знания сохранены: больная без колебаний называет имя матери, детей, их возраст и.т.д.

Результаты психологических тестов для исследования памяти:

1. Телефонная проба: больная без труда повторяет за куратором все цифры номера, но через 2 минуты повторяет их с трудом.
2. Запоминание 10 слов.

После первого предъявления больная воспроизвела 3 слова, что значительно ниже нормальных показателей (от 6 до 7 слов).

**Заключение:** память снижена.

**Мышление.**

Мыслительные процессы логичные. Ориентирована в главных и второстепенных признаках предметов и понятий. Способна выполнить обобщение высшего порядка. Устанавливает причинно-следственную зависимость по серии сложных картин.

После установления контакта больная стала реагировать на вопросы более оживленно, ответы на вопросы стали более развернутыми, полными, но замедленность мышления сохранялась.

Глубина суждений, высказываемых больной в беседе, недостаточна. Суждения больной касаются в основном бытовых проблем, отношений с соседями и детьми.

Больная склонна к навязчивым сомнениям и действиям: рассказывает, что иногда по много раз перепроверяет, закрыт ли кран, взята ли с собой необходимая вещь и.т.д. и все равно потом волнуется, не забыла ли что-то сделать. Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больная не высказывала.

При беседе больная говорит тихим голосом, хотя голосовая функция не нарушена (в отделении говорит голосом обычной громкости.

Результаты психологических тестов для оценки мышления:

1. Исключение четвертого лишнего больная проводит правильно, объясняет, почему исключает именно данное понятие.
2. Метафору “ волчий аппетит” объясняет так “это когда человек очень хочет есть, он ест очень много, как голодный волк”.

По результатам этого исследования можно заключить, способность к абстрактному мышлению и размышлению на отвлеченные темы сохранена

**Заключение:** отмечаются расстройства мышления по темпу (замедление), и по содержанию (высказывание бредовых идей отношения и воздействия).

**Интеллект.**

При сборе анамнеза больная не употребляла общие и профессиональные понятия, ее суждения и умозаключения касались только бытовых, домашних проблем, были поверхностными, без попыток анализа ситуаций. Легко воспринимались только относительно простые вопросы, на них давались простые, поверхностные, конкретные ответы.

 Знает фамилию нынешнего президента России, но о политической ситуации в мире не осведомлена (хотя утверждает, что интересуется политикой, смотрит программы новостей).

Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной и низким уровнем культуры в ее семье.

**Заключение:** уровень интеллекта низкий, но, вероятно, это объясняется не снижением его, а недоразвитием, обусловленным недостаточным образованием и социальной средой.

**Эмоции.**

Свое настроение в данный момент больная оценивает как хорошее, хотя при поступлении предъявляла жалобы на снижение настроения, тревожность, чувство страха, слабость во всем теле. Больная подвержена колебаниям настроения, воспринимает все «слишком близко к сердцу», в конфликтных ситуациях не пытается защищаться, а отмалчивается или плачет (последнее гораздо чаще). С началом лечения отметила, что стала гораздо спокойнее реагировать на конфликтные ситуации. Не злопамятна, легко прощает нанесенную обиду, свой характер определяет как «добрый, покладистый».

Колебания настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает.

Суицидальных мыслей не возникало.

Мимика у больной малоактивная, присутствует жестикуляция руками. Эмоции выражены слабо, предмету беседы в основном адекватны, но иногда больная замыкается в себе.

**Заключение:** отмечено некоторое снижение эмоциональной активности, гипомимия.

**Двигательно-волевая сфера.**

Больная неопрятна в прическе, одежде, косметикой не пользуется.

В разговоре участвует пассивно, в основном отвечает на поставленные вопросы, встречных вопросов не задает, интереса к беседе не проявляет, не пытается выяснить что-либо о своей болезни.

В отделении в основном одинока, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно ходит по коридору.

Часто упоминает о том, что скоро ее должны выписать, что очень хочет домой, соскучилась по детям и хочет жить вместе с ними. Планы больной не соответствуют реально существующей жизненной ситуации.

Поведение больной во время беседы несколько скованное.

**Заключение:** обнаружены нарушения в двигательно-волевой сфере в виде гипобулии.

**Поведение.**

При наблюдении больной вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит в коридоре, чем в палате, мало общается с другими больными, чаще сидит одна или ходит по коридору. ЛТМ при больнице не посещает, в отделении не помогает обслуживающему персоналу. К своим болезненным переживаниям (псевдогаллюцинациям) относится критично, воспринимает их как проявление болезни. Бредовые же идеи воспринимает некритично.

**КВАЛИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА**

Учитывая, что у больной имеется раздражительность, рассеянность, общая слабость, повышенная утомляемость можно судить о наличии астенического симптомокомплекса.

бредовые идеи воздействия (громкий разговор больной, в котором она рассказывает о своей болезни, а также считает. Что ее соседи воздействуют на нее колдовством и именно из-за них она попала сюда. У больной имеются нарушения в сфере мышления в виде **расстройств мышления по темпу** (замедление), **по содержанию** (формирование паралогичных умозаключений, нарушение абстрагирования).

Отмечены также расстройства вниманияв виде **патологической прикованности** (в счетной пробе отмечены продолжительные паузы между ответами).

Нарушения в интеллектуальной сфере представлены **снижением интеллекта** (запас общежитейских знаний у больной очень низкий).

Эмоциональные нарушения имеют вид **гипомимии, снижения эмоциональной активности.**

Нарушения в двигательно-волевой сфере определяются в виде **легкой гипобулии.**

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Общее состояние:** удовлетворительное

**Температура тела:** 36,5 С

**Пульс:** 74 уд/мин

**Частота дыхательных движений:** 18 в мин

**Телосложение:** гиперстеническое

**Кожа и видимые слизистые:** кожа бледно-розового цвета, высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность сохранена. Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные.

**Подкожная жировая клетчатка:** развита значительно

**Лимфатическая система:** лимфоузлы не увеличены

**Мышечная система:** сила мышц достаточна, тонус в норме. Тургор тканей сохранен

**Кости и суставы:** патологических изменений при осмотре в костях черепа, позвоночника , грудной клетки , таза , длинных трубчатых костях не обнаружено .

**Щитовидная железа:** не пальпируется

**Органы дыхания:** по данным осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации органов дыхательной системы патологии не найдено.

**Сердечно-сосудистая система:** границы относительной тупости сердца соответствуют норме. При аускультации на верхушке выслушивается слабый систолический шум. Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена . АД -130/70 мм рт ст

**Органы пищеварения:**

**рот:** слизистая розовая, влажная

**зубы, язык:** на языке белый налет

**миндалины :** не выходят за края небных дужек

**живот:** правильной формы, в горизонтальном положении выступает за края реберных дуг. Нижняя граница желудка располагается на 3 см ниже пупка. Поверхностная пальпация кишечника безболезненна . При глубокой пальпации отмечается болезненность в правой и левой подвздошной областях . Печень не выходит за края правой реберной дуги, пальпация ее безболезненна, край ровный, эластичный . Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются .

**Мочеполовая система:** без особенностей

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Реакция зрачков на свет живая, одинаковая с обеих сторон, анизокарии нет.

Нистагма не обнаружено, конвергенция сохранена. Поля зрения не сужены. Объем движений глазных яблок полный. Больная жалуется на слияние букв перед глазами при чтении, видит лишь крупные буквы. Определение остроты зрения не проводилось из-за отсутствия необходимых таблиц.

Правая глазная щель несколько шире левой. Углы рта симметричны, легкая асимметрия носогубных складок.. Мимика сохранена.

Язык по средней линии, глотание не нарушено.

Объем активных и пассивных движений во всех суставах полный, в одноименных суставах амплитуда движений одинакова. Тонус мышц нормальный.

Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено

Сухожильные и периостальные рефлексы сохранены, одинаково выражены с обеих сторон.

Патологических рефлексов и менингеальных знаков не выявлено.

В позе Ромберга больная устойчива, отмечается выраженный тремор верхних конечностей большой амплитуды.

Координационные пробы (пальце-носовую и пяточно-коленную) выполняет свободно.

**Заключение:** выявлено нарушение зрения, требующее дальнейшего детального исследования.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ крови.**

**15.08.2012г.**

**Гемоглобин** 123 г/л

**Эритроциты**  4,1х 1012/л

**Лейкоциты** 3,4х109/л

**СОЭ** 13 мм/ч

**Эозинофилы** 1%

**Палочкоядерные** 6%

**Сегментоядерные** 60%

**Лимфоциты**  28

**Моноциты** 4%

**Общий анализ мочи.**

**15.09.2012г.**

**Количество** 110 мл

**Цвет ж**елтый

**Прозрачность** мутная

**Удельный вес** 1018

**рН** 6.0

**Эпителий плоский** в большом количестве

**Лейкоциты** единичные в поле зрения

**Слизь** +

**Бактерии** в незначительном количестве

**Биохимический анализ крови 18.09.2012г.**

**Сахар** 5.0 ммоль/л

**Билирубин общий** 20.0

**АсАТ** 1.8

**β-липопротеины** 42 ЕД

**КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Невропатолог: 5.092012г.**

Данных за органическое поражение ЦНС нет

**Окулист: 7.09.2012г.**

Жалобы на снижение зрения на левый глаз. Очками не пользуется.

Оптические среды прозрачны.

Глазное дно без видимых изменений.

**Заключение:** амблиопия слева.

**Терапевт: 15.09.2012г.**

Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании данных психического статуса, свидетельствующего о наличии у больной нарушений в эмоциональной сфере (снижение эмоциональной активности), нарушений в сфере мышления (замедление), расстройств двигательно-волевой сферы (гипобулия) и высказывании бредовых идей, расстройств поведения можно поставить диагноз:

**Хроническое бредовое расстройство**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Хроническое бредовое расстройство следует дифференцировать прежде всего с **приступообразной шизофренией** (острый полиморфный синдром). Этот синдром также начинается остро: в течение нескольких дней и удерживается несколько недель. На фоне бессонницы, тревоги, растерянности, недопонимании происходящего проявляется крайняя эмоциональная лабильность: без причины страх чередуется с эйфорией, плач и жалобы – со злобной агрессией. Бредовые высказывания отрывочны, не складываются в определенную систему, одна бредовая идея сменяет другую и может тотчас же забываться. Наблюдаются слуховые, обонятельные, редко зрительные галлюцинации. В нашем случае у больной наряду с беспокойством, бессонницей, тревогой отсутствует крайняя эмоциональная лабильность.

 Различные **органические поражения мозга** могут также давать аналогичную картину в поведении. Однако, симптоматика при этом не возникает так остро, как в данном случае. Она развивается постепенно в течение нескольких недель, месяцев. Также необходимо тщательно собрать анамнез заболевания. Не предшествовали заболеванию черепно-мозговые травмы, сотрясения, ушибы головного мозга, контузии. Как правило, органическое поражение, например, опухоль головного мозга дает еще локальную - неврологическую симптоматику. А в данном случае мы таковой не видим.

 **Параноидный синдром** с вербальными галлюцинациями очень похож на острое психотическое расстройство. Но при параноидном синдроме в высказываниях больных наблюдаются противоречия, случайные выводы, мышление их отличается фрагментарностью, непоследовательностью. Бред у них стоек. Характерна непреклонная уверенность больных в совершенной адекватности их бредовых построений. Видов бреда много, но для любого из них характерны четыре особенности: нелепость содержания; возникновение на болезненной основе, когда помимо бреда у больных обнаруживаются симптомы, характеризующие то или иное психические заболевание; контраст бредовых высказываний и прошлого жизненного опыта больного; недоступность бреда коррекции путем логического доказательства, разубеждений, приведения разумных доводов. В нашем случае мы не можем проверить достоверность слов больной.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**1.Медицинская.**

Больной рекомендуется лечение нейролептиками с преимущественно тормозным эффектом в быстро нарастающих дозировках:

Трифтазин в 09-00,14-00 по 0,005 мг,сут

Клозапин в 22-00 по 0,05 мг

Снотворные средства:

Сомнол в 22-00 по 0,0075 мг

Противоэпилептические препараты:

Карбамазепин в 22-00 по 0.2 мг

Антипсихотическое средство

Азапин в 22-00 по 0,05 мг

После достижения терапевтического эффекта необходимо продолжать лечение, направленное на предотвращение рецидивов. Назначаются психотропные средства: клозапин.

**2.Социальная.**

Учитывая, что заболевание больной является прогностически благоприятным, особенно на фоне профилактического назначения психотропных препаратов нейролептического ряда, следует провести семейную терапию, разъяснить мужу и детям возможность дальнейшего проживания с больной, сделать попытку оздоровления микросоциального окружения. Для повышения социального статуса больной можно порекомендовать трудоустройство на работу по щадящему графику в ЛТМ .

**КЛИНИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ**

**Клинический прогноз:** сомнительный, так как возможны стойкие изменения личности в эмоциональной и двигательно-волевой сферах.

**Социально-трудовой прогноз:** оценивается как благоприятный, так как сохранена возможность реабилитации после выписки из стационара, возможна и простая профессиональная деятельность.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧА, ОТВЕТСТВЕННОГО ЗА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

**В РАЙОНЕ**

Больная находилась на принудительном лечении в психиатрической больнице «Слабодка», В УЗ «ВОКЦ психиатрии и наркологии» с диагнозом: Хроническое бредовое расстройство.

Участковому врачу рекомендуется оформить больную на работу в ЛТМ, выбрав индивидуальный, щадящий график работы, продолжить лечение психотропными препаратами.

Кроме того, по возможности следует провести разъяснительную работу с мужем и детьми больной, попытаться оздоровить микросоциальное окружение больной.

Ориентировка в собственной личности сохранена, понимает, что в больнице, но не может сказать в какой. Во времени дезориентирована. Контакту доступна. Контакт формальный, сидит на диване и совершает стереотипные движения губами. Мышление паралогичное, разочарованное. Речь обрывками фраз. Высказывает бредовые идеи отношения: считает, что соседи воздействуют на нее колдовством и из-за них она попала в больницу. Раздражается при разговоре о соседях. С госпитализацией согласна.

**ДНЕВНИК**

03.09.12

t 36,6

Вес 141 кг.

Контакту доступна. Высказывает бредовые идеи отношения. Больничной обстановкой не тяготится. К назначениям относится с настороженностью . Отношение к персоналу нейтральное.

Ночами плохо спит. Пищу принимает .

Режим – общий. Непрерывное наблюдение.

**ЭПИКРИЗ**

Поступила по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с ухудшением психического состояния: возбуждена, высказывает бредовые идеи воздействия. Жалоб не предъявляет. Психически больна много лет. Состоит на СУ за воровство и драку. Неоднократно находилась на стационарном лечении в данном стационаре, Лепельской психиатрической больнице. В 2007 году находилась на принудительном лечении в психиатрической больнице «Слабодка». Последняя госпитализация в данном стационаре в 2011 году. Настоящее ухудшение состояния около двух недель: считает, что соседи воздействуют на нее колдовством.

Ориентировка в собственной личности сохранена, понимает, что в больнице, но не может сказать в какой. Во времени дезориентирована. Контакту доступна. Контакт формальный, сидит на диване и совершает стереотипные движения губами. Мышление паралогичное, разочарованное. Речь обрывками фраз. Высказывает бредовые идеи отношения: считает, что соседи воздействуют на нее колдовством и из-за них она попала в больницу. Раздражается при разговоре о соседях. С госпитализацией согласна.

Больной рекомендуется лечение нейролептиками с преимущественно тормозным эффектом в быстро нарастающих дозировках:

Трифтазин в 09-00,14-00 по 0,005 мг,сут

Клозапин в 22-00 по 0,05 мг

Снотворные средства:

Сомнол в 22-00 по 0,0075 мг

Противоэпилептические препараты:

Карбамазепин в 22-00 по 0.2 мг

Антипсихотическое средство

Азапин в 22-00 по 0,05 мг

После достижения терапевтического эффекта необходимо продолжать лечение, направленное на предотвращение рецидивов. Назначаются психотропные средства: клозапин.