**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

**Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Отчество: \_\_\_\_\_\_\_**

**Пол: Женский**

**Возраст: 15.08.1944г.р.**

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

**Место работы: не работает, пенсионерка**

**Диагноз при поступлении: Органическое смешанное(депрессивное и бредовое) расстройство. Алкогольная зависимость в анамнезе.**

 **Клинический диагноз: Органическое бредовое расстройство.**

# ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА

# Поступила по направлению ПНД в связи с ухудшением психического состояния несколько недель назад: возбуждена, высказывает бредовые идеи (спец.службы травят ее нервнопаралитическим газом и следят постоянно за ней).

# Лечилась однократно в отделении № 2 с 16.05.13 г до 08.06.13, после суицидальной попытки (отравилась жидкостью для чистки труб) с диагнозом органическое депрессивное расстройство, парасуицид, после выписки лечение поддерживающее не принимала, лишь иногда снотворное.

# ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

# Нормостеничного телосложения. Вес 65 кг, рост-160 см. 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 ясные. АД 110-60 мм рт ст.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

**Невно-психическое состояние**: Доступна контакту. Ориентировка в собственной личности сохранена, понимает, что в больнице. На вопросы отвечает тихим голосом, настроение сниженно, апатична.

Высказывает идеи преследования, считает, что они отравили весь подъезд газом и теперь за ней стали следить, проверяют ее мусор, а зять "травит продукты", высказывала, что бутылку коньяка выпила, чтоб зятю не досталось.

Суицидальные мысли не высказывает, но не отрицает, что раньше они были.

 С госпитализацией согласна.

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

На момент курации: предъявляет жалобы на плохой сон.

При расспросе удалось выяснить, что больная высказывает бредовые идеи преследования, что ее преследуют спец.службы, потому что она заражена сифилисом, а врачи не говорят ей правды, утверждают что сифилиса у нее нет (начала жаловаться на это когда лежала в токсикологии в ВОКБ), спец.службы ее травят нервнопаралитическим газом. Про попытку суицида говорит. что сделала ее после того как зять сказал. что она будет жить в туалете и есть объедки с его стола. 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.

 Больную беспокоит бессонница, выражающаяся в нарушении засыпания. Также предъявлялись жалобы на тревожность.

# СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ

История развития настоящего заболевания.

# Больная лечилась в ВОКБ в отделении токсикологии, после попытки суицида, там у нее начали появляться мысли, что она больна сифилисом, а врачи ей об этом не говорят. Еще позже начала рассказывать, о том что за ней следят спец.службы.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. Была выписана 08.06.2013, но после выписки лечение поддерживающее не принимала, лишь иногда снотворное.

# Поступила 16.09. 2013 по направлению ПНД в связи с ухудшением психического состояния несколько недель назад: возбуждена, высказывает бредовые идеи (спец.службы травят ее нервнопаралитическим газом и следят постоянно за ней).

#

**Семейный анамнез.**

Дедушку и бабушку со стороны отца больная не помнит. Дедушка со стороны матери был вспыльчивым, раздражительным человеком с трудным характером. Много лет назад он умер от инфаркта. Бабушка 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 – родилась 2 ребенком в семье. всего 3. 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 биология 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 педагогический университет в Витебске, училась на биолога. Потом работа инженером.

Разведена. Проживает с дочкой и зятем.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

Из врачебной документации выяснено, что больная поступила по направлению из психоневрологического диспансера 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 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 нелогичные. Ориентирована в главных и второстепенных признаках предметов и понятий. Не способна выполнить обобщение высшего порядка. Не 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, переживаниями по поводу ее болезни ( как она считает - сифилиса), о том что из-за этой болезни за ней следят спец.службы, объяснить почему за другими людьми с такой же болезнью не следят, объяснить не смогла, а просто перевела тему.

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 неправильно, но 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”.
3. Объяснила смысл фразы "белая ворона", сказав. что это она, но не смогла обосновать.

**Заключение: Мышление изменено по органическому типу, паралогичное, не последовательное, также** 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, но с попытками анализа ситуаций. Легко воспринимались относительно простые вопросы, но и на тяжелые вопросы давались конкретные ответы. Биологические термины( биология, адаптация, ген) объясняла правильно, но не научным языком, а бытовым, т.е как она их понимает.

**Заключение:** Средний **уровень интеллекта, может расшифровать биологические термины.**

**Эмоции.**

Свое настроение в данный момент больная оценивает как среднее, хотя при поступлении предъявляла жалобы на снижение настроения, тревожность. 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, предмету беседы в основном адекватны, но иногда больная замыкается в себе, часто меняется настроение.

Колебания настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает.

Суицидальных мыслей давно не возникало, жалеет о том что пыталась покончить жизнь самоубийством.

Мимика у больной малоактивная, жестикуляции руками нет

**Заключение:** Эмоции лабильны, гипомимия

**Двигательно-волевая сфера.**

Больная опрятна 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, по поводу которой лежит, спрашивала лишь о том почему врачи не хотят ей признаться, что у нее сифилис.

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

Говорит, что о дочке вспоминает и думает хорошее.

Поведение больной во время беседы несколько скованное.

**Заключение: несколько скованное поведение.**

**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. Бредовые же идеи (сифилис, и слежка спец.служб) воспринимает некритично.

**КВАЛИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА**

1.Бредовые идеи преследования ( за ней следят спец.службы), отравления(ее травят спец.службы нервнопаралитическим газом).

2.У пациентки имеются нарушения в сфере мышления - **мышление изменено по органическому типу, не последовательное, также** отмечаются расстройства мышления по темпу (замедление), и по содержанию (высказывание бредовых идей преследования и отравления, также формирование паралогичных умозаключений, нарушение абстрагирования).

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

Эмоциональные нарушения имеют вид **гипомимии, эмоции лабильны.**

Нарушения в двигательно-волевой сфере определяются в виде**: несколько скованное поведение.**

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Общее состояние:** удовлетворительное

**Температура тела:** 36,5 С

**Пульс:** 74 уд/мин

**Частота дыхательных движений:** 18 в мин

**Телосложение: нормо**стеническое

**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 умеренно

**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. 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 не выступает за края реберных дуг. Нижняя граница желудка располагается на 3 см выше 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. 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 исследования.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ крови.**

**20.09.2013г.**

**Гемоглобин** 143 г/л

**Эритроциты**  4,1х 1012/л

**Тромбоциты** 240х109/л

**Лейкоциты** 3,4х109/л

**СОЭ** 13 мм/ч

**Эозинофилы** 2%

**Палочкоядерные** 6%

**Сегментоядерные** 60%

**Лимфоциты**  28%

**Моноциты** 4%

 Заключение: все показатели в норме.

**Анализ крови на RW 20.09.2013г.-отрицательный**

**Биохимический анализ кровь**

**19.09.2013г.**

**Сахар** 13,0 ммоль/л

Белок 65,0 г/л

холестерин 6,0 ммоль/л

Заключение: повышен сахар.

**КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Невролога от 20.05.13г. Диагноз: Органическое поражение ЦНС сложного генеза(ДАЭ 1-2ст, последствия перенесенной ЗЧМТ с ушибом головного мозга, диабет)**

**Окулист от 07.09.2012г.**

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

Оптические среды прозрачны.

Глазное дно без видимых изменений.

**Заключение:** амблиопия слева.

**Терапевт от 1.09.2012г.**

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.