**Ф.И.О**. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Пол** мужской

**Возраст**: 51 год.

**Семейное положение**: не женат.

**Образование:** средне-специальное.

**Место работы**: не работает

**Национальность:** русский

**Вероисповедание:** православный

**Дата поступления**: 29.09.2003.

**Диагноз:** Параноидная шизофрениянепрерывная форма F20.0

**Причина поступления.**

После ссоры с родителями в состоянии алкогольного опьянения по скорой помощи был госпитализирован в ТОКПБ.

**Жалобы.**

На потемнение в голове, отсутствие идей, фантазий.

На то, что родные ставят над ним эксперимент (не кормят, не пускают на улицу. )

**История настоящего заболевания**

Считает себя больным с 12 лет , когда получил ЧМТ, после чего почувствовал” пустоту в голове”, отсутствие мыслей, которое со временем возникало всё чаще. В 1989г. проходил в ТОКПБ военно-психиатрическую экспертизу по направлению военкомата, был выставлен диагноз “психопатия”. С этого времени неоднократно находился на лечении в ТОКПБ. Последняя госпитализация была в сентябре 2003г. После выписки, лечение продолжал дома. Лекарства принимал не регулярно. Последний приступ возник в состоянии алкогольного опьянения. Со слов родственников больной был агрессивен, раздражителен, угрожал родным и посторонним. По скорой помощи был доставлен в 24 отделение ТОКПБ.

**Предшествующие расстройства**

В 12лет ЧМТ.

В 1994-95г находился на лечении в Тимерязеве. В 1997г оформлена II группа инвалидности.

**Соматический анамнез.**

Рос и развивался соответственно возрасту. Перенес все типичные детские инфекции. В 12 лет перенес ЧМТ. Острые инфекционные и венерические заболевания отрицает.

Аллергический анамнез не отягощен.

**Личный анамнез**.

Анамнез жизни.

Беременность матери была желанной и протекала без патологии.

Рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошл с 7 лет, учился хорошо. Получил средне-спецальное образование.

Социальный анамнез, бытовые условия: не женат, детей нет.

Характер питания удовлетворительный. С детства живет в своем доме.

Физкультурой и спортом не занимается.

Вредные привычки: курит, выкуривает 2 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет, курит “план”.

В больнице пациента посещает мать раз в неделю.

# Аллергологический анамнез не отягощен.

# Анамнез семейный

Воспитывался отцом и матерью, иногда в воспитании принимала участие бабушка. Есть младший брат. Отмечает меньшее внимание к себе, чем к младшему брату. С братом и с родителями сорится не часто. Среди родственников психическими заболеваниями никто не страдал.

**Неврологический статус.**

Черепно-мозговая травма в 12 лет. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки нормальной величины, конвергенция и аккомодация- в норме. Чувствительность на лице сохранена, лицо симметричное, расположение носогубных складок, углов рта правильное, симметричное. Слух сохранен. Вкус пациент различает. Речь правильная. В позе Ромберга устойчив, отмечается незначительный тремор рук. Пальценосовую пробу выполняет.

**Психический статус.**

**Внешний вид и поведение во время интервью:**

В течение дня пациент спит, читает книги (преимущественно исторического и философского характера.). Есть хобби-рисование. Аппетит хороший, столовую посещает регулярно. Внешний вид опрятный: волосы причесаны, ногти подстрижены, одежда чистая.

Отношение к другим пациентам спокойное. Малообщителен. Отношение к врачам и среднему медперсоналу скептическое.

Пациент во время беседы спокоен. Необычных движений не совершает, лицо выражает усталость. Живость и яркость мимических движений снижена- лицо гипомимично. Жесты редки.

Вопросы и требования понимает правильно, на все вопросы отвечает, требования выполняет спокойно. Пациент внимателен, визуального контакта не избегает, смотрит в глаза, лицо не испуганное. Хорошо ориентируется в месте и времени. Во время беседы сидит спокойно в одной позе.

**Восприятие:** видений, необычных запахов, разговоров больной не отмечает.

**Настроение**: (аффективность) эмоционально монотонна.

Внешний вид уставший. Активность и подвижность снижены. Голос эмоционально окрашен, позы не меняет. Свое настроение пациент определяет как нормальное, в течение дня настроение не меняется. Есть потребность видеть своих близких, самооценка занижена, ощущает себя не таким как все. Суицидальные мысли не возникали. Отношение к будущему пессимистическое . Наблюдается сглаженность эмоциональных реакций, угрюм. Раздражается при расспросе о родных, которые по словам больного ставят над ним эксперименты ( не кормят, не выпускают из дому.)

**Речь, мышление**: Речь обычной громкости, больной разговорчив, на все вопросы отвечает полно с подробностями. Высказывания последовательны, во время беседы с одной темы на другую не переходит. Происходящие вокруг события не комментирует. Длительных пауз во время речи пациента не возникает. Все слова пациент употребляет уместно, выражения и рифмы не использует.

Формальные расстройства мышления.

Паралогичность (больной утверждает, что увлекается йогой из-за того, что йоги употребляют атропин.)

Амбивалентность которая выражается в одновременном негативном отношении к родным и сожалением о том , что редко видит мать.

Резонёрство- псевдонаучные рассуждения на философские темы о буддизме.

Содержательные расстройства мышления.

Больной ощущает “потемнения” в голове, чувство отсутствия собственных мыслей.

Персекуторный бред с фабулой отношения- больной убежден, что родные ставят над ним эксперимент, не кормят его, не выпускают из дому.

**Воля:** Отсутствует желание что- либо делать, чем-либо заниматься. Больного не интересует месяц, день, нет желания читать и рисовать последние три дня.

**Сознание:** Сознание ясное. Пациент ориентируется в пространстве, времени и своей личности.

**Внимание:** Во время беседы пациент внимателен, не отвлекается , дни недели в обратном порядке называет точно и быстро.

**Интеллект:** Не снижен.

**Память:** Память сохранена. События произошедшие давно помнит хорошо. События связанные с приступом помнит не точно.

**Инсайт:** Пациентне отдает себе отчет в том, что он болен и нуждается в лечении. Своё самочувствие связывает с полученными в детстве ч.м.т. и интоксикациями красками.

**Квалификация психического статуса.**

При исследовании психического статуса на основании наличия убежденности пациента в том, что его родственники «ставят над ним эксперименты, не кормят его и не выпускают из дома», можно говорить о **персекуторном бреде с фабулой отношения**.

Нарушение мышления по форме: **Паралогичность, амбивалентность, резонёрство.**

На основании наличия следующих расстройств: жесты, мимика, эмоции пациента сглажены, больной не разговорчив с окружающими пациентами, старается быть один. Его мало тревожит настоящая жизненная ситуация, у него нет конкретных планов на будущее. Данное состояние можно определить как **аутизм**.

У пациента отсутствует желание что-либо делать, чем-либо заниматься- **абулия**.

Снижение активности, подвижности больного-**гиподинамия**

**Общие исследования.**

Общее состояние: удовлетворительное.

Рост 182см Масса тела 65кг

Астенический тип телосложения.

Кожа землистого цвета.Кожа сухая, истонченная, тургор кожи снижен.

Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, блестящие, изъязвлений и кровоизлияний нет. Язык обложен белым налетом. Склеры субиктеричны.

Ногти ровные, с гладкой блестящей поверхностью

Подкожно-жировой слой выражен слабо.

Лимфатические узлы: пальпируются увеличенные подчелюстные лимфатические узлы, при пальпации безболезненны.

Щитовидная железа не пальпируется.

Мышцы развиты умеренно, тонус сохранен, безболезненны при пальпации.

Грудная клетка: астеническая, симметричная, участвуют в акте дыхания левая и правая половины грудной клетки одинаково. Межреберные промежутки не выражены.

Дыхательные движения симметричны. Тип дыхания смешанный. Ритм дыхания правильный.

**Живот:** обычной формы, симметричный, видимой перистальтики нет, безболезненный при поверхностной пальпации.

**Лабораторно-инструментальные исследования.**

Общий анализ крови без патологии.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови без патологии.

**Обоснование диагноза.**

У данного пациента имеются следующие симптомы входящие в диагностические критерии шизофрении (F20) в МКБ-10:

1. Наличие бредовых идей отношения.
2. Наличие значительного и последовательного качественного изменения поведения, что проявляется утратой интересов, бездеятельностью, аутизацией.
3. Обрывы мыслей, паралогичность, резонёрство.

Клиническая картина имеющегося у данного пациента клинического расстройства полностью соответствует установленному ряду требований к диагнозу **шизофрении.**

На основании доминирования бредовых идей над симптомами эмоционального сглаживания и абулическими расстройствами, можно говорить о **параноидной форме.**

На основании многократных госпитализаций, неполной ремиссии в течении заболевания, прогрессировании течения, можно поставить **непрерывное течение**.

На основании «негативная симптоматики» абулия, эмоциональная сглаженность и тремора рук, что может являться побочным действием нейролептиков можно предположить о наличии у больного «нейролептического синдрома».

**Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальный диагноз необходимо провести с органическими психозами травматического и интоксикационного характера, так как в анамнезе имеется указание на получение больным черепно-мозговой травмы и употребления каннабиоидов, а также работа с красками.

Из симптоматики, характерной для галлюцинаторно-бредового психоза травматического характера, у больного присутствует бред, и эмоциональная сглаженность. Но при органическом психозе травматического характера психические расстройства сопровождаются помрачением сознания, развитием галлюцинаций, астении в последующем с развитием психоорганического синдрома.

Из органических психозов интоксикационного генеза состояние больного следует дифференцировать с хроническим вербальным галлюцинозом с бредом.

Сходством являются бредовые идеи отношения, но при вербальном галлюцинозе бред тесно связан с галлюцинаторными проявлениями. Присутствие у нашего больного паралогического мышления, резонерства, амбивалентности, аутизма также более характерно для шизофрении.

Также необходимо провести дифференциальный диагноз с аффективными расстройствами.

Для реактивных психозов характерен бред, снижение деятельности, психомоторная заторможенность. Но при этом бред как правило носит характер виновности, не возникает нарушения мышления по форме, возникает пробуждение за 2 часа до обычного времени, депрессия тяжелее по утрам.

**Обоснование применявшейся терапии**

Режим 22Б. Лечение больных шизофренией складывается из применения лекарственных средств, психотерапии, социальной адаптации больного. Их комплекс получил название реабилитация.

1 Лекарственная терапия.

Психотропные средства являются основным способом лечения. При параноидной шизофрении с преобладанием бреда применяют трифтазин. При недостаточном эффекте его заменяют мажептилом (тиопроперазин), аминазином.

Трифтазин

Ноотропы(пирацетам, аминалон, церебролизин, пантогам)- влияют на метаболические процессы в клетках головного мозга, активируя окислительно-восстановительные процессы. Они оказывают положительное влияние на нарушенные когнитивные процессы.

Пирацетам 10,0 в/в капельно

При лечении психических расстройств целесообразно назначение совместно с вазотропными препаратами(кавинтон, трентал, циннаризин)

|  |  |
| --- | --- |
| препарат | доза |
| аминазин | 4,0 в/м № 5 |
| димедрол | 2,0 в/м |
| Кордиамин | 2,0 в/м |

После проведения курса в/м терапии перейти на пероральный прием нейролептика:

Аминазин 100мг 4раза в день.

2 Психотерапия. При шизофрении является вспомогательным, средством. Ее назначение возрастает по мере выхода из острого психотического состояния. На фоне поддерживающей терапии психотропными средствами регулярная психотерапия может оказаться даже решающим фактором в предотвращении рецидивов и опасных действий больных, например, суицидов.

3 Социальная адаптация-необходимо разъяснить родным больного проявления болезни, которые они могут принимать за чудачества, распущенность, лень, упрямство и т.д. Убедить родственников в необходимости длительного лечения, опасности перерывов, ведущих к рецидиву, объяснить, какие требования они могут и должны предъявлять больному, а какие для него непосильны вследствие болезненных переживаний и могут привести лишь к конфликтам и ухудшению состояния. Наконец, надо способствовать гармонизации семейных отношений, разрешению конфликтов, без чего нельзя рассчитывать на стойкие хорошие ремиссии.

**Экспертиза**

Трудовая экспертиза.

У больного имеется II группа инвалидности. Возможность самообслуживания и частичная трудоспособность сохранена.

Судебно-психиатрическая экспертиза.

Больных с диагнозом шизофрения судебно-психиатрическая экспертиза признает не вменяемыми при совершении уголовно наказуемых действий в период психоза или нестойкой ремиссии. Назначается принудительное лечение. Отмена лечения определяется тоже по решению суда. Во время полных ремиссий пациенты признаются вменяемыми.

Военная экспертиза.

Признает не годными для военной службы, даже при полной ремиссии.

**Прогноз.**

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

Социально-трудовой прогноз: оценивается как благоприятный, при развитии ремиссии. Возможна простая профессиональная деятельность.

**Рекомендации.**

1. Поддерживающая терапия. После выписки из стационара больной нуждается в регулярном применении нейролептиков пролонгированного действия.
2. Психотерапия (индивидуальная, семейная, групповая).
3. Социотерапия. Это так называемое «лечение занятостью». В дальнйшем показана трудотерапия, при необходимости обучение новой профессии.
4. Избегать ситуаций, которые могут с провоцировать рецидив( психические травмы, лихорадочные заболевания, алкогольные опьянения) .

**Список литературы.**

1. М. В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А. Е. Личко «Психиатрия»
2. Жариков Н.М. «Психиатрия»
3. Мосолов С.Н. «Основы фармокотерапии»
4. А.И. Венгеровский «Фармакология»
5. «Руководство по психиатрии» под ред. А.В. Снежневского