1. **Паспортные данные**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 09.03.1982г (30лет)

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

Место работы: не работает

Семейное положение: не женат

Дата поступления в стационар: 17.12.12

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип, обострение.

1. **Запись дежурного врача**

 Поступил самостоятельно в связи с ухудшением состояния, агрессивность, раздражительность: появились страхи преследования спецслужб, нарушился сон. Жалобы на неприятные ощущения при глотании. На момент осмотра общее состояние удовлетворительное. Продуктивному контакту доступен. На вопросы отвечает охотно. Ориентирован в месте и собственной личности верно. Речь тихая. Фон настроения снижен. Суицидальные мысли и настроения отрицает. Критика к своему состоянию отсутствует.

 Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров чистый. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, перкуторно – звук ясный, легочной. Частота дыхания – 17 в минуту. Пульс – 84 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус:Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объёме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S, 5 мм. Косоглазия, пареза взора нет. Диплопия, миоз, мидриаз, анизокория не наблюдаются. Реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию в норме. Брюшные, сухожильные и периостальные рефлексы сохранены. Патологические рефлексы не выявлены. Чувствительность сохранена. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Походка ровная. Речь не нарушена. Психический статус: контакту доступен. Критики к болезни нет. С госпитализацией согласен.

1. **Обследование больного лечащим врачом**

Самочувствие удовлетворительное. Жалоб на момент курации нет. При поступлении пациент жаловался на чувство страха, нарушение сна, неприятные ощущения при глотании.

Субъективный анамнез:

 со слов отца: дома практически ничем не занимался, ни с кем не общался, медикаменты принимал, однако боялся оставаться один. По приезду из Германии (1неделю назад), где он чувствовал себя хорошо, вновь стал ощущать слежку за собой со стороны спецслужб, боялся оставаться дома один, попросился в больницу.

***Anamnesis morbid***

 Психически болен с 2003 года, когда впервые появились неадекватности в поведении, начал подозревать своего друга в том, что он за его спиной гуляет с его девушкой. Фактов не было, но уверенность в измене росла. Затем стало казаться, что друг отца связан с его другом, находится в сговоре против него. С января 2006года появилось чувство, что его девушка каким-то образом пытается его отравить. Стали чаще беспокоить сердцебиение, стал раздражительным, нервным. В стационаре лечился в июле 2010года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, принимал флюаксол. В сентября 2010года стал испытывать ощущение слежки за собой, считал что кому-то перешёл дорогу в бизнесе, отмечались навязчивости, страх интерпретировал события происхождение с ним в разрезе своих переживаний. Последняя госпитализация в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в отд №3 с 07.11.11 по 18.11.11. после выписки, со слов отца практически ничем не занимался, ни с кем не общался, медикаменты принимал, однако боялся оставаться один. По приезду из Германии, где он чувствовал себя хорошо, вновь стал ощущать слежку за собой со стороны спецслужб, боялся оставаться дома один, попросился в больницу.

***Anamnesis vitae***

Единственный ребенок в семье инженеров. Данных о течении беременности матери нет. Раннее развитие без особенностей. Образование – высшее. В школу пошел с 7 лет, успеваемость средняя. В развитии от сверстников не отставал. В воспитании принимали участие оба родителя. Закончил ВГУ, экономический и юридический факультет. В армии не служил. Работает в частной фирме у отца.

Материально-бытовые условия удовлетворительные. Живёт с родителями в двухкомнатной квартире.

Наследственность не отягощена.

Перенесённые заболевания - простудные. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические, онкологические болезни, болезнь Боткина отрицает. ЧМТ не было. Эпиданамнез спокоен. Курит. Алкоголь употребляет эпизодически. Влечение к алкоголю отрицает. Аллергический анамнез не отягощён.

Правонарушений, судимости нет.

***Соматический статус***

Рост 158 см. вес 67 кг. Телосложение правильное, повышенного питания. Кожный покров чистый, физиологической окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные, без эрозий, папул, вегетаций, язв, налётов, корочек, корок, отделяемого. Татуировок на теле нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание в лёгких везикулярное, перкуторно – звук ясный, легочной. Частота дыхания – 16 в минуту. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

***Неврологический статус***

Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объёме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S, 5 мм. Косоглазия, пареза взора нет. Диплопия, миоз, мидриаз, анизокория не наблюдаются. Реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию в норме. Брюшные, сухожильные и периостальные рефлексы сохранены. Патологические рефлексы не выявлены. Чувствительность сохранена. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Походка ровная. Расстройства почерка, афазические нарушения не выявлены. Речь не нарушена.

***Психический статус***

**Внешний вид пациента.** На беседу пришёл самостоятельно. Походка ровная. Поза – сидит, движения плавные. Осанка ровная. Мимика выразительная, выражение глаз равнодушное. Отношение к беседе положительное, заинтересованность и сосредоточенность на двухсторонней беседе есть. Содержание беседы понимает, на вопросы отвечает охотно, но быстро отвлекается на посторонние темы. Речь не громкая, эмоциональная. Словарный запас в норме. Грамматический строй речи правильный.

**Сознание и его расстройства.** Состояние аутоориентировки – ориентирован в собственной личности, правильно называет свое имя, фамилию, отчество, год рождения, возраст, адекватно оценивает свое место в обществе. Состояние аллоориентировки- ориентирован в месте(знает, что находиться в ВОКПБ), времени (правильно называет месяц, год, пору года). Состояние мышления: не обнаружено нарушений связи между понятиями, словами, предложениями. Сознание ясное.В прошлом состояний помраченного сознания не было.

Заключение: нарушения сознания нет.

**Восприятие.** Правильно воспринимает собственную личность, своё тело, окружающий мир.

 Заключение: нарушения восприятия нет.

**Память.** Фиксационная память снижена (из 10 предложенных для запоминания слов, было воспроизведено 5). Логически смысловая память (основное содержание предложенного рассказа было передано частично). Узнавание не нарушено (предлагаемые предметы определяет правильно).

Заключение: нарушение памяти нет.

**Внимание.** Внимание активное, устойчивое, однако отличается достаточно легкой переключаемостью. Дает четкий счет по Крепелину. В целом интервалы между числами равны по времени, за исключением 1-2 эпизодов запоздания ответа; пациент сделал одну ошибку, которую не заметил и 2-3 ошибки, которые исправил сам сразу же. Даёт чёткое, правильное толкование пословиц и поговорок. При перечислении названий месяцев в обратном порядке практически не ошибался (сделал 2 ошибки, но самостоятельно их исправил). Объём внимания достаточный.

Заключение: внимание активное, объём внимания достаточный.

.

**Интеллект.** Запас знаний, полученных во время обучения в школе и училище сохранен. Больная правильно понимает и интерпретирует вопросы. Словарный запас достаточный. Предлагаемые пословицы объясняет правильно.

Заключение: уровень интеллекта соответствует полученному образованию.

**Мышление. Речь.** Мышление паралогичное, ускоренное. После установления контакта пациент стал реагировать на вопросы еще более оживленно, ответы на вопросы стали более развернутыми. Бредовых идей не отмечалось.

Заключение:паралогичное, ускоренное мышление.

**Эмоции. Чувства.** Свое настроение в данный момент пациент оценивает как хорошее. Категорически отрицает колебания настроения в течение суток; понижение аппетита. Суицидные мысли не возникали. Говорит спокойно. В эмоциональных отношениях с близкими хорошие, доверительные отношения. При исследовании настроения выявлено спокойствие, интерес к жизни, заинтересованность в ней. Мимика богатая, жестикуляция умеренная.

Заключение: уровень интеллекта соответствует полученному образованию.

**Двигательно-волевая сфера.**

Во время беседы больная не ограничена в движениях, жестикулирует. Поза больной естественная. Уровень влечений в половой сфере с пациенткой не обсуждался. В разговоре с больной не получено каких-либо сведений об извращении влечений. Склонна к импульсивным действиям, амбивалентности желаний. Беседа с больной и наблюдение не дали никакой информации об изменениях двигательной сферы.

Заключение**:** нарушений в двигательно-волевой сфере не выявлено.

**Поведение** При наблюдении за пациентом вне ситуации курации отмечено, что пациент больше времени проводит вне палаты, охотно общается с другими больными и мед. персоналом. Свою болезнь не отрицает. Лечение принимает.

Заключение: адекватен, лечение принимает.

 **Данные лабораторных и специальных исследований.**

Общий анализ крови от 18.12.2012г

Hb 153 г/л

Эритроциты- 4,6 Х 1012/л

Цветовой показатель – 0,96

СОЭ – 5мм/час

Лейкоциты – 5,9 х 109/л

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | базофилы |  Нейтрофилы | лимфоциты | моноциты |
|   2% |  1% | юные  1% | палочки  5% | сегменты  63%  |  29% |  5% |

 Заключение: данные общего анализа крови в пределах нормы.

Биохимический анализ крови от31.01.2012г

Общ. белок – 63г/л

Мочевина – 4,2 ммоль/л

Холестерин – 3,9 ммоль/л

Креатинин – 0,055ммоль/л

Билирубин – 13,0 мкмоль/л

АлАТ- 27,9 МЕ

АсАТ – 34,9 МЕ

Заключение: данные биохимического анализа крови в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 31.01.2012г

Цвет- соломенно-желтый

РН- кислая

Относит. плотность – 1019

Белок – нет

Глюкоза – отр

Заключение: данные общего анализа мочи в пределах нормы.

*ЭКГ:* ритм синусовы. Горизонтальное положение ЭОС.

Анализ на RW (18.12.12)- отр

 **ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании:

Признаки заболевания обнаружились с 2003 года, когда впервые появились неадекватности в поведении, тревожность. Начал подозревать своего друга в том, что он за его спиной гуляет с его девушкой. Фактов не было, но уверенность в измене росла. Затем стало казаться, что друг отца связан с его другом, находится в сговоре против него. С января 2006года появилось чувство, что его девушка каким-то образом пытается его отравить. Стали чаще беспокоить сердцебиение, стал раздражительным, нервным. В сентября 2010года стал испытывать ощущение слежки за собой, считал что кому-то перешёл дорогу в бизнесе, отмечались навязчивости, страх интерпретировал события происхождение с ним в разрезе своих переживаний. Последняя госпитализация в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в отд №3 с 07.11.11 по 18.11.11. после выписки, со слов отца практически ничем не занимался, ни с кем не общался, медикаменты принимал, однако боялся оставаться один.

За неделю до госпитализации вновь почувствовал ухудшение состояния, агрессивность, раздражительность, стал ощущать слежку за собой со стороны спецслужб, боялся оставаться дома один, попросился в больницу.

Неоднократно лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по поводу шизофрении непрерывного течения.

Психический статус: Сознание больной ясное. Полностью ориентирована в пространстве и собственной личности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не выявлено. Суицидальных тенденций не обнаружено. Контакту доступен. Расстройства восприятия не выявлено. Внимание активное, достаточное. Память снижена. Мышление паралогичное, ускоренное. Уровень интеллекта соответствует полученному образованию. Эмоциональный фон ровный. Нарушений в двигательно-волевой сфере не выявлено. Поведение адекватное, лечение принимает.

Можно выставить следующий клинический диагноз - Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения.

 **Дневники. Лечение.**

Режим стационарный

Диета Б

Снотворное средство: Сомнол в 22-00 по 7,5 мг

Нейролептик: Модитен-Депо 25 мг в/м, последующая инъекция ч/з 15 дней

Трудотерапия

 26.12.12

Общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное. Жалоб не предъявляет. Контакт поддерживает. Ориентировка во всех видах сохранена. Настроение ровное. Суицидальные мысли не высказывает. Режиму подчиняется. Острой психической симптоматики не выявлено. Высказывае желание поскорее уехать домой на новый год. К пребыванию в психиатрическом отделении и назначенному лечению претензий не предъявляет. Кожный покров физиологической окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС – 72 ударов в мин. АД 110/80 мм рт. ст. Дыхание в легких везикулярное. Частота дыханий – 19 ударов в минуту. Язык влажный. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Диурез и стул в норме. Температура 36.7°С. Сон: спал.

 **Дифференциальный диагноз**

Шизофрению необходимо дифференцировать от реактивных психозов. Реактивный психоз развивается после психогенной травмирующей ситуации, и содержание психопатологической симптоматики при этом психозе отражает особенности перенесенной психотравмы. Реактивный психоз не приводит к эмоционально-волевому оскуднению личности и обычно успешно излечивается.

 Маниакально-депрессивный психоз (МДП) от шизофрении отличается следующим:

* развитие, как правило, после психотравмирующей ситуации, инфекции, соматических заболеваний;
* приступы не содержат психопатологической симптоматики, характерной для шизофрении (истинные и ложные галлюцинации, синдром Кандинского-Клерамбо и др.);
* при МДП наблюдаются суточные колебания (при депрессивных состояниях): настроение хуже утром, лучше вечером;
* для МДП характерна тоска и не типична тревога;
* скорбное бесчувствие при МДП сочетается с критической оценкой своего состояния, больные, понимая происходящие с ними изменения, ничего не могут поделать с собой, и от этого тяжело страдают;
* для МДП характерна повторность приступов (со сменой фаз) и наличие светлых промежутков - интермиссий без изменения личности по психоорганическому или шизофреническому типу.

**Прогноз.**

Клинический прогноз неблагоприятен.

Социальный и трудовой прогноз – сомнительный - возможна длительная сохранность частичной тру­доспособности и приемлемого уровня социальной адаптации.

1. **Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1982 года рождения поступил в Витебскую областную клиническую психиатрическую больницу с диагнозом: Параноидная шизофрения, непрерывный тип, обострение. При поступлении пациент предъявлял жалобы на ухудшение самочувствия, чувство страха, агрессивность, нарушение сна, неприятные ощущения при глотании пищи. Жалоб на момент курации не предъявляет. Наследственность не отягощена. Родственников, страдающих психическими расстройствами и нервнобольных, психопатических личностей, лиц со странностями в характере, алкоголиков, наркоманов, страдающих туберкулезом, сифилисом, злокачественными опухолями, заболеваниями обмена веществ и желез внутренней секреции в роду не было. Признаки заболевания обнаружились с 2003 года, когда впервые появились неадекватности в поведении, тревожность. Начал подозревать своего друга в том, что он за его спиной гуляет с его девушкой. Фактов не было, но уверенность в измене росла. Затем стало казаться, что друг отца связан с его другом, находится в сговоре против него. С января 2006года появилось чувство, что его девушка каким-то образом пытается его отравить. Стали чаще беспокоить сердцебиение, стал раздражительным, нервным. В сентября 2010года стал испытывать ощущение слежки за собой, считал что кому-то перешёл дорогу в бизнесе, отмечались навязчивости, страх интерпретировал события происхождение с ним в разрезе своих переживаний. Последняя госпитализация в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в отд №3 с 07.11.11 по 18.11.11. после выписки, со слов отца практически ничем не занимался, ни с кем не общался, медикаменты принимал, однако боялся оставаться один.

За неделю до госпитализации вновь почувствовал ухудшение состояния, агрессивность, раздражительность, стал ощущать слежку за собой со стороны спецслужб, боялся оставаться дома один, попросился в больницу.

Неоднократно лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по поводу шизофрении непрерывно-проградиентного течения.

Психический статус: Сознание больной ясное. Полностью ориентирована в пространстве и собственной личности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не выявлено. Суицидальных тенденций не обнаружено. Контакту доступен. Расстройства восприятия не выявлено. Внимание активное, достаточное. Память снижена. Мышление паралогичное, ускоренное. Уровень интеллекта соответствует полученному образованию. Эмоциональный фон ровный. Нарушений в двигательно-волевой сфере не выявлено. Поведение адекватное, лечение принимает.

Заключительный диагноз:

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип.

Прогноз:

1. Для выздоровления - неблагоприятный.

2. Для жизни – сомнительный.

3. Для трудоспособности - сомнительный.

Пациент получает лечение

Режим стационарный

Диета Б

Снотворное средство: Сомнол в 22-00 по 7,5 мг

Нейролептик: Модитен-Депо 25 мг в/м, последующая инъекция ч/з 15 дней

Трудотерапия