**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

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

Возраст: 21.10.1939 г.р.

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

Место работы: пенсионерка, инвалид II группы бессрочно

Образование: окончила 8 классов

Дата поступления в стационар: 12.10.12

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения.

**ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

12.10.12 была доставлена бригадой скорой медицинской помощи, в связи с «неуправляемым поведением», залила соседей, ушла из дома. Высказывает бредовые идеи отношения и преследования – «цыгане хотят проникнуть в квартиру». Медикаменты не принимает, говорит «все отменили». Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает неохотно. Плохо ориентирована в месте и собственной личности. Речь тихая, невнятная. Фон настроения снижен. Мышление паралогическое. Острой галлюцинаторной симптоматики на момент осмотра не выявлено. Суицидальные мысли и настроения отрицает. Критика к своему состоянию отсутствует.

Объективно: Кожа обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс72 в мин, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки. Мочится достаточно.

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИИ**

 Жалоб по существу нет.

Анамнез жизни: раннее развитие без особенностей. Окончила 8 классов. Работала разнорабочей. В настоящее время является инвалидом второй группы. Вдова, имеет сына. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, алиментарное ожирение. Венерические заболевания, вирусный гепатит, ЧМТ отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность психопатологически не отягощена. Операции, переливания крови отрицает.

История заболевания: психически больна с1968 года. Неоднократно лечилась в данном стационаре. Последняя госпитализация со 2.12.11 по 13.01.12. Данное поступление: доставлена бригадой скорой медицинской помощи, которую вызвал сын. Со слов сына, Рачко В.М. залила соседей, затем ушла из дома; высказывает бредовые идеи отношения. Считает, что «цыгане хотят проникнуть к ней в квартиру».

**Обследование больного лечащим врачом**

А. Самочувствие больной удовлетворительное. Жалоб по существу нет.

Б. Субъективный анамнез.

1. Семейный анамнез. Деда и бабку со стороны отца больная не помнит. Дед со стороны матери был вспыльчивым, раздражительным человеком с трудным характером. Бабка со стороны матери была доброй, отзывчивой, хорошо относилась к больной. Мать больной добрая, спокойная, неконфликтная, отношения с матерью у больной хорошие. Отец больной злоупотреблял алкоголем. О болезнях матери и отца больная не осведомлена. Психическими, венерическими заболеваниями, туберкулезом, болезнью Боткина никто из семьи и ближайших родственников не страдает. Странностей в поведении со стороны родственников не замечала. Случаев самоубийств в семье не было.

Бытовые условия, в которых живет больная, она описывает как хорошие: отдельная благоустроенная двухкомнатная квартира, проживает с сыном.

2. Анамнез жизни: родилась 3 ребенком в семье рабочих. К моменту рождения обследуемой возраст родителей: мать 29 лет, отец – 31 год. На момент беременности матери заболеваний, тяжелых психических травм не было. Психически и физически развивалась соответственно возрасту. Первые признаки полового созревания появились в 14 лет. Начало первых менструаций не помнит.

В школу пошла с 7 лет, окончила 8 классов. В интеллектуальном развитии от сверстников не отставала. После окончания школы работала разнорабочей.

Вышла замуж в 21 год. Беременность 1, роды 1. Имеет сына, рожденного в браке.

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

В 29 лет получила инвалидность 2 группы в связи с настоящим заболеванием, бессрочно.

Судимости, правонарушений не было.

Перенесенные заболевания: простудные, алиментарное ожирение. Венерические заболевания, вирусный гепатит, туберкулез, болезнь Боткина, ЧМТ отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность психопатологически не отягощена. Вредные привычки (курение, употребление алкогольных напитков, наркотические вещества) отрицает.

Анамнез болезни: психически больна с 1968 года, когда впервые появились неадекватности в поведении, испытывала слуховые галлюцинации, высказывала бредовые идеи отношения, преследования, нарастал дефект личности. Неоднократно находилась на стационарном лечении в данной психиатрической больнице. Ремиссии короткие, нестойкие. Последняя госпитализация с 02.12.11 по 13.01.12. После выписки принимала хлорпрогексен 0,05. До последней недели чувствовала себя удовлетворительно. 12.10.12 была доставлена бригадой скорой медицинской помощи, в связи с «неуправляемым поведением», залила соседей, ушла из дома. Высказывала бредовые идеи отношения и преследования – «цыгане хотят проникнуть в квартиру». Медикаменты не принимала, говорила, что «все отменили». В пространстве и собственной личности ориентировалась плохо. На момент курации проходит стационарное лечение в 6 отделении ВОКЦПиН.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Общее состояние: удовлетворительное

Температура тела: 36,8 С

Частота дыхательных движений: 20 в мин

Телосложение: нормостеническое, рост 165 см, вес 74 кг.

Кожа и видимые слизистые: кожа бледно-розового цвета, высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность снижена. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Лимфоузлы не увеличены.

Мышечная система: сила мышц, их тонус, тургор тканей снижены.

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 тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения. АД -140/90 мм. рт.ст. ЧСС 76 уд. мин.

Органы пищеварения: язык слегка обложен белым налетом. Зубы и зубные протезы отсутствуют.

Миндалины: не выходят за края небных дужек, без гиперемии. Живот правильной формы, в горизонтальном положении выступает за края реберных дуг из- за избыточно развитой подкожно – жировой клетчатки. При поверхностной пальпации зон напряжения, болезненности не выявленной. Глубокую пальпацию провести не удалось. Перкуторно границы печени не изменены. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются . Стул 1 раз в сутки, оформленный.

Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание достаточное, безболезненное.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Зрачки не расширены, равномерные. Реакция зрачков на свет живая, одинаковая с обеих сторон. Нистагма не обнаружено. Реакция на конвергенцию и аккомодацию снижена. 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.

Углы рта симметричны, носогубные складки выражены одинаково с обеих сторон. 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 снижен.

Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено.

Сухожильные и периостальные рефлексы снижены, одинаковы с обеих сторон. Менингеальных симптомов не выявлено. В позе Ромберга больная устойчива. Координационные пробы (пальце-носовую и пальце-пальцевую) выполняет свободно. Речь тихая, невнятная. Дизартрии нет. Слух снижен.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Общий анализ крови (15.10.12.)

Гемоглобин 119 г/л

Эритроциты 4.0 х1012/л

Лейкоциты 3.5 х109/л

СОЭ 26 мм/ч

Эозинофилы 1%

Палочкоядерные 6%

Сегментоядерные 60%

Лимфоциты 31%

Моноциты 2%

Общий анализ мочи (15.10.12.)

Цвет соломенно - желтый

Прозрачность прозрачная

Удельный вес 1002

рН кислая

Эпителий плоский 2 - 3 в поле зрения

Лейкоциты 6 – 8 в поле зрения

Слизь -

Бактерии в незначительном количестве

Биохимический анализ крови (15.10.12.)

Белок общ. 67 г/л

Альбумины 35 г/л

Мочевина 8 ммоль/л

ТГ 1.2 ммоль/л

Холестерин общ. 3.9 ммоль/л

Мочевая к - та 377 мкмоль/л

Сахар 4.3 ммоль/л

Билирубин общий 11.0 мкмоль/л

АсАТ 29 Е/л

АлАТ 18 Е/л

Амилаза 18 Е/л

Кровь на RW (15.10.12) – отрицательная.

ЭКГ (15.10.12)- ритм синусовый, вертикальная ЭОС, ЧСС 76 в мин.

Исследование специалистов:

Невропатолог: 15.10.12.

Данных за органическое поражение ЦНС нет

Терапевт: 15.10.12.

Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Гинеколог: 15.10.12

Гинекологически здорова.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

1. **Внешний вид.**

Больная на беседу приведена в сопровождении санитарки. На просьбу побеседовать отреагировала положительно. На месте сидит спокойно, периодически оглядывается по сторонам. На вопросы отвечает сразу, не по существу, сплошным монологом, эмоционально. Голос тихий, тембр спокойный. Речь невнятная. Словарный запас достаточный. Грамматически речь построена неправильно ( «зеленый стоит дерево»). Больная внешне опрятна, волосы подстрижены, чистые. Контакту доступна. Взгляда в глаза не избегает

1. **Сознание и его расстройства.**

Сознание ясное. Контакту доступна. На вопросы отвечает не по существу (на вопрос: «Какой сегодня день?», больная отвечала: «Пятеро братьев»). Плохо ориентирована в пространстве и собственной личности. Мышление паралогическое. Резонерствует. Все интересы сводятся к удовлетворению базовых потребностей. Стремление к установлению доверительных отношений имеются. Четкой галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не выявлено. Суицидальных тенденций не обнаружено. Причину госпитализации объясняет : « Появился сильный кашель». Критики к болезни нет.

Судорожных или бессудорожных припадков у больной в течение жизни не было.

Эпизоды амнезий больная отрицает.

1. **Восприятие.**

В сфере восприятия у больной расстройств не отмечается. На вопросы: «Видите ли вы в этой комнате кого – нибудь кроме нас? Слышите ли вы голоса, звуки в голове или вне ее?», больная отвечала отрицательно. Сложных зрительных галлюцинаций, в виде несуществующих предметов, явлений, существ – нет (на белом листке бумаги, ничего не видит). Гипер- и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больная также не предъявляла.

1. **Внимание.**

Больная оценивает себя как внимательного человека, считает, что способна читать и работать в любой обстановке. При ответах на поставленные вопросы, отвечает не по существу, занята своими мыслями, не имеющими отношения к теме разговора (на вопрос: «Какой сегодня день недели?», отвечает: « Сильный кашель и першит в горле»).

1. **Память.**

Больная оценивает свою память как «среднюю», лучше развита память на даты (на вопрос: «Есть ли у вас братья, сестры?», больная начинает перечислять даты рождения каждого). События своего детства и юности помнит не полностью. Базовые знания сохранены: больная без колебаний называет имя матери, дату рождения, при этом количество лет указать не может. Псевдореминисценций и конфабуляций больная не демонстрирует.

1. **Мышление.**

Основной тип мышления у больной – отвлеченно - словесный: больная в разговоре на вопросы отвечает не по существу. Речь больной тихая, невнятная, быстрая, нечленораздельная.

В речи также отмечались частые соскальзывания, особенно в начале разговора. Например, на вопрос «Вы единственный ребенок в семье?» больная отвечала: «Я ходила к своему врачу, он мне сказал», то есть, соскальзывание имело вид «ответов мимо». Резонерствует. Глубина суждений, высказываемых больной в беседе, недостаточна. Суждения больной касаются в основном прошлых событий.

Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больная не высказывала.

Результаты психологических тестов для оценки мышления:

1. Исключение четвертого лишнего больная проводит правильно, но объяснить, почему исключает именно данное понятие, затрудняется.
2. Сравнение понятий.

На вопрос о том, что общего и в чем разница между собакой и кошкой, больная отвечала, что «у кошки глаза зеленые и блестящие, а у собаки щенки». Пояснить свой ответ больная не смогла.

На вопрос: «Что общего между яблоком и грушей?», больная отвечала, что «яблоко круглое, зеленое, желтое, красное, груша продолговатая, желтая, зеленая».

Различия между мухой и самолетом больная видит в том, что «самолет возит пассажиров, а муха садится на сладкое».

По результатам этого исследования можно заключить, что у больной нарушена способность выделять признаки предметов, на основании которых осуществляется их сравнение. Больная использует для сравнения предметов совершенно разные характеристики.

3.Понимание смысла пословиц и метафор.

Смысл выражения «золотые руки» больная поясняет правильно.

На пословицу «не плюй в колодец, пригодится водицы напиться», отвечает: «Нельзя, вода будет грязная. Там лягушки, жабы зеленые, им там будет плохо жить».

Отмечаются расстройства мышления по форме (соскальзывание в виде «ответов мимо») и по содержанию (высказывание бредовых идей отношения и воздействия, а также формирование паралогичных умозаключений), обнаружены признаки навязчивых сомнений и действий.

1. **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. Сложно сформулированные вопросы, касающиеся отдельных деталей, воспринимались с трудом, их приходилось повторять или упрощать.

Запас общежитейских знаний у больной низкий: она назвала очень мало названий городов, рек, государств. Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной. С другой стороны, подобная картина может наблюдаться при аутистических чертах личности, тогда это объясняется игнорированием реально происходящих событий.

Уровень интеллекта низкий, но, вероятно, это объясняется не снижением его, а недоразвитием, обусловленным недостаточным образованием и социальной средой, либо аутистическими установками.

1. **Эмоции.**

Свое настроение в данный момент больная оценивает как среднее. Больная подвержена колебаниям настроения, воспринимает все «слишком близко к сердцу», в конфликтных ситуациях пытается защищаться. Колебания настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает

Мимика у больной малоактивная, жестикуляции практически нет, при разговоре больная всегда принимает одну и ту же позу: сидит, положив локти на стол, периодически оглядывается по сторонам.

Эмоции выражены слабо, предмету беседы в основном адекватны.

1. **Двигательно-волевая сфера.**

Больная опрятна в прическе, одежде.

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

В отделении в основном одинока, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно проводит в постели.

Обнаружены нарушения в двигательно-волевой сфере в виде гипобулии.

1. **Личность.**

При наблюдении больной вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит в палате, чем в коридоре, мало общается с другими больными, чаще сидит одна или лежит в кровати. Отношение к работе у больной неопределенное (в беседе с лечащим врачом она высказывает противоречивые суждения на эту тему). Свою болезнь отрицает. Бредовые идеи воспринимает некритично.

Побеседовать с дежурной сестрой отделения для выяснения особенностей поведения больной не удалось.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

Со слов сына: нарушение психического состояния проявляется в неадекватности поведения, нарастающем дефекте личности, высказывании бредовых идей отношений, нарушении ориентации в пространстве и личности. Периоды ремиссии уменьшаются, заболевание прогрессирует.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании давности заболевания, данных психического статуса, свидетельствующих о наличии у больной параноидного синдрома: паралогическое мышление, резонерство, социальное отчуждение, отсутствие критики к собственной болезни можно выставить диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Режим Б2, стол Б.
2. Антипсихотическая, седативная терапия: таб. хлорпрогексен 0,05 по 1 таб. 3 раза в день.
3. Психотерапия направленная на социальную адаптацию, трудотерапия.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику надо проводить в основном со следующими психическими заболеваниями: реактивным психозом, маниакально-депрессивным психозом, эпилептическим психозом и инволюционными психозами, органическими психическими расстройствами.

Реактивный психоз развивается после психогенной травмирующей ситуации и психопатологическая симптоматика отражает особенности перенесенной психотравмы. Реактивный психоз не приводит к эмоционально-волевому оскудению личности и обычно успешно лечиться.

Маниакально-депрессивный психоз отличается строгой периодичностью течения и сменяемостью фаз. При маниакально-депрессивном психозе не наблюдается изменений личности, свойственных шизофрении. Психопатологические проявления исчерпываются главным образом аффективными расстройствами. В процессе динамики не наблюдается усложнения синдромов. Как первый, так и последующие приступы проявляются аффективной патологией, в то время как при шизофрении имеется тенденция к усложнению приступов.

Отличие эпилептического психоза – наличие судорожных припадков в анамнезе, пароксизмальность развития, напряженность аффекта и изменение личности по эпилептическому типу.

Инволюционный психоз возникает в предстарческом возрасте (45-60 лет) и отличается преобладанием тревожно-депрессивного настроения и бредовых идее малого размаха (бред материального ущерба, обнищания). При инволюционных психозах патологические изменения личности не столь выражены, как при шизофрении.

Дифференциальный диагноз с органическими психическими расстройствами, при которых также встречаются расстройства мышления, внимания и памяти: отсутствуют данные за травматическое, инфекционное, токсическое поражение центральной нервной системы. Психоорганический синдром, составляющий основу отдаленных последствий органических поражений головного мозга, у больной отсутствует: нет выраженных вегетативных расстройств, неврологическая симптоматика отсутствует. Все это вкупе с наличием характерных для шизофрении нарушений мышления, внимания позволяет исключить органическую природу наблюдаемого расстройства.

**ДНЕВНИКИ**

15.10.12. В контакт вступает. Жалоб нет. На момент осмотра в пределах столовой. Критика к состоянию отсутствует. Все интересы сводятся к удовлетворению базовых потребностей. Суицидальных тенденций на момент осмотра не выявлено. Острой галлюцинаторной симптоматики на момент осмотра не выявлено. Фон настроения несколько снижен. Аппетит нормальный. Режим не нарушает.

Объективно: Кожа обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс72 в мин, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки. Диурез достаточный.

Лечение продолжать.

16.10.12. В контакт вступает. Жалоб нет. Вовлекается в трудотерапию. Критика к состоянию отсутствует. Суицидальных тенденций на момент осмотра не выявлено. Острой галлюцинаторной симптоматики на момент осмотра не выявлено. Сон достаточный. Фон настроения приближен к ровному. Аппетит нормальный. Режим не нарушает.

Объективно: Кожа обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс72 в мин, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки. Диурез достаточный.

Лечение продолжать.

**ЭПИКРИЗ**

Больная, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1939 года рождения поступила в 6 отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по скорой медицинской помощи в связи с «неуправляемым поведением», залила соседей, ушла из дома. Высказывает бредовые идеи отношения и преследования – «цыгане хотят проникнуть в квартиру». Медикаменты не принимает, говорит «все отменили». Жалоб не предъявляет. На основании анамнеза заболевания (психически больна с 1968 года, когда впервые появились неадекватности в поведении, испытывала слуховые галлюцинации, высказывала бредовые идеи отношения, преследования, нарастал дефект личности. Неоднократно находилась на стационарном лечении в данной психиатрической больнице. Ремиссии короткие, нестойкие. Последняя госпитализация с 02.12.11 по 13.01.12. После выписки принимала хлорпрогексен 0,05); исследовании психического статуса: паралогическое мышление, резонерство, социальное отчуждение, отсутствие критики к собственной болезни был выставлен диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения. Назначено лечение:

 1. Режим Б2, стол Б.

2. Антипсихотическая, седативная терапия: таб. хлорпрогексен 0,05 по 1 таб. 3 раза в день.

3. Психотерапия направленная на социальную адаптацию, трудотерапия.

На фоне лечения отмечается улучшения состояния, лечение продолжает.