Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Кафедра психиатрии и наркологии

Зав. кафедрой: д.м.н., доц. Кирпиченко А.А.

 Преподаватель: ассистент Ким И.Ю.

**История болезни №4719**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения

Куратор: Грабовская Яна Сергеевна

Студентка 36 группы 5 курса

лечебного факультета

Период курации с 03.10.19 по 08.10.19гг.

 Витебск, 2019

1. **ПАСПОРТНЫЕ СВЕДЕННИЯ**

**Фамилия, имя, отчество:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения, возраст:** 01.11.1981 (37 лет)

**Национальность:** Белорус

**Семейное положение:** Холост

**Полученное образование. Занятие:** Средне-специальное образование, инвалид II группы

**Место жительства:** Витебская область, Глубокский район, д. Шуневцы, ул. Садовая, 70

**Дата поступления в клинику:** в12:10 04.09.19г.

**2. ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

Поступил по направлению Глубокской ЦРБ для лечения в связи с ухудшением психического состояния, уточнения диагноза. Пациент отмечает ухудшение состояния около месяца. Стал тревожным, плохо спит, почувствовал посторонние запахи. Раньше проходил лечение в Браславской психиатричечкой больнице. Образование средне-специальное. Холост. Проживает с матерью.

*Соматический статус:* Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Температура тела 36,4◦С. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, перкуторно – звук ясный легочной. Частота дыхания – 16 в минуту. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 150/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул регулярный (1 раз в день). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

 *Неврологический статус:*Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объёме. Нистагма нет. Носогубные складки симметричны, язык по средней линии. Патологические рефлексы не выявлены. Чувствительность сохранена. Менингеальных симптомов нет.

 *Психический статус*: Сознание ясное, верно ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Контакту доступен. На вопросы во время беседы отвечает по существу. Суицидальных тенденций нет*.*

1. **ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИИ**

04.09.19 12:45

*Жалобы:* На момент осмотра отмечает нарушение сна, снижение аппетита, тревогу, страх, «пустоту в голове».

*Соматический статус*: Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Температура тела 36,4◦С. Рост 175см. Вес 95кг. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, перкуторно – звук ясный легочной. Частота дыхания – 17 в минуту. Пульс – 75 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 140/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул регулярный (1 раз в день). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

*Неврологический статус:*Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объёме. Нистагма нет. Носогубные складки симметричны, язык по средней линии. Чувствительность сохранена. Патологических рефлексов и менингеальных знаков нет.

*Психический статус:* Сознание ясное, верно ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Контакту доступен. На вопросы во время беседы отвечает по существу. Суицидальных тенденций нет.

1. **ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ**

Самочувствие пациента удовлетворительное. Жалуется на то, что от каждого человека исходит «свой» запах, на «пустоту в голове», наплыв мыслей, страх и тревогу, нарушение сна и аппетита. Жалобы излагает активно.

*Субъективный анамнез.*

1. Семейный анамнез.

Наследственность не отягощена. Со слов пациента родители и другие члены семьи психическими заболеваниями, алкоголизмом, сифилисом, туберкулезом не болели, странностей в их поведении замечено не было. Случаи самоубийства в семье отрицает.

2. Анамнез жизни.

Пациент родился первым ребёнком по счёту, всего в семье трое детей. Возраст родителей к моменту рождения обследуемого 20 и 19 лет. Со слов пациента у матери во время беременности не было каких-либо заболеваний и тяжелых психических травм. Роды были своевременны, протекали без особенностей.

Психическое и физическое развитие пациента с раннего возраста протекало без особенностей. Рос и развивался наравне со сверстниками. Начал ходить на первом году жизни, а говорить – на 8 месяце жизни. Ночных страхов, ночного недержания мочи не было. Первые признаки полового созревания появились в 11 лет. Половая жизнь началась с 16 лет.

Воспитание и условия жизни больного.

Воспитание: баловали. Родители пациента старались ни в чём ему не отказывать.

Образование. Окончил 9 классов школы и ПТУ по специальности каменщик. Успеваемость по различным предметам была низкой, учился на тройки.

Семейная жизнь больного. В браке не состоит, «боится семейной жизни». Есть сын, желание увидеться с ним отсутствует. Семейной жизнью не удовлетворён. Все члены семьи (мать и сестры) относятся к пациенту с пониманием.

ТРУДОВАЯ ЖИЗНЬ.

На данный момент целью жизни является выздороветь и найти работу. Самостоятельно начал работать с 20 лет. Работал по многим специальностям (каменщик, водитель, бетонщик, ездил на заработок в Россию), постоянно находился в поиске высокооплачиваемой работы. Общий трудовой стаж – 17 лет. Условия труда оценивает как неудовлетворительные, так как «мало платят». В данный момент имеет 2 группу инвалидности. В армии служил. Поощрения и заслуги: имеет награды и дипломы по греко-римской борьбе.

Со слов пациента был привлечён к административному наказанию по поводу драки, до суда дело не дошло.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Перенесённые заболевания: эпидемический паротит, ветряная оспа, гепатит А. Психические потрясения ̶ смерть друга. Покушений на самоубийство, физических травм, ранений не было. Перенёс аппендэктомию в 2012 году. Курит по 1 пачке в день около 17 лет. Со слов пациента спиртное употреблял в больших количествах, когда приезжал с заработков, «мог пить неделями», отмечает, что в состоянии алкогольного опьянения ему сложно было контролировать агрессию.

*3. Анамнез болезни.*

Первые признаки психического заболевания стал замечать 4 года назад, когда после прокола ВЧП вследствие гайморита стал слышать «необычный запах». Этот запах носил характер женских духов, постепенно из приятного легкого аромата запах стал резким, вызывающим головную боль. Чтобы снять головную боль обследуемый принимал цитрамон, анальгин, но данные препараты не приносили облегчения. Спустя пару недель, к вышеперечисленным симптомам присоединились галлюцинации «…когда я ложился спать и закрывал глаза, мне казалось, что я участвую в новогодних конкурсах. Даже когда я просыпался, мне казалось, что это всё наяву. Я очень любил праздники, любые, не только Новый год». В связи с нарастанием тревоги, тошнотворного запаха и наличием галлюцинаций пациент самостоятельно обратился за помощью в Браславскую областную психиатрическую больницу. Там пациенту было оказано лечение. После проведенной терапии пациент отмечал улучшение в состоянии. Спустя пару недель обследуемый почувствовал себя «как растение» из-за того, что «таблетки были очень сильные» и снова обратился в ту же больницу. Лекарственные средства, со слов пациента, поменяли на «менее сильные». Находясь на данной терапии пациент отмечал улучшение в состоянии: запахи стали менее тошнотворными, галлюцинации исчезли. Спустя некоторое время пациенту дали 2 группу инвалидности и вопрос с трудоустройством стал более проблематичным. В связи с этим пациент стал иногда выпивать и его вышеперечисленные жалобы снова стали более выраженными, а также присоединились страх, тревога, беспокойство, «пустота в голове». В связи с этим пациент обратился за помощью в Республиканскую клиническую психиатрическую больницу (в данный момент он находился в г.Минске), где в госпитализации ему было отказано по причине того, что «сначала мне сказали полежать в Витебске». Это и стало причинной для обращения в ВОКЦПиН.

*В.Соматический статус.*

Рост – 175 см., телосложение нормостеническое. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Имеются татуировки на правом (в виде линейного узора) и левом (изображение орла и гор) плече. В области волосистой части головы шелушение. Температура тела 36,4◦С. Вес 95кг. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, перкуторно – звук ясный легочной. Частота дыхания – 17 в минуту. Пульс – 75 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 140/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Перитонеальных симптомов нет. Стул ежедневный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

*Г.Неврологический статус.*

Состояние зрачков. Зрачки одинаковой ширины, равномерные, реакция на свет и болевые раздражения сохранена. Реакция на конвергенцию и аккомодацию снижена. Симптом Арджиль-Робертсона отрицательный. Нистагм отсутствует. Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено. Брюшные, сухожильные рефлексы сохранены. Патологических рефлексов и менингеальных знаков нет. Дермографизм красный. Речь тихая, монотонная. Дизартрии, афазических нарушений, расстройств почерка нет. В позе Ромберга устойчив. Походка ровная. Координационные пробы (пальце-носовую и пальце-пальцевую) выполняет свободно.

*Д.Данные лабораторных и специальных исследований.*

1.Общий анализ крови от 05.09.2019

Эритроциты 5,12\*1012/л

Гемоглобин 146 г/л

Тромбоциты 183\*109/л

Лейкоциты 4,5\*109/л

Базофилы 2,2%

Эозинофилы 0%

Сегментоядерные нейтрофилы 63,8%

Лимфоциты 21,3%

Моноциты 12,7%

СОЭ 3 мм/ч

2.Общий анализ мочи от 05.09.2019

 Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: нейтральная

Относительная плотность: 1015

Белок: нет

Глюкоза: нет

Эритроциты: нет

Лейкоциты: нет

 3.Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **05.09.2019** | **13.09.2019** | **16.09.2019** |
| **АЛТ** | 31 Е/л | 27 Е/л | 26 Е/л |
| **АСТ** | 59 Е/л | 28 Е/л | 29 Е/л |
| **Альфа-амилаза** | 33 Е/л | 45 Е/л | 38 Е/л |
| **Общий холестерин** | 6,1 ммоль/л | 4,9 ммоль/л | 5,0 ммоль/л |
| **Креатинин** | 139 мкмоль/л | 122 мкмоль/л | 123 мкмоль/л |
| **ГГТП** | 28 Е/л | 28 Е/л | 30 Е/л |
| **Глюкоза** | 6,83 ммоль/л | 5,78 ммоль/л | 5,87 ммоль/л |
| **Общий белок**  | 81 г/л | 76 г/л | 77 г/л |
| **Мочевина** | 5,9 ммоль/л | 6,5 ммоль/л | 5,6 ммоль/л |
| **Билирубин общий** | 11,4 ммоль/л | 14,5 ммоль/л | 14,7 ммоль/л |
| **Билирубин прямой** | 3,6 ммоль/л | 4,7 ммоль/л | 3,0 ммоль/л |

4.ЭКГ от 05.09.2019

Ритм регулярный синусовый. ЧСС 97 уд/мин. Синусовая тахикардия. Полугоризонтальная ЭОС. НБПНПГ. Диффузные изменения миокарда левого желудочка.

5.Исследование крови на сифилис от 05.09.2019

ИФА (сифилис) отрицательный.

6.УЗИ ОБП от 10.09.2019

Печень увеличена в размерах (косой размер правой доли 161 мм), паренхима диффузно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Морфофункциональных признаков портальной гипертензии нет. Желчный пузырь нормальных размеров, содержит акустически прозрачную желчь, стенки тонкие. Ровные. Конкременты в просвете пузыря не обнаружены. Холедох (внутренний размер) – 3 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров, с четкими ровными контурами, диффузно повышенной эхогенности; вирсунгов проток не расширен. Почки нормального положения, нормальных размеров; контуры четкие ровные; паренхима нормальной толщины; ЧЛС не расширены, конкременты не обнаружены. Надпочечники осмотру не доступны. Селезенка не увеличена, обычной эхоструктуры. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Заключение. Печень: диффузное изменение и увеличение. Поджелудочная железа: диффузное изменение. Почки и надпочечники: почки норма, надпочечники осмотру не доступны. Селезенка норма.

*Е.Психический статус.*

В кабинет пациент пришёл самостоятельно, без сопровождения. После того, как обследуемый зашёл, то поздоровался и сразу сел. Пациент опрятен в одежде. Осанка сутулая, походка уверенная, выражение глаз спокойное. Наблюдается гипомимия, движения спокойные и целенаправленные. В беседе заинтересован. Понимает суть вопросов, реагирует на них адекватно, сосредоточено думает над поставленными вопросами. Голос монотонный, тихий, темп речи замедленный. Словарный запас достаточный для поддержания беседы, грамматический строй речи пациентом соблюдается.

Часть из диалога с обследуемым:

- Скучаете по матери?

- Да, привык уже к ней, живём ведь вместе.

- А с сёстрами в каких отношениях?

- С одной в хороших, звонит мне иногда, а со второй меньше общаюсь.

Сознание.

Сознание ясное, состояние аутоориентировки и аллоориентировки сохранено. Расстройств мышления не наблюдается. Элементы бессвязности отсутствуют. Нарушений памяти нет. В прошлом состояний помраченного сознания не было.

Заключение: расстройств сознания не выявлено.

Восприятие.

Иллюзии не наблюдаются. Имеются истинные обонятельные галлюцинации (пациент ощущает запах женских духов, которые изначально носили приятный и легкий аромат, а затем стали тошнотворными) и гипнагогические зрительные галлюцинации (пациент не раз упоминал о том, что когда ложился спать и закрывал глаза, то ему казалось, что он участвует в новогодних конкурсах наяву). Признаки нарушения схемы тела, деперсонализации, дереализации отсутствуют. Гипер - и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах также не предъявляет. Пробы Липпмана и Ашаффенбурга отрицательные.

Заключение: имеется качественное нарушение восприятия в виде императивных обонятельных галлюцинаций.

Память.

Жалоб на ухудшение и расстройство памяти после болезни обследуемый не предъявляет.

Фиксационная память хорошая (пациент с лёгкостью повторяет названные слова). Механическая память сохранена в полном объёме (пациент безошибочно вспоминает и озвучивает названную цифру спустя день). Логически смысловая память не нарушена (обследуемые правильно пересказывает основное содержание сказки, которая была рассказана кураторами). Запасы памяти школьных знаний снижены (пациент с трудом вычитает из ста девяносто семь), профессиональных, общежитейских полностью сохранены. Репродуктивная память не нарушена (пациент сразу вспоминает заданные в ходе эксперимента элементы). Узнавание не нарушено (пациент с лёгкостью вспоминает кураторов каждый день). Дисмнезий, амнезии, парамнезии нет. Корсаковского типа расстройства памяти нет.

Заключение: нарушены запасы памяти школьных знаний, других нарушений не выявлено.

Внимание.

Со слов пациента расстройства внимания после болезни у него нет. Внимание больного легко привлекается, реакция на внешний, внезапный раздражительно сохранена. Внимание направлено на переживания по поводу своего заболевания. Наблюдается умеренная истощаемость внимания (в середине счета появляются ошибки и замедляется темп счета). Перечисляет название месяцев и дней недели без ошибок в умеренном темпе.

Заключение: обнаружены расстройства внимания в виде патологической прикованности.

Интеллект.

Запас знаний достаточный. Объем и глубина знаний соответствуют полученному образованию. Способность пополнять знания сохранена. Понимание переносного смысла имеется (оценка метафор: белая ворона – «не такой, как все», рыльце в пуху – «человек в чём-то виноват», золотые руки – «человек, который всё умеет»; понимание пословиц и поговорок сохранена: на воре шапка горит – «рано или поздно преступник выдаст себя»), вопросы по ходу обследования больной понимает сразу. В ходе исследования аналитических возможностей методикой сравнений понятий было выявлено то, что пациент полностью понимает сходство и различие названных понятий (птица-самолёт – «птица – это живое, а самолёт – нет»). Уровень обобщений достаточный (щука, карась, сазан, окунь, пескарь – «это рыбы»). С лёгкостью подбирает синонимы (думать – «соображать»), антонимы (любовь – «злость», война – «мир»), омографы (мУка – «человек мучается», мукА – «из чего пекут хлеб»). Критика адекватная: считает себя больным, очень хочет поправиться. Методика исследования самооценки по методу С.Я. Рубенштейну показала следующие результаты: по состоянию здоровья относит себя к средним, по оценке характера – ближе к хорошим. Уровень интеллекта средний. Психического инфатилизма нет.

Мышление. Речь.

А. Темп мышления умеренный. Нарушений стройности, целенаправленности нет.

Б. Навязчивые, сверхценные, идеи отсутствуют. Имеется вторичный десистематизированный бред (пациенту кажется, что все слышат его запах, поэтому люди кашляют и у них закладывает нос).

Эмоции. Чувства.

Настроение у пациента спокойное, благодушное. Чувство голода снижено, чувство жажды нормальное. Пациент плаксив во время разговоров про друга, который погиб.

Скучает по матери. После излечения хочет найти себе девушку.

Двигательно-волевая сфера.

Пациент опрятен в прическе, одежде.

Инстинкт самосохранения, половой сохранены. Пищевой инстинкт снижен. Импульсивных влечений нет. Кататонических расстройств нет.

Личность.

А.Личность в преморбиде.

Темперамент (по Гиппократу) – флегматик.

Тип высшей нервной деятельности (по И.П.Павлову) – средний (промежуточный) тип.

 Личность тревожно-мнительная. Пациент трудолюбив. В коллективе поддерживает хорошие взаимоотношения.

Б.Болезнь и личность.

Пациент понимает, что болен и что ему необходимо лечение. Сомневается, что выздоровеет. Реакция личности на болезнь выражается в тревоге. Тип изменения личности – шизоидное расстройство личности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка особенностей почерка



«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мне уже стало лучше, и я надеюсь выздоровлю».

Тест рисунка человека

А) Реакция на инструкцию. К заданию отнесся спокойно. Сразу согласился его выполнить.

Б) Манера исполнения. Условный схематический рисунок среднего размера, расположен в центре листа. Нарисовал быстро.

В) Характер рисунка. Законченный, пропорции практически соблюдены, изображение равномерное.



ОБЪЕКТИВНЬЙ АНАМНЕЗ.

Выписка из направления Глубокской ЦРБ:

Раннее развитие без особенностей. Родители развелись, когда пациенту было 5 лет, имеет 2 сестры. Окончил 9 классов и ПТУ. Служил в армии. Психически болен с 2016г., когда почувствовал «что от меня ушла энергия, начали «гореть» зубы», появился запах от тела, высказывал бредовые идеи преследования, отравления, четыре раза лечился в ОПБ «Слободка», получал амбулаторное лечение: клозапин 25мг 2 р/сут, сонекс 7,5мг на ночь, циклодол 2мг 2 р/сут. Отмечается ухудшение около месяца, жалуется на тяжесть, «пустоту в голове». Обследовался в Витебском областном диагностическом центре у невролога, кардиолога.

1. **ОБОСНОВАНИЕ ДИГНОЗА**

На основании:

• Жалоб: тревога, страх, «пустота в голове», чувствует посторонние запахи, снижение аппетита, нарушение сна;

• Анамнестических данных: Психически болен с 2016г., когда почувствовал «что от меня ушла энергия, начали «гореть» зубы», появился запах от тела, высказывал бредовые идеи преследования, отравления, четыре раза лечился в ОПБ «Слободка», получал амбулаторное лечение: клозапин 25мг 2 р/сут, сонекс 7,5мг на ночь, циклодол 2мг 2 р/сут. Отмечается ухудшение около месяца, жалуется на тяжесть, «пустоту в голове».

• Психического статуса: Голос монотонный, тихий. Темп речи замедлен. Качественное нарушение восприятия в виде императивных обонятельных галлюцинаций. Нарушены запасы памяти школьных знаний. Расстройства внимания в виде патологической прикованности. Вторичный десистематизированный бред. Снижено чувство голода. Плаксив во время разговора про погибшего друга.

Был выставлен клинический диагноз: Параноидная шизофрения. Непрерывный тип течения.

1. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

 Шизофрению необходимо дифференцировать от связанных со стрессом реактивных психозов. Реактивный психоз развивается, как правило, после психогенной травмирующей ситуации, и содержание психопатологической симптоматики при этом психозе отражает особенности перенесенной психотравмы. В отличие от шизофрении реактивный психоз не приводит к эмоционально-волевому оскудению личности и обычно успешно излечивается.

Аффективные (эмоциональные) расстройства от шизофрении отличаются строгой периодичностью течения и сменяемостью фаз (депрессии, маниакальных состояний). При маниакально-депрессивном психозе никогда не наблюдается деградации личности, а приступы в период развития не содержат психопатологической симптоматики, присущей шизофрении (истинные и ложные галлюцинации, синдром Кандинского - Клерамбо и др.).

Эпилептические психозы. Наличие судорожных припадков в анамнезе, пароксизмальность развития, напряженность аффекта и изменения личности по эпилептическому типу позволяют разграничить эти два заболевания.

Психические расстройства пожилого возраста в отличие от шизофрении возникают в предстарческом возрасте (45-60 лет) и отличаются преобладанием тревожно-депрессивного настроения и бредовых идей малого размаха (бред материального ущерба, обнищания и т. д.). При инволюционных психозах патологические изменения личности не столь выражены, как при шизофрении.

**7. ДНЕВНИК, ЛЕЧЕНИЕ.**

|  |  |
| --- | --- |
| 03.10.19t 36,7◦СPs 79 уд/минАД 110/70 | Общее состояние удовлетворительное. Пациент жалуется, что слышит посторонние запахи, плохо спит. Контакту доступен. Ориентирован правильно. Суицидальных мыслей нет. Острой психической симптоматики нет. Погружен в переживания по поводу своего здоровья, мнителен, тревожен.Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, перкуторно – звук ясный легочной. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул регулярный (1 раз в день). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.Назначения:Режим Б. Стол БTab. Bisoprololi 0,0025 внутрь 1р/сут утромSol. Mexibeli 5%-2,0 №10 в/м 1 р/сутTab. Carbamazepini 0,2 внутрь 3 р/сутTab. Chlorprothixeni 0,025 внутрь 2 р/сут (в 14:00 и на ночь) |
|  |
| 04.10.19t 36,5◦СPs 76 уд/минАД 115/70 | Общее состояние удовлетворительное. Предъявляет жалобы на посторонние запахи, тревогу. Спал хорошо. Контакту доступен. Ориентирован правильно. Суицидальных мыслей нет. Острой психической симптоматики нет. Погружен в переживания по поводу своего здоровья, мнителен, тревожен.Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, перкуторно – звук ясный легочной. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул регулярный (1 раз в день). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.Назначения:Режим Б. Стол БTab. Bisoprololi 0,0025 внутрь 1р/сут утромSol. Mexibeli 5%-2,0 №10 в/м 1 р/сутTab. Carbamazepini 0,2 внутрь 3 р/сутTab. Chlorprothixeni 0,025 внутрь 2 р/сут (в 14:00 и на ночь) |
|  |
| 07.10.19t 36,6◦СPs 78 уд/минАД 110/80 | Общее состояние удовлетворительное. Жалуется, что «от него исходит запах, от которого все вокруг кашляют», также на посторонние запахи. Контакту доступен. Ориентирован правильно. Суицидальных мыслей нет. Острой психической симптоматики нет. Погружен в переживания по поводу своего здоровья, мнителен, тревожен.Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, перкуторно – звук ясный легочной. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул регулярный (1 раз в день). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.Назначения:Режим Б. Стол БTab. Bisoprololi 0,0025 внутрь 1р/сут утромSol. Mexibeli 5%-2,0 №10 в/м 1 р/сутTab. Carbamazepini 0,2 внутрь 3 р/сутС целью седации увеличена дозировка хлорпротиксена до 100 мг/сут.Tab. Chlorprothixeni 0,05 внутрь 2 р/сут  |
|  |
| 08.10.19t 36,6◦СPs 75 уд/минАД 110/70 | Общее состояние удовлетворительное. Жалуется, что «от него исходит запах, от которого все вокруг кашляют», также на посторонние запахи. Контакту доступен. Ориентирован правильно. Суицидальных мыслей нет. Острой психической симптоматики нет. Погружен в переживания по поводу своего здоровья, мнителен, тревожен.Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, перкуторно – звук ясный легочной. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул регулярный (1 раз в день). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.Назначения:Режим Б. Стол БTab. Bisoprololi 0,0025 внутрь 1р/сут утромSol. Mexibeli 5%-2,0 №10 в/м 1 р/сутTab. Carbamazepini 0,2 внутрь 3 р/сутTab. Chlorprothixeni 0,05 внутрь 2 р/сут  |

**8.ЭПИКРИЗ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 01.11.1981г.р., поступил в УЗ «ВОКЦПиН» с жалобами на тревогу, страх, «пустоту в голове», ощущение посторонние запахи, снижение аппетита, нарушение сна. Психически болен с 2016г., когда почувствовал «что от меня ушла энергия, начали «гореть» зубы», появился запах от тела, высказывал бредовые идеи преследования, отравления, четыре раза лечился в ОПБ «Слободка», получал амбулаторное лечение: клозапин 25мг 2 р/сут, сонекс 7,5мг на ночь, циклодол 2мг 2 р/сут. Отмечается ухудшение около месяца, жалуется на тяжесть, «пустоту в голове». Психический статус: Сознание ясное. Верно ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Контакту доступен. На вопросы во время беседы отвечает по существу. Суицидальных тенденций нет. Голос монотонный, тихий. Темп речи замедлен. Качественное нарушение восприятия в виде императивных обонятельных галлюцинаций. Нарушены запасы памяти школьных знаний. Расстройства внимания в виде патологической прикованности. Вторичный десистематизированный бред. Снижено чувство голода. Плаксив во время разговора про погибшего друга. На основании жалоб, данных анамнеза, психического статуса был выставлен диагноз: Параноидная шизофрения. Непрерывный тип течения. Качество ремиссии Д.

Проведено следующее лечение:

Режим Б. Стол Б

1. Tab. Bisoprololi 0,0025 внутрь 1р/сут утром
2. Sol. Mexibeli 5%-2,0 №10 в/м 1 р/сут
3. Tab. Carbamazepini 0,2 внутрь 3 р/сут
4. Tab. Chlorprothixeni 0,025 внутрь 2 р/сут
5. Sol. Diazepami 0,5%-2,0 в/м 2 р/сут (отменен 23.09.19)
6. Tab. Cyclodoli 0,002 внутрь 1 р/сут (отменен 25.09.19)
7. Tab. Risperidoni 0,002 внутрь 2 р/сут (отменен 25.09.19)

Пациент продолжает лечение. Есть положительная динамика. Полная стойкая утрата трудоспособности по II группе инвалидности.