**Паспортные данные**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 39 лет

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

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование: среднее специальное

Дата поступления в стационар 18.10.2013

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, декомпенсация, осложнённая злоупотреблением алкоголя.

**Запись дежурного врача**

18.10.13. была доставлена бригадой скорой медицинской помощи, в связи с ухудшением состояния: возбуждена, многоречива, навязчива. Скорую помощь вызвали родственники. Явилась домой, устроила скандал. Высказывала бредовые идеи отношения, преследования. Кричала, что хочет себя убить (повеситься, сброситься из окна). Сознание ясное. Продуктивному контакту недоступна, многоречива не по существу. Ориентировку выявить не удаётся, тк отвечает не по существу. Верно определила только врача. Фон настроения повышен. Выявляется чрезмерное желание говорить, речь разорванная, громкая, сплошным потоком, диалога с собеседником не ищет. Эмоционально лабильна, возбуждена, суетлива, инструкции выполняет избирательно, мышление непоследовательно. Высказывает отрывистые бредовые идеи в отношении матери. Суицидальных мыслей не выявлено. Сон нарушен. Обманов восприятия выявить не удаётся. Дала согласие на госпитализацию.

Объективно: Кожа обычной окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Костно-мышечная система без видимых патологий. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Молочные железы мягкие, без патологических образований. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 77 в мин, АД 130/90 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки. Мочится достаточно.

Неврологический статус: обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S, 5 мм. Косоглазия, пареза взора нет. Диплопия, миоз, мидриаз, анизокория не наблюдаются. Реакции на свет, аккомодация и конвергенция в норме. Брюшные, сухожильные и периостальные рефлексы сохранены. Патологические рефлексы не выявлены. Чувствительность сохранена. Менингеальные симптомы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Походка ровная. Речь внятная, в ускоренном темпе.

**Первичный осмотр больного в отделении**

На момент поступления: жалоб не предъявляет.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Тип телосложения гиперстенический, повышенного питания. Рост 163, вес 90 кг. Кожа обычной окраски. Температура 36,6С. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Костно-мышечная система без видимых патологий. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Молочные железы мягкие, без патологических образований. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 80 в мин, АД 130/90 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки. Мочится достаточно.

ЦНС: патологических рефлексов, менингеальных симптомов нет.

Психический статус:

Доступна продуктивному контакту. Дистанцию в беседе соблюдала, на вопросы отвечала по существу. Речь спокойная, внятная. Фон настроения устойчив. Причину госпитализации объясняет как «наличие перепадов настроения». В месте и времени ориентирована. Суицидальных мыслей не высказывала. С госпитализацией согласна.

**Обследование больного лечащим врачом**

А. Самочувствие больной удовлетворительное. Жалоб по существу нет.

Б. Анамнез жизни: Родилась первым ребёнком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Окончила 10 классов, политехникум. Училась хорошо, по характеру быстрая, весёлая, эмоциональная. Замужем, имеет дочь. Жила у родителей, затем переехала в г. Полоцк. Работала продавцом, штамповщицей на заводе. На данный момент работает у брата на строительном рынке.

Перенесённые заболевания: простудные, кесарево сечение.

ТВС, ЧМТ, б Боткина, вензаболевания, вирусный гепатит отрицает.

Аллергий нет.

Психопатологически наследственность отягощена: сестра болеет шизофренией, отец- болезнью Паркинсона.

Анамнез заболевания: психически больна с 1996 г, когда после переезда в квартире ничего не делала, сидела задумавшись, говорила, что ничего не умеет. Ранее были приступы чрезмерной подвижности. Развивала усиленную деятельность. В 1996 г. находилась на лечении в ВОКПБ в отделении неврозов. Диагноз: депрессивное состояние. Состояние ухудшилось после отъезда мужа в Россию, который после отъезда не звонил и не писал семье. Затем переехала к матери в Витебск, где была молчаливой, замкнутой. Неоднократно проходила лечение в стационаре ВОКПБ. Последняя госпитализация с 07.07.13 по 05.08.13. После выписки медикаменты не принимала, ПНД не посещала. Текущее состояние ухудшилось в течение нескольких дней.

**Соматический статус**

Общее состояние: удовлетворительное

Температура тела: 36,6 С

Частота дыхательных движений: 18 в мин

Телосложение: гиперстеническое, рост 163 см, вес 90 кг.

Кожа и видимые слизистые: кожа бледно-розового цвета, высыпаний нет, влажность кожи умеренная. 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 -130/90 мм. рт.ст. ЧСС 77 уд. мин.

Органы пищеварения: язык слегка обложен белым налетом.

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 болезненность в области послеоперационного рубца (операция по удалению кисты правой почки). Глубокую пальпацию провести не удалось. Перкуторно границы печени не изменены. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются Стул 1 раз в сутки, оформленный.

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 в норме. Поля зрения не сужены. Объем движений глазных яблок полный.

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 в норме.

Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено.

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

 **Психический статус**

1. **Внешний вид.**

На просьбу побеседовать отреагировала положительно. На месте сидит спокойно, немного заторможена. На вопросы отвечает сразу, по существу. Голос спокойный. Речь внятная. Словарный запас достаточный. Больная внешне опрятна, волосы подстрижены, чистые. Контакту доступна. Взгляда в глаза не избегает.

1. **Сознание и его расстройства.**

Сознание ясное. Контакту доступна. Полностью ориентирована в пространстве и собственной личности. Мышление не фрагментарное. Стремление к установлению доверительных отношений имеются. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не выявлено. Суицидальных тенденций не обнаружено. Критики к болезни нет. Синдромы выключения (кома, сопор, оглушения), помрачения (делирий, онейроид, аменция), сужения (сумеречные состояния, амбулаторные автоматизмы) не обнаружены. 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. Гипер- и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больная также не предъявляла. Правильно воспринимает собственную личность, окружающий мир.

1. **Внимание.**

Внимание неустойчивое, легко рассеиваемое.

1. **Память.**

Больная оценивает свою память как «среднюю», хуже развита память на даты, числа. События своего детства и юности помнит полностью. Базовые знания сохранены: больная без колебаний называет имя, дату рождения, возраст.

1. **Мышление.**

Пациентка в беседе правильно использует термины, обозначающие конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на использование этих терминов. Больная с легкостью и правильно использует абстрактные понятия и формулировки. Мысли, высказываемые ею не совсем последовательны. Больная акцентируется на каких-то незначимых обстоятельствах. Отвечая на вопросы, одинаковые ответы не используются. Мысли больной идут с нормальной скоростью, пациент успевает полностью обдумать каждую мысль, мыслительный процесс не представляется чем-то таким, над чем следует затрачивать какую-то дополнительную энергию, он не в тягость. Суждения, высказываемые в беседе логичны, правильно сформулированы.

Как выяснилось из беседы, в жизни больной нет каких-либо стремлений, которые играли бы неоправданно большую роль для неё, чрезмерно больших целей, слепой веры. Навязчивых, бредовых идей нет.

1. **Интеллект.**

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

1. **Эмоции.**

Эмоциональный мир пациентки достаточно богат. Однако, больная отмечает, что все эти проявления эмоции протекают в рамках «разумности», эмоциональные реакции не вызывают смущения или изумления у окружающих. Эмоциональное состояние не подвержено значительным резким колебаниям, но некоторые события в жизни способны изменить полюс настроения в один момент.

Появление суицидальных мыслей в течение жизни вообще и за последний период, в частности пациентка категорически отрицает.

Во время беседы её настроение устойчиво.

1. **Двигательно-волевая сфера.**

Поза больной естественная. Сидит спокойно. В разговоре не получено сведений об извращении влечений.

1. **Поведение**

Поведение спокойное, свою болезнь принимает.

**Данные лабораторных и специальных методов исследования**

*Общий анализ крови* *(18.10.13.)*

Гемоглобин - 130 г/л

ЦП - 0,89

Эритроциты - 4.4 х1012/л

Лейкоциты - 6 х109/л

СОЭ - 12 мм/ч

Тромбоциты 220 х109/л

*Общий анализ мочи (18.10.13.)*

Цвет - соломенно - желтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1023

рН - кислая

Эпителий плоский - 1-2 в поле зрения

Лейкоциты - 2-3 в поле зрения

Белок, сахар - отс

Слизь - отс

Бактерии - в незначительном количестве

*Биохимический анализ крови (18.10.13.)*

Белок общий - 67 г/л

Мочевина - 4,5 ммоль/л

Холестерин общий – 4.8 ммоль/л

Глюкоза – 4.5 ммоль/л

Билирубин общий - 10.0 мкмоль/л

АсАТ - 25 Е/л

АлАТ – 31 Е/л

*Кровь на RW (19.10.13*) – отрицательная.

*ЭКГ (18.10.13)* – ритм синусовый, вертикальная ЭОС, ЧСС 82 в мин.

*Исследование специалистов:*

1. Невропатолог: 18.10.13.

Заключение: Данных за органическое поражение ЦНС нет.

1. Терапевт: 18.10.13.

Заключение: Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Гинеколог: 18.10.13

Заключение: Гинекологически здорова.

**Обоснование диагноза**

На основании давности течения болезни (психически больна с 1996 г, когда после переезда в квартире ничего не делала, сидела задумавшись, говорила, что ничего не умеет. Ранее были приступы чрезмерной подвижности. Развивала усиленную деятельность. В 1996 г. находилась на лечении в ВОКПБ в отделении неврозов. Диагноз: депрессивное состояние. Состояние ухудшилось после отъезда мужа в Россию, который после отъезда не звонил и не писал семье. Затем переехала к матери в Витебск, где была молчаливой, замкнутой. Неоднократно проходила лечение в стационаре ВОКПБ. Последняя госпитализация с 07.07.13 по 05.08.13. После выписки медикаменты не принимала, ПНД не посещала. Текущее состояние ухудшилось в течение нескольких дней), данных обследования при поступлении (18.10.13. была доставлена бригадой скорой медицинской помощи, в связи с ухудшением состояния: возбуждена, многоречива, навязчива. Скорую помощь вызвали родственники. Явилась домой, устроила скандал. Высказывала бредовые идеи отношения, преследования. Кричала, что хочет себя убить (повеситься, сброситься из окна). Сознание ясное. Продуктивному контакту недоступна, многоречива не по существу. Ориентировку выявить не удаётся, тк отвечает не по существу. Верно определила только врача. Фон настроения повышен. Выявляется чрезмерное желание говорить, речь разорванная, громкая, сплошным потоком, диалога с собеседником не ищет. Эмоционально лабильна, возбуждена, суетлива, инструкции выполняет избирательно, мышление непоследовательно. Высказывает отрывистые бредовые идеи в отношении матери. Суицидальных мыслей не выявлено. Сон нарушен. Обманов восприятия выявить не удаётся)

можно выставить следующий клинический диагноз: **Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, декомпенсация, осложнённая злоупотреблением алкоголя.**

**План лечения**

Режим стационарный

Стол Б

Медикаментозное лечение:

Магнезия

Амитриптилин 25мгх1 р

Галоперидол 5мгх2 р

Сонекс 7,5 мг(1 табл)х1

Седалит 0,3х3 р

Клозапин 0,05х1 р

Аминазин 2,5%-1мл в/м 3р

Диазепам 0,5%-2мл (14:00), 4мл (22:00) в/м

Симптоматическое лечение

**Дневники врачебных наблюдений**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Содержание дневника |
| 15.10.13 | Состояние удовлетворительное. В сознании. Жалоб не предъявляет. Ориентирована в пространстве и во времени. Речь нормальная. Обманов восприятия, бредовых идей не высказывает. Эмоционально стабильна. В отделении все время спит. Суицидальных тенденции нет. St. preasens: кожный покров и видимые слизистые без патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела – 36,70. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в минуту. Cor тоны приглушены, ритмичные. Рs 80 уд в мин, удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм. рт. ст. Язык влажный не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Лечение получает, побочных явлений нет.  |
| 18.10.13 | Состояние удовлетворительное. В психостатусе с положительной динамикой. В ясном сознании, ориентирована всесторонне верно. Охотно вступает в контакт, в беседе по существу. Речь в обычном темпе, построение фраз верное. Держит дистанцию, соблюдает субординацию. Фон настроения выровнялся, эмоции при осмотре спокойные. В течение дня много времени проводит в постели, ночью спит спокойною аппетит в норме. В меру активна и общительна. Суицидальные мысли отрицает. Режим отделения не нарушает.St. preasens: кожный покров и видимые слизистые без патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела – 36,50. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в минуту. Cor тоны сные, ритмичные. Рs 82 уд в мин, удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм рт ст. Язык влажный не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.  |

**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.

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1974 г.р., находится на стационарном лечении с 18.10.13.

Была доставлена бригадой СМП, в связи с ухудшением психического состояния.

Анамнез жизни: родилась первым ребёнком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Окончила 10 классов, политехникум. Училась хорошо, по характеру быстрая, весёлая, эмоциональная. Замужем, имеет дочь. Жила у родителей, затем переехала в г. Полоцк. Работала продавцом, штамповщицей на заводе. На данный момент работает у брата на строительном рынке.

Перенесённые заболевания: простудные, кесарево сечение.

ТВС, ЧМТ, б Боткина, вензаболевания, вирусный гепатит отрицает.

Аллергий нет.

Психопатологически наследственность отягощена: сестра болеет шизофренией, отец- болезнью Паркинсона.

Из анамнеза заболевания: психически больна с 1996 г, когда после переезда в квартире ничего не делала, сидела задумавшись, говорила, что ничего не умеет. Ранее были приступы чрезмерной подвижности. Развивала усиленную деятельность. В 1996 г. находилась на лечении в ВОКПБ в отделении неврозов. Диагноз: депрессивное состояние. Состояние ухудшилось после отъезда мужа в Россию, который после отъезда не звонил и не писал семье. Затем переехала к матери в Витебск, где была молчаливой, замкнутой. Неоднократно проходила лечение в стационаре ВОКПБ. Последняя госпитализация с 07.07.13 по 05.08.13. После выписки медикаменты не принимала, ПНД не посещала. Текущее состояние ухудшилось в течение нескольких дней.

Неврологический статус: зрачки не расширены, равномерные. Реакция зрачков на свет живая, одинаковая с обеих сторон. Нистагма не обнаружено. Реакция на конвергенцию и аккомодацию в норме. Поля зрения не сужены. Объем движений глазных яблок полный.

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 в норме.

Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено.

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

Выставлен диагноз: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, декомпенсация, осложнённая злоупотреблением алкоголя.

Получает лечение: Режим стационарный

Стол Б

Медикаментозное лечение:

Магнезия

Амитриптилин 25мгх1 р

Галоперидол 5мгх2 р

Сонекс 7,5 мг(1 табл)х1

Седалит 0,3х3 р

Клозапин 0,05х1 р

Аминазин 2,5%-1мл в/м 3р

Диазепам 0,5%-2мл (14:00), 4мл (22:00) в/м

Симптоматическое лечение

В настоящее время больная продолжает лечение.

Прогноз:

Для жизни – относительно благоприятный при условии постоянного соблюдения назначенного лечения и периодического наблюдения в ВПНД.

Для заболевания – неблагоприятный, т.к. в дальнейшем могут развиться стойкие изменения личности.

Для трудоспособности – неблагоприятный.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Кирпиченко А.А. Психиатрия. – Минск, Вышэйшая школа, 2001.

2. Кирпиченко А.А. Психиатрия и Наркология. – Витебск, ВГМУ, 2002.

3. Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. – Москва, Медицина, 1989.