**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

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

Возраст: 49 лет

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

Место работы: безработная, инвалид II группы бессрочно

Образование: среднее специальное

Дата поступления в стационар: 16.10.12

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Обострение

**ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

16.10.12 была доставлена бригадой скорой медицинской помощи, в связи с ухудшением состояния: возбуждена, многоречива, навязчива, ночами не спит. Высказывает бредовые идеи – «не сплю по ночам, потому что приходят домой БОМЖи». Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает охотно. Речь громкая, внятная. Фон настроения повышен. Мышление паралогическое с разорванностью, масса навязчивых движений телом. Неадекватна. Острой галлюцинаторной симптоматики на момент осмотра не выявлено. Суицидальные мысли и настроения отрицает. Критика к своему состоянию отсутствует. С госпитализацией согласна.

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 19 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 в области послеоперационного рубца (операция по удалению кисты правой почки). 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 156, вес 78 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 19 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 77 в мин, АД 130/90 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в области послеоперационного рубца (операция по удалению кисты правой почки). Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки. Мочится достаточно.

ЦНС: патологических рефлексов, менингеальных симптомов нет.

Психический статус:

На беседу пришла в сопровождении санитарки. В кабинет вошла уверенно, доступна продуктивному контакту. Дистанцию в беседе не соблюдала, примитивна и поверхностна. На вопросы отвечает по существу, многоречива. Речь громкая, внятная сплошным потоком в монологе, в ускоренном темпе. Жесты и мимика вычурные. Бестолкова, нелепа, беспечна. Способность планирования и прогнозирования своих действий снижена. Характер высказываний действий без учета дальнейших последствий. Импульсивна, трудно подчиняема, на замечания реагирует кратковременно. Мышление парологическое, разорванное и непоследовательное, в ускоренных ассоциативным процессом. Резонерствует.

Фон настроения неустойчив, эмоции амбивалентны, не адекватны ситуации. Причину госпитализации объясняет тем, что «не ночует дома, собирает у себя БОМЖей…». Суицидные мысли и намеренья отрицает. Критики нет. С госпитализацией согласна.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ**

А. Самочувствие больной удовлетворительное. Жалоб по существу нет.

Б. Субъективный анамнез.

1. Семейный анамнез. Двоюродная сестра отца страдает шизофренией, инвалид 2 группы. Психическими, венерическими заболеваниями, туберкулезом, болезнью Боткина больше никто из семьи и ближайших родственников не страдает. Странностей в поведении со стороны родственников не замечала. Случаев самоубийств в семье не было.

2. Анамнез жизни: родилась 1 ребенком в семье. К моменту рождения обследуемой возраст родителей: мать 25 лет, отец – 27 год. На момент беременности матери заболеваний, тяжелых психических травм не было. Психически и физически развивалась соответственно возрасту. Первые признаки полового созревания появились в 13 лет. Начало первых менструаций в 13 лет.

В школу пошла с 7 лет, окончила 10 классов. В интеллектуальном развитии от сверстников не отставала. После окончания школы училась в колледже.

Работала до 1993 г.лаборантом на заводе «Монолит». Правонарушений, судимостей нет.

Вышла замуж в 21 год. Беременность 2, роды 2. Имеет 2 детей. Муж умер в 2006 г.

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

С 1996 г. получила инвалидность 2 группы в связи с настоящим заболеванием, бессрочно.

Перенесенные заболевания: простудные, миома матки, хронический колит, АГ II, риск 3, удалена киста правой почки.. Венерические заболевания, вирусный гепатит, туберкулез, болезнь Боткина, ЧМТ отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки (курение, употребление алкогольных напитков, наркотические вещества) отрицает.

Анамнез болезни: считает себя больной с 1981 года, что связывает с послеродовым психозом. Неоднократно находилась на стационарном лечении в данной психиатрической больнице. Ремиссии короткие, нестойкие. Со слов больной, поддерживающее лечение принимала регулярно. Состояние ухудшилось за 2 дня до госпитализации. Стала утверждать, что «не ночует дома, потому что приводит БОМЖей». Дочь вызвала врача СМП, 16.10.12 была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в Витебскую областную клиническую психиатрическую больницу. На момент курации проходит стационарное лечение в ВОКЦПиН.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Общее состояние: удовлетворительное

Температура тела: 36,6 С

Частота дыхательных движений: 19 в мин

Телосложение: гиперстеническое, рост 156 см, вес 78 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.**

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 громкий. 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.

**Заключение:** расстройств сознания не выявлено.

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.

**Заключение**: расстройства восприятия не выявлено.

1. **Внимание.**

Больная оценивает себя как внимательного человека, считает, что способна читать и работать в любой обстановке. 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; пациентка сделала одну ошибку, которую не заметила и 2-3 ошибки, которые исправила сама сразу же. Даёт чёткое, правильное толкование пословиц и поговорок. При перечислении названий месяцев в обратном порядке практически не ошибалась (сделала 2 ошибки, но самостоятельно их исправила). Объём внимания достаточный.

**Заключение:** снижение внимания, рассредоточенность, отмечается истощаемость внимания.

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 матери, дату рождения, при этом количество лет указать не может. Тест на запоминание слов: после первого предъявления больная воспроизвела 5 слов из 10, что ниже нормальных показателей (6-7 слов).

**Заключение:** память снижена.

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.

**Заключение:** расстройства мышления не выявлено.

1. **Интеллект.**

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

**Заключение:** уровень интеллекта соответствует полученному образованию.

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 неустойчиво. В процессе общения обращает внимание яркость и вычурность мимической окраски речи больной, жестикуляция активная.

**Заключение**: отмечена некоторая неустойчивость эмоциональной активности, гипермимия, усиленная жестикуляция.

1. **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. Пациентка считает, что обладает достаточной силой воли для решения реальных задач. Больная считает себя настойчивым человеком в отношении тех целей, которые зависят от неё.

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

1. **Поведение**

При наблюдении за больной вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит вне палаты, охотно общается с другими больными и мед.персоналом. Свою болезнь не отрицает, говорит: «Понимаю, что надо подлечить нервы». На приглашение к беседе с куратором больная охотно соглашается. Лечение принимает.

**Заключение:** адекватна, лечение принимает.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*Общий анализ крови* *(16.10.12.)*

Гемоглобин - 133 г/л

ЦП - 0,91

Эритроциты - 4.2 х1012/л

Лейкоциты - 7 х109/л

СОЭ - 5 мм/ч

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные - 6%

Сегментоядерные - 63%

Лимфоциты - 21%

Моноциты - 2%

*Общий анализ мочи (16.10.12.)*

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 (17.10.12.)*

Белок общий - 69 г/л

Мочевина - 4,8 ммоль/л

Холестерин общий - 3.8 ммоль/л

Глюкоза - 4.3 ммоль/л

Билирубин общий - 10.0 мкмоль/л

АсАТ - 18 Е/л

АлАТ – 17 Е/л

*Кровь на RW (17.10.12*) – отрицательная.

*ЭКГ (17.10.12)* – ритм синусовый, вертикальная ЭОС, ЧСС 73 в мин.

*Исследование специалистов:*

1. Невропатолог: 19.10.12.

Заключение: Данных за органическое поражение ЦНС нет.

1. Терапевт: 19.10.12.

Заключение: Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Гинеколог: 19.10.12

Заключение: Гинекологически здорова.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

Пациентка болеет много лет (с ее слов с 1981 года). Постепенно нарастали явления эмоциональной уплощенности, снижении социальной адаптации. Неоднократно лечилась в дневном стационаре данной психиатрической больнице. Ремиссии короткие, нестойкие. Последняя госпитализация с 6.02.12 по 23.03.12 г. Со слов больной – поддерживающее лечение принимала регулярно. Состояние ухудшилось за 2 дня госпитализации: стала утверждать, что «не спит, потому что приходят домой БОМЖи». Дочь вызвала врача СМП 16.10.2012 г., после осмотра пациентка была доставлена в Витебскую областную клиническую психиатрическую больницу.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Учитывая длительность заболевания, неоднократное стационарное лечение в психиатрической больнице, бред преследования («не спит, потому что приходят домой БОМЖи»), отсутствие критики можно поставить **клинический диагноз:** *Параноидная шизофрения, непрерывное течение. Обострение.*

**ДНЕВНИКИ, ЛЕЧЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание дневника | Назначения |
| 15.11.12 | 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 – 36,50. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ч Д -16 в минуту. Cor тоны приглушены, ритмичные. Рs 76 уд в мин, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Лечение получает, побочных явлений нет.  | 1. Снотворное средство:

Сомнол в 22-00 по 0,0075 мг1. Антипсихотическое средство:

Азапин в 22-00 по 0,05 мг |
| 16.11.12 | Состояние удовлетворительное. В сознании. Жалоб не предъявляет. Ориентирована. Речь медленная. Обманов восприятия, бредовых идей не высказывает. Эмоциионально стабильна. Суицидальных тенденции нет. 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. Ч Д -16 в минуту. Cor тоны сные, ритмичные. Рs 76 уд в мин, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт ст. Язык влажный не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.  | 1. Снотворное средство:

Сомнол в 22-00 по 0,0075 мг1. Антипсихотическое средство:

Азапин в 22-00 по 0,05 мг  |
| 19.11.12 | Состояние удовлетворительное. В сознании. Жалоб не предъявляет. Обманов восприятия, бредовых идей не высказывает. Эмоционально стабильна. Суицидальных тенденции нет.St. preasens: кожный покров и видимые слизистые без патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ч Д -16 в минуту. Cor тоны сные, ритмичные. Рs 76 уд в мин, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт ст. Язык влажный не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.  | 1. Снотворное средство:

Сомнол в 22-00 по 0,0075 мг1. Антипсихотическое средство:

Азапин в 22- 00 по 0,05 мг |

**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**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1963 г.р. находится на стационарном лечении с 16.10.12г.

Больная была доставлена бригадой СМП, в связи с ухудшением психического состояния.

Анамнез: Родилась первым ребенком в семье. Возраст родителей к моменту рождения: мать - 25 лет, отец - 27 лет. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла в 7 лет. Воспитание правильное. Условия жизни удовлетворительные. Окончила 10 классов. Училась в колледже.

Семейный анамнез: Двоюродная сестра отца страдает шизофренией; инвалид 2 группы. Родители и другие члены семьи сифилисом, туберкулёзом не страдали. Случаев самоубийств в семье не было.

Аллергоанамнез без особенностей.

Из анамнеза заболевания:

Пациентка болеет много лет (с ее слов с 1981 года). Постепенно нарастали явления эмоциональной уплощенности, снижении социальной адаптации. Неоднократно лечилась в дневном стационаре данной психиатрической больнице. Ремиссии короткие, нестойкие. Последняя госпитализация с 6.02.12 по 23.03.12г. Со слов больной – поддерживающее лечение принимала регулярно. Состояние ухудшилось за 2 дня госпитализации: стала утверждать, что «не спит, потому что приводит домой бомжей». Дочь вызвала врача СМП 16.10.2012г, после осмотра пациентка была доставлена в Витебскую областную клиническую психиатрическую больницу.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Тип телосложения гиперстенический, рост – 156 см, вес – 78 кг, t – 36,60С. Питание удовлетворительное. Кожный покров, видимые слизистые обычной окраски, чистые, высыпаний, кровоподтеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации, безболезненны, подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Костно - мышечная система без изменений. Отеков нет.

Над обоими лёгкими выслушивается везикулярное дыхание. ЧД-19 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Пульс 77 уд. в мин., ритмичный. АД – 130/90 мм.рт. ст. Язык влажный, не обложен, губы суховатые. Живот не вздут, мягкий, болезненный (после операции: удаление кисты правой почки). Печень по краю реберной дуги. Селезёнка и почки не пальпируются. Стул, диурез без особенностей.

Неврологический статус: Зрачки нормальной ширины, одинаково реагируют на свет. Реакция на конвергенцию и аккомодацию в норме. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Прямая и обратная реакции Аргайла-Робертсона отрицательные. Спонтанный и установочный нистагм не обнаруживается. Сухожильные рефлексы в норме. Вазомоторных расстройств не отмечается. Дермографизм розовый. Движения в конечностях в полном объеме. Походка прямая, уверенная. Менингеальных симптомов нет. Речь монотонна, ускорена.

Выставлен диагноз: *Параноидная шизофрения, непрерывное течение; обострение.*

Проведено лечение:

1. Снотворное средство:

Сомнол в 22-00 по 0,0075 мг

1. Антипсихотическое средство:

Азапин в 22-00 по 0,05 мг

В настоящее время больная продолжает лечение.

Прогноз:

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

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.