**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 14.07.1983 г.р.

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

Место работы: не работает

Дата поступления в стационар: 11.11.13

Диагноз при поступлении: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, параноидный этап, стадия декомпенсация.

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, параноидный этап, стадия декомпенсация.

**ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

11.11.13 был доставлен бригадой скорой медицинской помощи, по вызову родителей, в связи с ухудшением психосостояния. Со слов матери нарушился сон, стал злобен и агрессивен к родителям и соседям, стал разговаривать сам с собой, прислушиваться.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров чистый, физиологической окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, перкуторно – звук ясный, легочной. Частота дыхания – 18 в минуту. Пульс – 84 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Артериальное давление 130/90 мм рт.ст. язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус:Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объёме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S, 5 мм. Косоглазия, пареза взора нет. Диплопия, миоз, мидриаз, анизокория не наблюдаются. Реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию в норме. Брюшные, сухожильные и периостальные рефлексы сохранены. Патологические рефлексы не выявлены. Чувствительность сохранена. Менингеальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Походка ровная. Речь невнятная, в ускоренном темпе. Психический статус: контакту недоступен. Молчит. Прислушивается, подмигивает, всматривается во что-то, периодически смеётся, улыбается, погружен в свои переживания. Критики к болезни нет.

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИИ**

Жалоб по существу нет.

**Анамнез жизни:** раннее развитие без особенностей. Окончил школу. Живет с матерью, в двухкомнатной квартире. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Венерические заболевания, вирусный гепатит, ЧМТ отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность психопатологически не отягощена. Операции, переливания крови отрицает. Не курит. Алкоголь не употребляет. Аллергический анамнез не отягощён.

Правонарушений, судимости нет.

**История заболевания:** впервые находился на стационарном лечении в ВОКПБ с 1.09.09 г. по 16.09.09 г. Был доставлен скорой помощью в связи с ухудшением состояния: перестал спать, портил вещи, документы, без причины смеялся, разговаривал сам с собой, не подчиняем, отказывался от медицинской помощи. 08.09.09 консультирован доц. каф. психиатрии и наркологии Богдановым А.С., был выставлен диагноз: Острое полиморфное расстройство с симптомами шизофрении. В дальнейшем неоднократно находился на стационарном лечении в ВОКПБ. Со слов матери: с сентября 2010 г. сын испытывает слуховые и зрительные галлюцинации (видит какого-то деда и разговаривает с ним), отказывается от приёма пищи по бредовым мотивам (говорит, что пища «плохая»), в связи с чем потерял в весе, завешивает постоянно шторы, говоря, что «видит» на улице несуществующего деда, который его преследует. Последняя госпитализация с 2.02.13 по 13.03.13.. Доставлен бригадой скорой помощи: злобен, агрессивен к родителям и соседям, не подчиняем, нанёс себе резаную рану правой голени. Госпитализирован в ВОКЦПиН.

**Обследование больного лечащим врачом**

А. Самочувствие больного удовлетворительное. Жалоб по существу нет.

Б. Субъективный анамнез.

***1. Семейный анамнез***. Мать больной добрая, спокойная, неконфликтная, отношения с матерью у больной хорошие. Отец больного злоупотреблял алкоголем. 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 больной, хорошие: отдельная благоустроенная двухкомнатная квартира, проживает с матерью.

***2. Анамнез жизни:*** раннее развитие без особенностей. Окончил школу. Живет с матерью, в двухкомнатной квартире.

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.

***3. Анамнез болезни:*** впервые находился на стационарном лечении в ВОКПБ с 1.09.09 г. по 16.09.09 г. Был доставлен скорой помощью в связи с ухудшением состояния: перестал спать, портил вещи, документы, без причины смеялся, разговаривал сам с собой, не подчиняем, отказывался от медицинской помощи. 08.09.09 консультирован доц. каф. психиатрии и наркологии Богдановым А.С., был выставлен диагноз: Острое полиморфное расстройство с симптомами шизофрении. В дальнейшем неоднократно находился на стационарном лечении в ВОКПБ. Со слов матери: с сентября 2010 г. сын испытывает слуховые и зрительные галлюцинации (видит какого-то деда и разговаривает с ним), отказывается от приёма пищи по бредовым мотивам (говорит, что пища «плохая»), в связи с чем потерял в весе, завешивает постоянно шторы, говоря, что «видит» на улице несуществующего деда, который его преследует. Последняя госпитализация с 2.02.13 по 13.03.13.. Доставлен бригадой скорой помощи: злобен, агрессивен к родителям и соседям, не подчиняем, нанёс себе резаную рану правой голени. Госпитализирован в ВОКЦПиН.

11.11.13 был доставлен бригадой скорой медицинской помощи, по вызову родителей, в связи с ухудшением психосостояния. Со слов матери нарушился сон, стал злобен и агрессивен к родителям и соседям, стал разговаривать сам с собой, прислушиваться. На момент поступления: контакту недоступен, молчит, прислушивается, подмигивает, всматривается во что-то, периодически смеётся, улыбается. Назначен Галоперидол (0,5 % 2,0 в-в), Аминазин (2.0 в-м в 22:00). 11.11. внешне тревожен, напряжен, оглядывается по сторонам, в беседу вовлекается неохотно, на вопросы отвечает после паузы, избирательно; сидит на кровати, опустив голову, на лице неадекватная улыбка, разговаривает сам с собой. 25.11. стал доступен контакту, ориентирован в месте, собственной личности, бездеятелен, на вопросы отвечает односложно, сон и аппетит достаточный. 6.12. постоянно лежит в постели, ни с кем не общается, свои переживания не раскрывает. Состояние не улучшается.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Общее состояние: удовлетворительное

Температура тела: 36,6 С

Частота дыхательных движений: 16 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. Отёков нет.

Мышечная система: без отклонений от нормы.

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, ясные. Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения. АД -120/80 мм. рт.ст. ЧСС 76 уд. мин.

Органы пищеварения: язык слегка обложен белым налетом, влажный. Зубы и зубные протезы отсутствуют. Печень не увеличена. Желчный пузырь не определяется. Перистальтика кишечника есть. Живот мягкий, перитонеальные симптомы 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 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 устойчив. Координационные пробы (пальце-носовую и пальце-пальцевую) выполняет свободно. Речь громкая, внятная. Дизартрии нет. Слух в норме.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Общий анализ крови (20.12.13.)

Гемоглобин 154 г/л

Эритроциты 4.8 х1012/л

Лейкоциты 6,8 х109/л

Тромбоциты 288 х109/л

СОЭ 10 мм/ч

Эозинофилы 2%

Палочкоядерные 6%

Сегментоядерные 47%

Лимфоциты 41%

Моноциты 4%

Общий анализ мочи (20.12.13.)

Цвет соломенно - желтый

Прозрачность прозрачная

Удельный вес 1019

рН кислая

Эпителий плоский 0-1 в поле зрения

Лейкоциты 0-2 в поле зрения

Слизь, белок -

Биохимический анализ крови (20.12.13.)

Белок общ. 72 г/л

Альбумины 35 г/л

Мочевина 4,2 ммоль/л

ТГ 1.2 ммоль/л

Холестерин общ. 8,1 ммоль/л

Мочевая к - та 377 мкмоль/л

Сахар 4.2 ммоль/л

Билирубин общий 15.0 мкмоль/л

АсАТ 48 Е/л

АлАТ 98 Е/л

Амилаза 22 Е/л

Биохимический анализ крови (25.12.13.)

Белок общ. 69 г/л

Альбумины 35 г/л

Мочевина 4,7 ммоль/л

ТГ 2,8 ммоль/л

Холестерин общ. 7,8 ммоль/л

Мочевая к - та 300 мкмоль/л

Сахар 4.3 ммоль/л

Билирубин общий 14.0 мкмоль/л

АсАТ 44 Е/л

АлАТ 95 Е/л

Амилаза 16 Е/л

Кровь на RW (15.10.12) – отрицательная.

ЭКГ (15.10.12)- ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 70 в мин.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

1. **Внешний вид.**

На просьбу побеседовать отреагировал нейтрально. На месте сидит спокойно, периодически оглядывается по сторонам. На вопросы отвечает не сразу, односложно, неэмоционально. Голос тихий, тембр спокойный. Речь невнятная. Словарный запас достаточный. Грамматически речь построена правильно. Избегает взгляда в глаза.

1. **Сознание и его расстройства.**

Сознание ясное. Контакту доступен. На вопросы отвечает односложно, неэмоционально. Хорошо ориентирован в пространстве и собственной личности. Мышление не фрагментарное. Стремление к установлению доверительных отношений нет. 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 больного в течение жизни не было. Эпизоды амнезий больной 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?», больной отвечала отрицательно. Сложных зрительных галлюцинаций, в виде несуществующих предметов, явлений, существ – нет. Гипер- и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больная также не предъявлял.

1. **Внимание.**

Внимание неустойчивое, легко рассеиваемое.

1. **Память.**

Больной оценивает свою память как «среднюю», хуже развита память на даты, числа.

События своего детства и юности помнит не полностью. Базовые знания сохранены: больная без колебаний называет имя матери, дату рождения.

1. **Мышление.**

Пациент в беседе правильно использует термины, обозначающие конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на использование этих терминов. Больной с легкостью и правильно использует абстрактные понятия и формулировки. Мысли, высказываемые им не совсем последовательны. Отвечая на вопросы, одинаковые ответы не используются. Мысли больного 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 больного нет каких-либо стремлений, которые играли бы неоправданно большую роль для него, чрезмерно больших целей, слепой веры. Навязчивых, бредовых идей нет.

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

1. **Интеллект.**

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

1. **Эмоции.**

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

Мимика у больного малоактивная, жестикуляции практически нет. Эмоции выражены слабо, предмету беседы в основном адекватны.

1. **Двигательно-волевая сфера.**

Больной опрятен в прическе, одежде.

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

1. **Личность.**

При наблюдении больного вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит в палате, чем в коридоре, мало общается с другими больными, чаще сидит один или лежит в кровати. Свою болезнь отрицает.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

Со слов матери: с сентября 2010 г. сын испытывает слуховые и зрительные галлюцинации (видит какого-то деда и разговаривает с ним), отказывался от приёма пищи по бредовым мотивам (говорит, что пища «плохая»), в связи с чем потерял в весе, завешивал постоянно шторы, говоря, что «видит» на улице несуществующего деда, который его преследует.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании давности заболевания, данных психического статуса, свидетельствующих о наличии у больного параноидного синдрома: зрительные и слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования, социальное отчуждение, отсутствие критики к собственной болезни можно выставить диагноз: Шизофрения, параноидная форма, параноидный этап, непрерывный тип течения.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Режим Б2, стол Б.
2. Антипсихотическая, седативная терапия:

Галоперидол 0,5 % 2,0 в-в

Аминазин 2.0 в-м в 22:00

1. 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**

23.12.13. В контакт вступает. Жалоб нет. На момент осмотра находится в палате. Критика к состоянию отсутствует. Спокоен, ни с кем не общается. 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, чсс 72 в мин, АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки. Диурез достаточный.

Лечение продолжать.

24.12.13. 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**

Больной, Андреев Илья Владимирович, 1983 года рождения поступил в ВОКЦПиН по скорой медицинской помощи по вызову родителей, в связи с ухудшением психосостояния. Со слов матери нарушился сон, стал злобен и агрессивен к родителям и соседям, стал разговаривать сам с собой, прислушиваться.

Жалоб не предъявляет. На основании анамнеза заболевания (психически болен с 2009 года, когда впервые появилась неадекватность в поведении - перестал спать, портил вещи, документы, без причины смеялся, разговаривал сам с собой, не подчиняем Неоднократно находился на стационарном лечении в данной психиатрической больнице. С сентября 2010 г испытывает слуховые и зрительные галлюцинации (видит какого-то деда и разговаривает с ним), отказывается от приёма пищи по бредовым мотивам (говорит, что пища «плохая»), в связи с чем потерял в весе, завешивает постоянно шторы, говоря, что «видит» на улице несуществующего деда, который его преследует. Последняя госпитализация с 2.02.13 по 13.03.13.); исследовании психического статуса: зрительные и слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования, социальное отчуждение, отсутствие критики к собственной болезни, можно выставить диагноз был выставлен диагноз: Шизофрения, параноидная форма, параноидный этап, непрерывный тип течения. Назначено лечение:

1. Режим Б2, стол Б.
2. Антипсихотическая, седативная терапия:

Галоперидол 0,5 % 2,0 в-в

Аминазин 2.0 в-м в 22:00

1. Психотерапия направленная на социальную адаптацию, трудотерапия.