**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

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

Возраст: 53 года (1959 г.р.)

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

Место работы: не работает, инвалид II группы бессрочно

Образование: окончила 10 классов

Дата поступления в стационар: 21.09.12 в 09.55

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения со стабильным дефектом. Параноидно-галлюцинаторный синдром.

**ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

Поступила по направлению ВОЦПиН в связи с ухудшением состояния: стала раздражительной, не спит ночами, тревожна. Жалобы на раздражительность, бессонницу. Общее состояние удовлетворительное. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает неохотно. Ориентирована в месте и собственной личности верно. Речь тихая. Фон настроения снижен. Легко аффектируется и раздражается. Мышление паралогическое. Острой галлюцинаторной симптоматики на момент осмотра не выявлено, периодически возникает «музыка» в голове. Суицидальные мысли и настроения отрицает. Критика к своему состоянию отсутствует.

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

# СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ

**Жалобы.**

При поступлении в отделение больную беспокоила бессонница, выражающаяся в нарушении засыпания. Раздражительность. Тремор (пациентка говорит «а еще меня трясёт всю, и дома тоже трясло» ). Периодически возникающую «музыку» в голове.

**История развития настоящего заболевания.**

Психически больна с 1980 года, когда впервые появились неадекватности в поведении, стала злобной, агрессивной, испытывала слуховые галлюцинации, имела место суицидальная попытка,(пыталась отравиться мышьяком), высказывала бредовые идеи отношения. Неоднократно находилась на стационарном лечении в данном стационаре. Последняя госпитализация с 08.06.11 по 17.07.11 года. После выписки принимала клозапин, азапин, модитен-депо (со слов больной последняя инъекция была 04.09.12 г.). Состояние ухудшилось около 3-х дней назад, стала раздражительной,не спит, участились слуховые галлюцинации. Была госпитализирована в отделение № 8 ВОКЦПиН.

**Семейный анамнез.**

Деда и бабку со стороны отца больная не помнит. Дед со стороны матери был вспыльчивым, раздражительным человеком с трудным характером. Бабка со стороны матери была доброй, отзывчивой, хорошо относилась к больной. Мать больной добрая, спокойная, неконфликтная, отношения с матерью у больной хорошие. Отец больной злоупотреблял алкоголем, ушел из семьи, когда больной было 3 года. О болезнях матери и отца больная не осведомлена. Психическими, венерическими заболеваниями никто из семьи и ближайших родственников не страдает.

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

**История жизни.**

Больная – единственный ребенок в семье, родилась от 3 беременности (все предыдущие заканчивались искусственными абортами), беременность протекала нормально, роды срочные. Травм при родах не было. Держать головку, сидеть, стоять, ходить, говорить начала вовремя. В детский сад пошла с 3 лет, посещала его охотно, отношения с воспитателями и с детьми были хорошими. Активно общалась с детьми, участвовала в подвижных играх (они нравились ей больше, чем спокойные). В школу пошла с 7 лет. Учиться нравилось, успеваемость была хорошей.

В школе по-прежнему предпочитала активные игры, было много подруг (в основном среди ровесниц), была общительна, в группе детей могла и командовать, и подчиняться.

Окончила 10 классов, никогда не работала.

**Перенесенные заболевания:** простудные, c-r шейки матки (1999 г.), хронический бронхит. Венерические заболевания, вирусный гепатит, ЧМТ отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность психопатологически не отягощена.

**Гинекологический анамнез.**

Менструации с 14 лет. На момент осмотра менопауза. Беременности: 1 (искусственное прерывание), роды: 0. Находится на диспансерном учете по поводу C-r шейки матки с 1999 года.

**Трудовой анамнез.**

Никогда не работала. Инвалид II группы, бессрочно.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Сознание.**

Контакту доступна. На вопросы отвечает по существу. Внешне несколько напряжена, суетлива. Ориентация больной во времени, пространстве и собственной личности сохранена. Больная отчетливо представляет себе место своего нахождения, правильно его называет, правильно указывает год, месяц и число (ориентируется в календарном времени), узнает кураторов при повторных посещениях. На фрустрацию отвечает агрессией, легко раздражается. Мышление паралогическое. Резонерствует. Эмоционально уплощена. Все интересы сводятся к удовлетворению базовых потребностей. Стремления к установлению доверительных отношений нет. Четкой галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не выявлено, но периодически слышит «музыку» в голове. Суицидальных тенденций не обнаружено. Причину госпитализации объясняет : « Не сплю ночи 3, а еще злая стала, и если что ударить могу.» Критики к болезни нет.

Симптомов выключения сознания также не отмечено: больная реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к ней вопросы разной степени сложности, реагирует на них адекватно. Сонливости нет.

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

Эпизоды амнезий больная отрицает.

**Восприятие.**

В сфере восприятия у больной отмечаются расстройства: она слышит «музыку, звучащую внутри головы». От дальнейших расспросов на эту тему больная уклоняется. При попытке детализации ощущений больной она замыкается, говорит, что ей тяжело и неприятно говорить на эту тему. На предложение описать (на бумаге) или нарисовать «музыку» больная ответила отказом. Гипер- и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больная также не предъявляла.

**Внимание.**

Больная оценивает себя как внимательного человека, считает, что способна читать и работать в любой обстановке. При беседе выявляется патологическая прикованность больной к собственным переживаниям, проявляющаяся длинными паузами в разговоре при ожидании ответа больной на поставленный вопрос. При повторно заданном вопросе следует достаточно быстрый ответ.

Те же проявления прикованности наблюдаются и при разговоре: если в нем возникает пауза, то можно заметить, что больная не обдумывает очередной ответ или фразу, а занята своими мыслями, не имеющими отношения к теме разговора.

**Память.**

Больная оценивает свою память как «среднюю», лучше развита у нее моторная и зрительная память. События своего детства и юности помнит не полностью. Базовые знания сохранены: больная без колебаний называет имя матери, ее возраст, дату рождения. Псевдореминисценций и конфабуляций больная не демонстрирует.

Нарушений чувства знакомости нет.

Память снижена (в основном фиксационная), отмечаются соскальзывающие ассоциации.

**Мышление.**

Основной тип мышления у больной – конкретный: больная в разговоре пытается сводить все ответы на вопросы к конкретным предметам, вещам, действиям.

Имеется расстройство мышления по темпу: оно замедлено. Речь больной обеднена, замедлена, ответы на вопросы односложные, после долгой паузы. После установления контакта больная стала реагировать на вопросы более оживленно, ответы на вопросы стали более развернутыми, полными, но замедленность мышления сохранялась.

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

Больная склонна к навязчивым сомнениям и действиям: рассказывает, что иногда по много раз перепроверяет, закрыт ли кран, взята ли с собой необходимая вещь и.т.д. и все равно потом волнуется, не забыла ли что-то сделать. Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больная не высказывала.

Результаты психологических тестов для оценки мышления:

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

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

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

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

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

3.Понимание смысла пословиц и метафор.

Смысл выражения «золотые руки» больная поясняет правильно.

Выражение «рубаха-парень» больная поясняет так: «это человек, родившийся в рубашке».

На вопрос о том, что означает пословица «куй железо, пока горячо», больная ответила: «пока не закончено одно дело, не следует начинать другого».

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

**Интеллект.**

При сборе анамнеза больная не употребляла общие и профессиональные понятия, ее суждения и умозаключения касались только бытовых, домашних проблем, были поверхностными, без попыток анализа ситуаций. Легко воспринимались только относительно простые вопросы, на них давались простые, поверхностные, конкретные ответы. Сложно сформулированные вопросы, касающиеся отдельных деталей, воспринимались с трудом, их приходилось повторять или упрощать.

Запас общежитейских знаний у больной низкий: она назвала очень мало названий городов, рек, государств . Знает фамилию нынешнего президента Беларуси, но о политической ситуации в мире не осведомлена (хотя утверждает, что интересуется политикой, смотрит программы новостей).

Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной. С другой стороны, подобная картина может наблюдаться при аутистических чертах личности, тогда это объясняется игнорированием реально происходящих событий.

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

**Эмоции.**

Свое настроение в данный момент больная оценивает как среднее. Больная подвержена колебаниям настроения, воспринимает все «слишком близко к сердцу», в конфликтных ситуациях пытается защищаться. С началом лечения отметила, что стала гораздо спокойнее реагировать на конфликтные ситуации. Колебания настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает

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

Эмоции выражены слабо, предмету беседы в основном адекватны, но иногда больная беспричинно смеется при ответе на какой-либо вопрос.

Отмечено некоторое снижение эмоциональной активности, эпизоды эмоциональной неадекватности, гипомимия.

**Двигательно-волевая сфера.**

Больная опрятна в прическе, одежде, пользуется косметикой.

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

В отделении в основном одинока, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно ходит по коридору.

Поведение больной во время беседы несколько скованное.

Обнаружены нарушения в двигательно-волевой сфере в виде гипобулии.

**Поведение.**

При наблюдении больной вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит в коридоре, чем в палате, мало общается с другими больными, чаще сидит одна или ходит по коридору. Отношение к работе у больной неопределенное (в беседе с лечащим врачом она высказывает противоречивые суждения на эту тему).К своим болезненным переживаниям (псевдогаллюцинациям) относится критично, воспринимает их как проявление болезни. Бредовые же идеи воспринимает некритично.

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

В поведении больной отмечены признаки аутизма.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Общее состояние: удовлетворительное

Температура тела: 36,8 С

Пульс: 76 уд/мин

Частота дыхательных движений: 20 в мин

Телосложение: нормостеническое, рост 153 см, вес 78 кг.

Кожа и видимые слизистые: кожа бледно-розового цвета , высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность сохранена . Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные.

Подкожная жировая клетчатка: развита умеренно, распределена равномерно Лимфатическая система: лимфоузлы не увеличены.

Мышечная система: сила мышц достаточна , тонус в норме. Тургор тканей сохранен.

Кости и суставы:патологических изменений при осмотре в костях черепа, позвоночника , грудной клетки , таза , длинных трубчатых костях не обнаружено . При пальпации обнаружена болезненность в левом голенностопном суставе.

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 на верхушке выслушивается слабый систолический шум . Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена . АД -140/90 мм. РТ.ст.

Органы пищеварения :

рот: слизистая розовая , влажная.

зубы, язык: на языке белый налет.

миндалины :не выходят за края небных дужек.

живот: правильной формы , в горизонтальном положении не выступает за края реберных дуг . Нижняя граница желудка располагается на 3 см ниже пупка. Пальпация безболезненна .Печень не выходит за края правой реберной дуги, пальпация ее безболезненна, край ровный, эластичный . 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**

Реакция зрачков на свет живая, одинаковая с обеих сторон, анизокарии нет.

Нистагма не обнаружено, конвергенция сохранена. Поля зрения не сужены. Объем движений глазных яблок полный. Больная жалуется на слияние букв перед глазами при чтении, видит лишь крупные буквы. Определение остроты зрения не проводилось из-за отсутствия необходимых таблиц.

Правая глазная щель несколько шире левой. 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 нормальный.

Нарушений тактильной, болевой и температурной чувствительности не обнаружено

Сухожильные и периостальные рефлексы сохранены, одинаково выражены с обеих сторон. Менингеальных знаков не выявлено.Выявляются симптомы орального автоматизма.

В позе Ромберга больная устойчива, отмечается средней интенсивности тремор верхних конечностей большой амплитуды.

Координационные пробы (пальце-носовую и пальце-пальцевую) выполняет свободно.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании давности заболевания, данных психического статуса, свидетельствующих о наличии у больной галлюцинаторно-параноидного синдрома: паралогическое мышление, резонерство, периодически возникающие слуховые галлюцинации, социальное отчуждение, эмоциональная уплощенность, не обоснованные вспышки агрессии и раздражительности, нарушение сна, отсутствие критики к собственной болезни можно выставить диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение со стабильным дефектом. Параноидно-галлюцинаторный синдром.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Общий анализ крови (21.09.12.)

Гемоглобин 118 г/л

Эритроциты 3.7х1012/л

Лейкоциты 7.0х109/л

СОЭ 4 мм/ч

Эозинофилы 1%

Палочкоядерные 6%

Сегментоядерные 50%

Лимфоциты 41%

Моноциты 2%

Общий анализ мочи (21.09.12.)

Количество 110 мл

Цвет желтый

Прозрачность прозрачная

Удельный вес 1018

рН 6.0

Эпителий плоский 6-8 в поле зрения

Лейкоциты единичные в поле зрения

Слизь +

Бактерии в незначительном количестве

Биохимический анализ крови (22.09.12.)

Сахар 5.0 ммоль/л

Билирубин общий 20.0

АсАТ 1.8

β-липопротеины 42 ЕД

Кровь на RW (24.09.12) – отрицательная.

ЭКГ (21.09.12)- ритм синусовый, вертикальная ЭОС, ЧСС 72 в мин.

Рентгенография грудной клетки (25.09.12)- легкие, сердце, аорта без видимых изменений.

**КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Невропатолог: 2.10.12.

Данных за органическое поражение ЦНС нет

Окулист: 23.09.12.

Жалобы на снижение зрения на левый глаз. Очками не пользуется.

Оптические среды прозрачны.

Глазное дно без видимых изменений.

Заключение: амблиопия слева.

Терапевт: 24.09.12.

Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Гинеколог: 24.09.12

Гинекологически здорова. «Д» учет в ОД по поводу C-r шейки матки.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Режим Б2, стол Б.
2. При психомоторном возбуждении: Sol. Aminazini 2,5 % - 2 ml, внутримышечно, под контролем АД.
3. Tab. Truxali 25 mg. По 1 таблетке утром и на ночь.
4. Психотерапия направленная на социальную адаптацию, трудотерапия.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз необходимо провести с органическими психозами травматического и интоксикационного характера. Из симптоматики, характерной для галлюцинаторно-бредового психоза травматического характера, у больной присутствуют признаки астенического синдрома (нарушения сна, беспокойство), галлюцинации и бред, эмоциональные расстройства в виде эпизодов тревожности и страха.

Но при органическом психозе травматического генеза психические расстройства сопровождаются нарушениями сознания в виде его помрачения, психоз развивается вслед за воздействием на организм дополнительных вредных факторов (соматическое неблагополучие, интоксикации, алкоголь, операции и.т.д.), чего у данной больной не наблюдается. Органический травматический галлюцинаторно-бредовый психоз чаще дебютирует сумеречным или делириозным помрачением сознания, чего у данной больной также не отмечено.

Но у данной больной имеются нарушения мышления не только в виде бреда, но и в виде замедления, соскальзываний, формирования паралогических умозаключений. Присутствуют расстройства эмоциональной сферы (эмоциональная неадекватность, снижение эмоциональной активности), нарушения двигательно-волевой сферы (гипобулия), элементы аутизма в поведении, что более характерно для шизофрении и является для нее облигатной симптоматикой.

Необходимо также дифференцировать заболевание больной от реактивных психозов, так как в анамнезе больной имеется указание на существование психотравмирующей ситуации в семье (смерть мужа).

При реактивном психозе, как и при шизофрении, наблюдаются бред и галлюцинации. Но психогениям свойственна яркость, образность, конкретность переживаний, причем содержание бреда и галлюцинаций непосредственно отражает патогенную ситуацию, чего не отмечается у больной: ее галлюцинаторно-бредовые переживания никак не связаны с психотравмирующими обстоятельствами.

Галлюцинации и бред при реактивных психозах порождают сильные аффекты страха, тревоги, что отражается на поведении больных. Данная же больная не демонстрирует таких ярких эмоциональных проявлений, наоборот, ее эмоциональная активность снижена.

При реактивных психозах клиника развивается быстро, изменений в психике до воздействия психотравмирующей ситуации может не быть. При шизофрении психозы развиваются, как правило, на фоне астенических состояний, что наблюдается и у данной больной.

Следовательно, клиника психического расстройства у больной имеет больше сходства с клиникой шизофрении, чем с клиникой реактивных психозов.

**ДНЕВНИКИ**

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

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

Лечение продолжать.

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

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

Лечение продолжать.

**ЭПИКРИЗ**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,53 года, поступила по направлению в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на бессонницу, выражающуюся в нарушении засыпания. Раздражительность. Тремор (пациентка говорила «а еще меня трясёт всю, и дома тоже трясло» ). Периодически возникающую «музыку» в голове. На основании анамнеза заболевания (психически больна с 1980 года, когда впервые появились неадекватности в поведении, стала злобной, агрессивной, испытывала слуховые галлюцинации, имела место суицидальная попытка,(пыталась отравиться мышьяком), высказывала бредовые идеи отношения. Неоднократно находилась на стационарном лечении в данном стационаре. Последняя госпитализация с 08.06.11 по 17.07.11 года. После выписки принимала клозапин, азапин, модитен-депо (со слов больной последняя инъекция была 04.09.12 г.)), исследования психического статуса: паралогическое мышление, резонерство, периодически возникающие слуховые галлюцинации, социальное отчуждение, эмоциональная уплощенность, не обоснованные вспышки агрессии и раздражительности, нарушение сна, отсутствие критики к собственной болезни был выставлен диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение со стабильным дефектом. Параноидно-галлюцинаторный синдром. Назначено лечение:1)Режим Б2, стол Б. 2)При психомоторном возбуждении: Sol. Aminazini 2,5 % - 2 ml, внутримышечно, под контролем АД. 3)Tab. Truxali 25 mg. По 1 таблетке утром и на ночь. 4)Психотерапия, направленная на социальную адаптацию, трудотерапия.

На фоне лечения отмечается улучшения состояния, лечение продолжает.