ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

 Ф.И.О.: x

 Возраст: 57 лет

 Домашний адрес: Фрунзенский район

 Профессия: художник-оформитель

 Дата поступления в клинику: 16 августа 1997 года

 ЖАЛОБЫ

 При поступлении в клинику больной предъявлял жалобы на:

 Подавленное эмоциональное состояние, постоянное ощущение беспричинной

 тревоги, навязчивые мысли о самоубийстве.

 Постоянные мысли о том, что его кто-то преследует, что окружающие плохо

 к нему относятся, желают ему зла.

 На ощущение, что окружающим известны его мысли, чуждость своих мыслей,

 чуство, что они вложены ему в голову кем-то извне.

 На звучащие периодически в голове неопределенные мелодичные голоса, к

 смыслу произносимого которыми он не прислушивается.

 На момент курации чуство тревоги и ощущение "открытости" собственных

 мыслей значительно притупились, хотя мысли о преследовании, негативном

 отношении окружающих сохраняются.

 НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

 1 ---T--- ---T---

 ¦ ¦

 ¦ +-------T-----¬

 ¦ ¦ ¦ ¦

 2 ---T--- ---------T---------

 ¦ ¦

 ----+---¬ ¦

 ¦ ¦ ¦

 3

 Пробанд (11) - болен шизофренией.

 Бабушка пробанда по отцовской (1) линии умерла в психиатрической больнице,

 диагноз неизвестен.

 Сводный брат пробанда по отцу (9), по словам родственников, болен каким-то

 психическим заболеванием.

 ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

 Родился в Ленинграде в 1940 году, был первым ребенком в семье.

 Беременность матери и роды протекали без осложнений, находился на естест-

 венном вскармливании. В физическом и умственном развитии не отставал от

 сверстников. В школе учился хорошо, по окончании школы поступил в худо-

 жественное училище. По окончании училища женился на сокурснице, затем

 вместе с женой поехал в Москву для поступления в ВУЗ, однако экзамены

 не сдал, жена же поступила в ВУЗ, после чего между ними произошел разрыв,

 очень тяжело пережитый больным. Впоследствии, пробовал поступить в Харь-

 ковский институт прикладных искусств, однако, отлично сдав почти все

 экзамены, тяжело отравился съеденной на улице пищей(со слов больного),

 был госпитализирован в инфекционное отделение и не смог, в результате,

 сдать последний экзамен. Больной тяжело пережил это событие.

 Вернувшись в Саратов, работал художником-декоратором в Театре драмы,

 художником-оформителем в Институте ортопедии и травматологии, подсобным

 рабочим в музее им. Радищева до получения 2 группы инвалидности.

 Больше женат не был, о своей половой жизни говорить отказывается.

 Отец (военный коресспондент), вернувшись с фронта, получил известие о

 якобы гибели его семьи, после чего уехал в Новосибирск и, спустя 13 лет,

 случайно нашел свою семью в Саратове, однако воссоединиться они не смогли.

 Больной узнал о том, что человек, с которым в то время жила его мать, не

 его настоящий отец, что явилось для него тяжелым нервным стрессом.

 В настоящий момент проживает вместе с матерью (пенсионерка), сам нигде не

 работает (имеет группу инвалидности), вследствие чего материальные усло-

 вия стесненные. Основным увлечением является поэзия.

 ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

 Психически больным считает себя с 33 лет (с 1973 года), когда впервые

 стал замечать, что окружающие относятся к нему с предубеждением, жела-

 ют ему зла, появилось ощущение, что рядовые события и действия окружающих

 наполнены каким-то особым смыслом и имеют целью унизить его, выставить

 в нехорошем свете. Ему казалось, что продавщицы в соседнем магазине каж-

 дый раз, когда он туда заходит, хотят его как-то обмануть, что его сот-

 рудница не понимает его, относится с пренебрежением к его идеалам и на-

 меренно демонстрирует ему это, что в театре и по телевизору регулярно

 преднамеренно показываются сцены, вызывающие у него неприязнь.

 Больной стал отмечать, что иногда лица людей кажутся ему искаженными,

 несколько раз видел яркие лучи света, исходящие из его глаз.

 Думая, что его преследует милиция, он не выходил из дома и не отвечал

 на телефонные звонки, боясь прослушивания.

 Постепенно под влиянием всех вышеописанных ощущений отметил появление

 постоянной тревоги, которая нарастала с каждым днем, присоединились мысли

 о бесполезности своего существования, в результате чего больной пытался

 покончить жизнь самоубийством, выбросившись с балкона, однако был останов-

 лен матерью.

 С такими жалобами он по настоянию матери обратился в психиатрическое отде-

 ление 2-й горбольницы, где ему было проведено лечение, сущность которого

 он вспомнить затрудняется, но отмечает, что, выйдя через 3 месяца из боль-

 ницы, чувствовал значительное притупление тревоги, однако мысли о негатив-

 ном отношении со стороны окружающих сохранялись.

 Обострения, подобные вышеописанному, повторялись практически ежегодно,

 преимущественно осенью и весной, каждфй раз госпитализировался, после

 проведенного лечения ощущал некоторое улучшение состояния, однако полного

 выздоровления не было. Наиболее выраженное улучшение состояния, после ко-

 торого больной даже смог вернуться к своей профессии, отмечалось после

 атропино-коматозной терапии (точные сроки проведения больной не помнит),

 проводившаяся также инсулино-коматозная терапия выраженного эффекта не

 дала.

 Со временем, в каждое обострение стали присоединяться новые необычные

 ощущения, мысли, состояния.

 Больной, по словам матери, неоднократно пытался покончить жизнь само-

 убийством, выбросившись с балкона, но каждый раз был ею остановлен.

 В 1974 году отметил "появление" внутри головы многочисленных неопределен-

 ных голосов, напеваших какую-то мелодию, приятную больному, к смыслу

 приоизносимого не прислушивался, лишь наслаждаясь мелодией.

 В 1975 году появилось чувство, что окружающие знают его мысли, что мысли

 его иногда бывают будто-бы вложенными кем-то, чуждыми.

 В 1976 году ощутил, что с ним "работают" некие ученые, воздействие осу-

 ществлялось через телевизионные передачи, где "человек с огромной волей"

 пытался подчинить больного себе, было осуществлено "непорочное зачатие"

 и он ощутил себя Богом, понял, что значительно лучше,чище и выше прочих

 людей. Чтобы "усилить свой эфир" должен был десять раз проводить рукой

 сквозь огонь свечи.

 В 1977 году ощущение чуждости собственных мыслей усилилось, по выражению

 больного, у него появилась "психология старика".

 С 1981 года находился на поддерживающем лечении (подробно суть лечения не

 помнит, однако отмечает, что принимал "Модитен-депо" и циклодол).

 В тот период сохранялось ощущение своей исключительности, "косимчности",

 величия. Полностью бросил занятие живописью, так как понял, что его приз-

 вание - поэзия. По словам матери, достаточно компетентной в этом (в то

 время она работала доцентом на кафедре психологии СГУ), его стихи того

 времени были достаточно интересны, знакомые филологи предлагали их

 опубликовать, но, со временем, в стихах появилась бессмысленность, отсут-

 ствие логичной связности при сохранении внешне правильной формы, стали

 отмечаться, незаметные для самого больного, цитаты из разнообразных

 известных произведений.

 Больной неоднократно представлял себя разными известными поэтами, также

 ему нравилось в одиночестве разыгрывать сцены их различных произведений

 (например, "Идиот" Ф.М.Достоевского), он понял, что имеет большой талант

 и мог бы быть хорошим актером, так как в душе у него звучит "чистый орган",

 на звук которого он "настраивается".

 Больной часто подолгу раздумывал над глобальными проблемами, например,

 прочитав произведения А.Толстого, он понял, что должен выбрать, с кем ему

 идти: с народом или с интеллигенцией.

 Все это время сохранялось ощущение "открытости" своих мыслей для окружа-

 ющих, чуждость собственных мыслей, постоянно осуществляемое на него

 воздействие неопределенного рода.

 В период с 1981 по 1989 год не госпитализировался.

 В 1989 году появилось навязчивое желание нецензурно браниться, желание

 ударить кого-нибудь ногой, беспричинная тревога, обычно полностью не поки-

 давшая больного, значительно усилилась, возникли навязчивые мысли о

 самоубийстве.

 С этими жалобами был вновь госпитализирован в психиатрическое отделение

 2-й горбольницы, после проведенного лечения (препараты и дозы не помнит)

 состояние улучшилось, что выразилось в притуплении чувства тревоги,

 исчезновении навязчивых желаний нецензурно браниться, ударить кого-нибудь

 ногой, мыслей о самоубийстве.

 С 1989 года по 1997 год находился на поддерживающем лечении под амбулатор-

 ным наблюдением в поликлинике по месту жительства.

 Настоящая госпитализация связана с появившимися вновь у больного беспричин-

 ной тревоги, подавленного эмоционального состояния, мыслей о бессмыслен-

 ности своего существования и существования этого мира, желания покончить

 с собой.

 НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

 При общем осмотре:

 Состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание

 ясное,выражение лица и глаз доброжелательное.

 Телосложение правильное.

 При осмотре кожных покровов кожа бледно - розовая,нормальной

 влажности, теплая наощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков

 шелушений нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи

 сохранен. При осмотре видимые слизистые оболочки розовые,

 кровоизлияний,изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения мужской,

 волосы густые, каштановые, блестящие. Пальцы и ногти обычной

 формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол" нет, ногти на руках и

 ногах блестящие, ровные , исчерченности и ломкости ногтей нет.

 При пальпации нижнечелюстные, шейные,надключичные, подключичные,

 подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание

 достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно,

 толщинна 1 см, распределена равномерно,отеков нет.

 Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации,

 активных и пассивных движениях безболезненны.

 Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и

 покалачивании безболезненны.

 В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении

 нет.

 Состояние по органам и функциональным системам

 Система дыхания

 Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет,

 имеется левосторонний скалеоз грудного отдела позвоночника,

 надключичные и подключичные ямки западают, левая ключица и левая

 лопатка выше соответственно правой ключицы и правой лопатки.

 Эпигастральный угол меньше 90 градусов.

 Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней

 глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту.

 Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

 Одышки, удушья видимых на глаз нет.

 При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и

 точной пальпации безболезненна.

 При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

 ясный легочный звук.

 Аускультативные данные в норме.

 Система кровообращения

 При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

 отсутствует, верхушечный толчок не виден.

 При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

 определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой

 средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы,

 резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

 При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме.

 При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости в норме.

 При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные,ослабления,усиления

 или раздвоенпия тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения

 перикарда нет.

 При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

 одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 74 удара в минуту,

 нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме.

 При измерении артериальное давление 120/70.

 Система пищеварения и органы брюшной полости

 Глотание свободное, безболезненное.

 При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не

 вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет.

 Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в

 околопупочной области нет.

 Кожа живота чистая, рубцов нет.

 Живот участвует в акте дыхания.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий,

 безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет.

 При глубокой пальпации по правой среднеключичной линии нижний край

 печени выступает на 6 см из-под нижней реберной дуги.

 Размеры печени по Курлову в норме.

 Моче-половые органы

 При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет.

 При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен.

 При поверхностной пальпации болезненность не определяется.

 При глубокой по почки не пальпируются.

 Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

 Нервная система

 Лицо симметрично, реакция зрачков на свет сохранена. Нарушений со стороны

 черепно-мозговых нервов нет, корнеальный рефлекс сохранен.

 Сухожильные, надкостничные, поверхностные рефлексы нормальной выраженности.

 Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена.

 Менингиальные симптомы отрицательные.

 Вазомоторных расстройств нет. Потоотделение и слюноотделение в норме.

 Трофических расстройств нет.

 ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

 Выражение лица больного безразличное, мимика бедная.

 Больной достаточно аккуратен, причесан, за собой следит.

 Жесты скованные.

 Больной контактен, с врачом вполне откровенен.

 Ориентируется во времени, окружающей обстановке и своей личности.

 Расстройств созниния нет.

 Критика отсутствует.

 Имеются слуховые псевдогаллюцинации в виде многочисленных неопределен-

 ных мелодичных голосов, к смыслу произносимого которыми больной не при-

 слушивается, лишь наслаждаясь мелодией. Имеются данные, что раньше

 больной осуществлял "связь с Богом" посредством прямого общения, то

 есть он слышал как бы голос Бога, однако на данный момент он отрицает

 это и довольно туманно объясняет сущность своей "связи с Космосом",

 что дает основание заподозрить здесь диссимуляцию.

 Присутствует синдром Кандинского-Клерамбо:

 1) Чувство "открытости" собственных мыслей для окружающих

 2) Вышеописанные слуховые псевдогаллюцинации

 3) Явления идеаторного автоматизма: ощущение чуждости, "вложенности"

 собственных мыслей.

 Из нарушений памяти имеются криптромнезии, отчетливо проявляющиеся в

 стихах больного.

 Отмечаются разнообразные нарушения мышления:

 по форме - разорванное мышление (речь больного сохраняет правильное

 грамматическое построение, однако смысловая связь иногда утрачивается,

 особенно ярко это заметно в стихах, написанных больным),

 по содержанию - сохраняются навязчивые мысли (больной размышляет о

 судьбе мира, месте философии в современном мире, долгое время после

 прочтений произведений А.Толстого размышлял о выборе пути - с народом

 или с интеллигенцией), ранее встречались разнообразные навязчивости;

 бредовые идеи отношения, воздействия, преследования и величия (считает,

 что окружающие могут что-то замышлять против него, принимает на свой счет

 разнобразные взгляды, жесты, уверен, что с 81-го года на него осуществля-

 ется воздействие некими учеными, суть которого определить затрудняется,

 он этому воздействию сопротивляется, по его словам, успешно, из чего про-

 истекает его уверенность в своей исключительности, "космичности", по выра-

 жению больного, ранее он считал себя Богом, разными известными поэтами,

 писателями, остальных людей он считает интелектуально и духовно значи-

 тельно ниже себя, что с легкостью мог бы быть актером).

 Депрессия, в которой находился больной при поступлении, сейчас значитель-

 но сгладилась, беспричинная постоянная тревога сохраняется, хотя и стала

 значительно менее интенсивной, на данный момент больного не беспокоят

 суицидальные мысли.

 Поведение больного соответствует болезненным переживаниям, с окружающими

 старается меньше вступать в контакт, хотя, в принципе, вполне контактен.

 Внимание в целом сохранено, но больной иногда отвлекается от разговора и

 ему приходится переспрашивать о том, что он прослушал.

 Отмечается гипобулия, при поступлении состояние, близкое к апатии, сейчас

 не так ярко выражено.

 Трудоспособность нарушена(имеет группу инвалидности).

 По словам больного, спит хорошо.

 УСТАНОВЛЕНИЕ СИНДРОМОВ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

 На основании опроса больного можно установить, что ведущим синдромом

 в данном случае является параноидно-галлюцинаторный синдром.

 В его структуру входит и синдром Кандинского-Клерамбо, выявляющийся

 у больного.

 Это подтверждается наличием слуховых псевдогаллюцинаций, разнообразных

 бредовых идей (отношения, воздействия, преследования, величия), при

 этом бред носит несистематизированный характер, имеется чувство "откры-

 тости" для окружающих собственных мыслей, ощущение чуждости, "вложеннос-

 ти" собственных мыслей.

 ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

 На основании наличия выделенного выше ведущим параноидно-галлюцинаторного

 синдрома, наблюдения перехода в него в процессе развития заболевания

 бывшего в дебюте паранойяльного синдрома,можно поставить диагноз параноид-

 ной формы шизофрении.

 Учитывая данные опроса больного о том, что полной или близкой к тому ре-

 миссии, даже после проведенного неоднократно лечения вплоть до атропино-

 коматозной и инсулинокоматозной терапии, не отмечалось, от обострения к

 обострению симптоматика нарастала, можно сделать вывод, что здесь имеет

 место непрерывное проградиентное течение.

 Таким образом, окончательный диагноз:

 Параноидная шизофрения. Непрерывное проградиентное течение.

 ЛЕЧЕНИЕ

 Исходя из поставленного диагноза параноидной шизофрении с непрерывным

 проградиентным течением назначено следующее лечение:

 1) Нейролептики с избирательным действием на продуктивную психопатоло-

 гическую симптоматику: галоперидол, триседил, трифтазин

 2) Для купирования экстрапирамидных побочных эффектов нейролептиков

 корректоры: циклодол, прокопан, акинетон

 3) Учитывая депрессивное состояние больного с элементами тревоги, антиде-

 прессанты с седативным эффектом (амитриптиллин, триптизол, эливел)

 4) По выписке следует назначить дюрантные нейролептики (модитен-депо,

 ИМАП, пипортил L4, деканаат галоперидола).

 5) Показано общеукрепляющее лечение (витаминотерапия и пр.), учитывая

 токсическое действие постоянно употребляемых психотропных препаратов.

 ОСНОВЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ

 За время пребывания в стационаре на фоне проводимого лечения нейролепти-

 ками и антидепрессантами у больного сгладилось депрессивное состояние,

 значительно притупилось чувство постоянной беспричинной тревоги, купи-

 ровались суицидальные мысли, однако разнообразные бредовые идеи, синдром

 Кандинского-Клерамбо сохраняются, что еще раз подтверждает непрерывное

 течение заболевания.

 ЭПИКРИЗ

 Больной x, 1940-го года рождения, поступил

 в психиатрическое отделение 2-й горбольницы с жалобами на постоянную

 беспричинную тревогу, подавленное эмоциональное состояние, мысли о

 самоубийстве. Выяснено, что болен с 1973 года. Диагноз: Параноидная

 шизофрения. Непрерывное проградиентное течение. Неоднократно госпитали-

 зировался в психиатрическое отделение 2-й горбольницы с подобными жа-

 лобами. С 1989 года находится на поддерживающем лечении дюрантными

 нейролептиками ("Модитен-депо"). Учитывая диагноз и имеющиеся жалобы,

 больному назначено лечение нейролептиками с идеотропным действием, кор-

 ректорами для купирования экстрапирамидных нарушений, антидепрессантами

 с седативным эффектом.

 В результате проводимого лечения состояния больного улучшилось, что выра-

 зилось в уменьшении депрессии, притуплении чувства тревоги.

 Больной находится в стационаре, лечение продолжается.