## *Паспортная часть*

Ф.И.О.: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*.

Возраст: 57 года (1948год).

Пол: женский

Образование: среднее специальное.

Место работы: инвалид II группы.

Место жительства: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Дата поступления: 5.09.05, доставлена машиной скорой психиатрической помощи, по направлению районного психиатра. Очередная госпитализация.

Диагноз направившего учреждения: Параноидная шизофрения, непрерывное течение.

Диагноз при поступлении: Параноидная шизофрения, непрерывное течение, параноидный синдром.

Клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывное течение, параноидный синдром.

*Анамнез жизни.*

Со слов больной родители и близкие родственники психически здоровы. Наличие среди родственников случаев самоубийств, алкоголиков, наркоманов, больных сифилисом и другими хроническими инфекционными заболеваниями, обменными расстройствами отрицает.

Личный и профессиональный анамнез:

# Родилась в 1948 году от третьей из семи детей, из полной семьи. О состоянии здоровья матери во время беременности и течении родов больная не знает.

 Развивалась без особенностей. Носовые кровотечения, снохождения, ночные страхи, энурез, судорожные явления при высокой температуре отрицает.

 Образование высшее. В течении 29 лет работала заместителем главного бухгалтера, затем без видимой причины уволилась. Была дважды замужем. От первого брака есть дочь.

 В детстве перенёсла частые простудные заболевания. Венерические заболевания отрицает. Часто выпивает, не курит.

*Анамнез заболевания*.

 Первый раз поступила в больницу 1995г. Больная находилась в отделении неврозов. Свое состояние связывает со стрессом – развод со вторым мужем. Через некоторое время уволилась с работы, так как считала, что новый главный бухгалтер к ней плохо относится. С того момента не работает. Находится на иждивении у дочери. Состояние ухудшилось в декабре 1999 года. За 2000 год трижды находилась на лечении в ПБ №2. Ее мучает бессонница. Часто появляется агрессивность и злоба к окружающим. Отмечались суицидальным попыткам. Склонна к бродяжничеству, отказывается от приема поддерживающего лечения. В выходные дни 3.09 и 4.09 находилась под наблюдением дежурного мед. персонала. К контакту не стремилась. Речь не по – существу. Утверждала, что ясновидящая, соскальзывает с темы на тему, сама себе улыбается. В связи с ухудшением состояния была госпитализирована.

*Объективное обследование.*

 Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Среднего питания. ПЖК развита умеренно. Со стороны костно-суставной и мышечной систем без патологии.

*Сердечно-сосудистая система:*

 Жалоб нет. Сосуды шеи не изменены. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастрии нет. При аускультации: тоны сердца ритмичные, приглушенные. Шумы отсутствуют. ЧСС 76 уд. в мин. Пульс 76, одинаковый на правой и левой лучевых артериях, нормального наполнения, напряжения величины и формы. АД 120/80 мм.рт.ст. на обеих руках.

*Состояние эндокринной системы:*

 Жалоб нет. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна.

*Неврологическое состояние:*

 Черепно-мозговая иннервация: зрачки округлой формы, нормальной величины, реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию положительная.

 Движение языка, глотание, фонация, зрение, слух, обоняние, вестибулярные пробы в норме.

 Двигательные функции: движения головы, конечностей и туловища в полном объёме, замедлены. Мышечная сила сохранена, координация движений не нарушена, синергии отсутствуют, пальценосовая и пяточно-коленная пробы без особенностей. Симптом Ромберга отрицательный. Гиперкинезы и судорожные припадки отсутствуют.

 Сухожильные, периостальные и кожные рефлексы: живые, равномерные. Менингиальные симптомы отсутствуют, механическая возбудимость мышц и нервных стволов в пределах нормы. Патологических рефлексов нет.

 Чувствительность: расстройств чувствительности не обнаружено.

 Вегетативные расстройства: не выявлено.

*Психический статус:*

 На момент поступления: 5.09.2005. В сознании, ориентирована всесторонне, правильно. Походка не естественная, движения угловатые, испытующе смотрит на врача, несколько эйфорична, категорична в ответах, не позволяет себя перебивать, злится. Мимика и жестикуляция мало выразительна. Критики нет.

На момент осмотра: 5.09.2005. Контактна, ориентирована в собственной личности, в месте и во времени. Ситуацию, речь и происходящие события понимает. Окружающие предметы узнаёт. Легко устанавливает контакт с больными.

 Восприятие – периодически отмечаются слуховые галлюцинации (вербальные, императивные).

 Память хорошая: прошлый опыт сохранен, запоминание и воспроизведение текущих и недавних событий в норме. Амнезии, диффузные расстройства, конфабуляции, криптомнезии, гипермнезии не выявлены.

 Ассоциативные процессы ускорены. Присутствуют "атаксия" мышления, истощаемость, бессвязность, замедление, соскальзывание, формирование паралогических умозаключений. Отмечается резонерство.

 Патологической продукции мышления – бредовые идеи отношения.

 Больная на предложение к общению реагирует нормально. Во время разговора держится неуверенно. Речь спокойная, с нормальной интонацией. Облик и поза, мимика и жесты без особенностей.

 Настроение неустойчивое, чаще плохое. Эмоциональные реакции неадекватны, маловыразительны. У больной снижение волевой активности – гипобулия.

 Способность к устному счету, обобщение и разделение близких понятий снижены.

*Предварительный диагноз:*

Учитывая социальную дезадаптацию, подострое развитие заболевания, наличие в клинической картине бредовых переживаний, нарастающей аутичности, эмоциональное снижение можно выставить следующий клинический диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно течение.

*Дифференциальный диагноз:*

Из органических психозов интоксикационного генеза состояние больной следует дифференцировать с хроническим вербальным галлюцинозом с бредом, который возникает при алкоголизме.

Элементами сходства с данной патологии у больной являются вербальные слуховые псевдогаллюцинации и бредовые идеи отношения, причем бред тесно связан с галлюцинаторными проявлениями. Кроме того, у больной имеются компоненты астенического синдрома, что также характерно для вербального галлюциноза с бредом.

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 отдифференцировать заболевание больной от реактивных психозов, так как в анамнезе больной имеется указание на существование психотравмирующей ситуации с семье (сложные отношения с мужем).

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.

*Заключительный клинический диагноз:*

 На основании предварительного клинического диагноза и с учетом проведенного дифференциального диагноза можно выставить следующий клинический диагноз: Параноидная шизофрения, непрерывное течение, параноидный синдром. F 20.00.

Лечение:

Аминозин, сенорм, азалептин, трифтазин, циклодол, феназепам.

Прогноз заболевания: неблагоприятный.