**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

Фамилия: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Имя: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Отчество:\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Пол: мужской

Возраст: 34 года (13.06.69)

Домашний адрес: г.Томск

Образование: среднее

Диагноз: Шизофрения.

Клинический диагноз:

Шизофрения (F 20.604) Простая форма. Непрерывное течение. Неполная ремиссия.

Сопутствующие заболевания: синдром алкогольной зависимости II ст.

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

**(со стороны матери)**

1. В течение 5 месяцев находится в состоянии алкогольного опьянения

2. Агрессивность по отношению к окружающим, особенно к матери.

3. Устраивал побои матери с целью получения денег на спиртное, угрожал расправой.

**Анамнез заболевания.**

Со слов больного, впервые был госпитализирован в ТОКПБ в 15-летнем возрасте, т.к. подозревал мать в колдовстве, в результате чего у него болела голова и не мог заснуть в течении нескольких дней (мать обратилась в ТОКПБ). Прошёл лечение. На протяжении 8 лет чувствовал себя хорошо, окончил школу, учился в школе рабочей молодёжи, затем работал на стройке. В 1992 году был госпитализирован, мать вызвала скорую помощь, т.к. пациент находился на протяжении нескольких дней в запое, требовал у неё деньги на спиртное, устраивал побои и угрожал расправой. При госпитализации был выставлен диагноз шизофрении. С 1992 года находиться на II группе инвалидности. В дальнейшем периодически госпитализируется (примерно 1 - 2 раза в год), сроком от 1 до 6 месяцев. Точные причины госпитализаций или события, предшествующие им, больной не сообщает. Алкоголем злоупотребляет, последние 5 месяцев ежедневно находился в алкогольном опьянении. Злоупотребляет циклодолом. На данный момент находиться в больнице 21 раз, госпитализирован по скорой из-за жестокого отношения к матери в течение очередного запоя.

**Анамнез жизни.**

Родился первым и единственным ребенком в семье, от первой беременности. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенных детских инфекций не помнит. В школе хорошо учился. Увлекался чтением приключенческих романов, рисованием. Серьезных конфликтов с окружающими, с родителями не было. Любимым предметом в школе была физика, история, география. В юношестве перенёс ножевое ранение в живот. Отношения со сверстниками ровные, без конфликтов. После школы устроился работать на стройку. В 1982 году уволился со стройки в связи с госпитализацией в ТОКПБ. На протяжении многих лет работал дворником. В последнее время безработный.

Вредные привычки: курит, злоупотербляет алкоголем и циклодолом.

Аллергологический анамнез не отягощен. Хронические очаги инфекции отрицает.

Семейный анамнез: психические заболевания у ближайших родственников отрицает. В данный момент проживает с матерью. Мать по профессии повар, находиться на инвалидности, «у неё парализована половина тела». Отец злоупотреблял алкоголем, умер в 1973г.

**Данные объективного исследования**

Состояние удовлетворительное

Рост: 180 см.

Вес: 83 кг

Телосложение — гиперстеник.

Выражение лица: спокойное

Кожа и видимые слизистые: розовые, чистые, сыпи нет. На передней брюшной стенке шрам от срединной лапаротомии.

Подкожно-жировой слой: выражен умеренно, распределен равномерно, отеков нет.

Лимфатические узлы: не увеличены, подвижные, эластической консистенции, безболезненные.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 78 в 1 мин.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Границы печени в пределах нормы. Симптом «поколачивания» отрицательный.

**Неврологический статус:**

Походка обычная. Тонус мышц нормальный. Движения в полном объёме. В позе Ромберга покачивает. Пальценосовую пробу выполняет уверенно. Рефлексы с рук S=D. Зрачки S=D, реакция на свет вялая. Незначительный тремор рук. Чувствительность интактна. Менингеальных знаков нет.

**Лабораторные исследования.**

OAK: все показатели в пределах нормы.

Б/хАК: все показатели в норме

RW: отрицательно

ОАМ: без патологий

Флюорограмма: без патологий

ЭКГ: без патологий

**Психический статус:**

1.Внешний вид и поведение:

Пациент выглядит аккуратным. Походка обычная, но медленная, он как бы осматривает окружающую его обстановку. Ориентирован полностью. В разговоре активен, на вопросы отвечает охотно, но периодически проявляет беспокойство. Вопросы всегда слушает внимательно. Во время разговора смотрит в неопределённую точку. Часто уходит в себя, не слыша нового вопроса, продолжает отвечать на предыдущий вопрос с ненужными подробностями. Моргает редко.

2.Сфера сознания:

Пациент находится в ясном сознании, ориентирован во времени и пространстве. Контакту полностью доступен, отвечает на все вопросы правильно, ответы развернутые. Фрагментарности мышления не выявлено. Частных признаков синдромов выключения, помрачения сознания не выявлено.

3.Сфера восприятия:

Расстройств восприятия выявить не удалось.

4.Сфера эмоции:

Настроение у пациента уравновешенное, спокойное. Мимика удовлетворительная, голос живой. Дневные колебания настроения отрицает. Суицидальные мысли отрицает. Складывается впечатление, что больной скрывает некоторые свои чувства.

5.Речь больного:

Умеренно быстрая. Повышение двигательной активности совпадало с серией лично-значимых вопросов о матери. Речь внятная. Дикция чёткая.

6.Сфера мышления:

Тип мышления абстрактно-логический. При ответе на поставленный вопрос больной начинает на него отвечать, но постепенно теряет суть вопроса и начинает говорить о другом. Чаще всего разговор переводит на свою личность, анализирует свое состояние, пребывание в больнице, причем описывает все подробности, несущественные детали, которые не относятся к сути дела. К расспросам относиться с подозрением, боится, что информация будет направлена против него и ему добавят таблеток. Хочет как можно скорее выписаться

7.Внимание:

Во время беседы выявлено, что больной легко отвлекается от темы разговора, отмечается постоянное переключение внимания.

8.Память:

Пациент не предъявляет жалоб на память.

Тест:

Телефонная проба: сразу после произношения цифр пациент  
повторяет их в той же последовательности. Спустя 5-10 минут после  
смены темы разговора он вновь повторяет тот же набор цифр в той же  
последовательности.

Проба 10 слов: с первого раза запомнил 5 слов, со второго 6, с  
третьего 7 слов.

9.Интеллект:

Больной учился на 4 и 5. Любимым предметом в школе была физика. Все вопросы понимает быстро, точно. Умеренно ориентируется в политике, в общих вопросах. В свободное время читает мистические газеты, сонники. Не понимает смысл предложенных поговорок. По субъективной оценке складывается впечатление, что уровень интеллектуального развития недостаточный для его возраста.

10. Двигательно-волевая сфера. Инсайт. Свою болезнь не считает страшным недостатком. Считает, что лечение ему не нужно. Постоянно просит врачей его выписать. Говорит что ему в больнице только хуже.

**Квалификация психического статуса.**

Данные исследования психического статуса позволяют выделить в данном клиническом случае следующие симптомы:

**1. Расстройство эмоций**

* эмоциональная сглаженность
* эмоциональная избирательность
* снижена амплитуда эмоциональных проявлений

**2.Двигательно-волевая сфера:**

* гипобулия.

**3.Расстройство сферы мышления :**

*расстройство ассоциативного мышления:*

* шперрунг
* соскальзывание
* резонерство
* амбивалентность мышления

*расстройство мышления по содержанию:*

* бред воздействия

**4.Расстройство внимания:**

* патологическая отвлекаемость.

**5.Снижение интеллекта.**

**Выделены следующие синдромы:**

1.Симплекс- синдром: гипобулия, эмоциональная сглаженность

2.Параноидный синдром бред воздействия.

3.Астенический синдром

4.Синдром интеллектуально-мнестичесих расстройств.

**Диагноз и его обоснование**

На основании жалоб пациента, субъективного и объективного анамнеза развития заболевания, анамнеза жизни пациента, данных исследования психического и неврологического статуса были выявлены следующие признаки:

1. Бред воздействия на тело
2. Шперрунги
3. Негативная симтоматика (сглаженность и неадекватность эмоциональных реакций)
4. Симплекс-синдром

Сочетание вышеперечисленных признаков позволяет поставить диагноз: Шизофрения (F 20.604), простая форма, непрерывное течение, неполная ремиссия.

**Дифференциальный диагноз**

1. Хронические бредовые расстройства ( F 22)

На определенном этапе имеют сходства с шизофренией: бредовые идеи.

Отличия хронических бредовых расстройств :

* Чаще монотипичный бред
* Расстройство восприятия в виде галлюцинаций
* Вне бредовой фабулы сохраняется критика к своему поведению и  
  нормальная ориентация в окружающем.
* Наиболее типичными являются бред ревности, эротический, бред  
  изобретательства и др.
* Нет расщепления личности.
* Нет апатоабулического синдрома

2. Другое заболевание с которым можно сравнить шизофрению это  
органический галлюциноз.

Отличия органического галлюциноза от шизофрении:

* Чаще развивается после органического поражения ЦНС,  
  присутствует органическая симптоматика.
* Бредовые расстройства монотипичны и стереотипны
* Сопровождается значительным снижением интеллекта.

3. Наличие в клинической картине бредовой симптоматики,  
 тревоги, страха дает возможность предположить наличие у  
пациента реактивного психоза.

Но для реактивных психозов в отличии от шизофрении характерно :

* наличие в анамнезе психотравмы , которая хронологически связала бы  
  эти события.
* нет психологически понятной связи между содержанием психотравмы  
  и содержанием реактивных расстройств.
* при исчезновении психотравмирующей ситуации реактивный психоз  
  редуцирует

Все вышеперечисленное не характерно для данного пациента.

4. Также необходимо провести дифференциальную диагностику с  
тревожными расстройствами личности. Для данного заболевания  
характерно следующее:

* выраженность патологических черт характера, то есть такая степень психических расстройств, которая может приводить к социальной дезадаптации
* тотальность характерологических расстройств, т.е. расстройство  
  захватывающее весь психический склад
* стабильность патологических черт характера, т.е процесс начинается в детстве , а сформировавшийся склад личности сохраняется на всю жизнь. Состояние данного больного не подходит под вышеописанные критерии.

**Лечение**

1. Галоперидол- по 2 таблетке 2 раза в день.

Нейролептик избирательного действия, обладающий способностью устранять бредовые и галлюцинаторные расстройства.

2. Мажептил- начинают с 1 таблетки с увеличением до 50-60 мг/сут в  
3-4 приема. При достижении терапевтического эффекта дозу начинают плавно снижать.

Нейролептик общего действия обладает самым сильным антипсихотическим эффектом. Назначен с учетом преобладания на данном этапе болезни симплекс-синдрома.

3. Циклодол- по 1 таблетке после еды. Для купирования побочных явлений мажептила

4. При патологическом возбуждении (повторном) назначить нейролептики: аминазин, кордиамин, димедрол -потенцирует действие нейролептика.

5. Феназепам по 1 таблетке на ночь. Транквилизатор, оказывающий успокаивающее, противотревожное действие.

6. Витаминотерапия- витамины группы В, С

**Экспертиза**

**Военная экспертиза :** данный пациент признается негодным для военной службы даже в случае полной ремиссии заболевания.

**Судебно-психиатрическая экспертиза:** в случае совершения преступления пациента признают вменяемым во время полной ремиссии заболевания. Если же преступление совершено в период обострения или неполной ремиссии, то больной по решению суда признается невменяемым и отправляется на принудительное лечение в ТОКПБ под строгим наблюдением. Отмена принудительного лечения также должна быть согласована с психиатрами и судом.

**Трудовая экспертиза:** больному должна быть оформлена инвалидность 2 группы. На данный момент способность к самообслуживанию сохранена, явного снижения интеллекта нет.

**Прогноз краткосрочный**

С помощью терапии, проведенной в стационаре, можно добиться ремиссии, возвращение к доболезненному состоянию не представляется возможным, поскольку отмечается тенденция к нарастанию негативной симптоматики, снижению амплитуды эмоций, критики к своему состоянию нет.

**Прогноз долгосрочный**

Неблагоприятный:

* ранний возраст начала заболевания
* нарастающее нарушение препятствуют социальной адаптации  
  пациента.
* болен более 15 лет.

Показано дальнейшее лечение в стационаре.

**Список использованной литературы.**

1. «Практикум по психиатрии» учебно-методическое пособие, Томск 2000 г.
2. М.В. Коркина «Психиатрия» Москва, Медицина 1995
3. Лекционный материал 2004 г.
4. Машковский «Лекарственные средства» 2002 г.