**Коми филиал Кировской государственной**

**медицинской академии.**

**Кафедра неврологии и психиатрии.**

**Заведующий кафедрой: Пенина Г.О.**

**Курс психиатрии.**

**Преподаватель: Коротаева Ж. Е.**

**История болезни**

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

Возраст: 47 лет.

Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Эмоционально-волевой дефект.

**Куратор: Коюшев С. В.**

**607 группа.**

**Сыктывкар, 2007.**

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.**

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

Возраст: 47 лет.

Адрес:

Социальный статус: инвалид 2 группы.

Дата поступления: 21.10.07 в РПБ.

**ЖАЛОБЫ.**

 При поступлении предъявляла жалобы на тревогу, беспокойство, снижение настроения, потеря интереса к окружающим, отсутствие лекарств.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

 На учете у психиатра состоит с 1977 года с диагнозом: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Эмоционально-волевой дефект. Является инвалидом 2 группы бессрочно. Госпитализации частые, данная госпитализация 50-я, последняя была 2 недели назад. После выписки чувствовала себя хорошо, нянчилась с внучкой, принимала поддерживающую терапию (Сонапакс, Азалептин). Ухудшение состояния связывает с тем, что в аптечной сети отсутствуют необходимые ей лекарства.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.**

 Родилась в с. Айкино. Окончила среднюю школу. Занималась спортом (лыжи).

В настоящее время проживает в с. Айкино. Жилищные условия удовлетворительные, питание полноценное. Имеет 1 ребёнка.

Перенесённые ранее заболевания : В 16 лет болела менингитом (со слов пациентки).

Туберкулёз отрицает.

Вирусным гепатитом не болела. ЗППП отрицает.

Гемотрансфузий не было.

Аллергоанамнез спокойный.

Наследственный анамнез отягощён: отец и брат болели шизофренией.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными, беспорядочные половые связи отрицает.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.**

**Общий осмотр**:

Общее состояние: удовлетворительное

Положение: активное

Телосложение: правильное.

Походка: без особенностей

Кожные покровы физиологической окраски, сыпи нет. Голова и шея без особенностей.

Кости: форма черепа – без особенностей, соотношение частей скелета - пропорционально, видимые деформации – отсутствуют.

#### **По органам**: без особенностей.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ.**

 Сознание не помрачено. В месте и времени ориентировка сохранена. Контакт носит не совсем продуктивный характер. Настроение изменчиво (периодически на лице неадекватная улыбка, тут же начинает плакать, успокаивается самостоятельно). Мышление нарушено по целенаправленности (соскальзывание с вопросов), паралогичное. Высказывает отрывочные бредовые идеи отношения (люди постоянно обсуждают её, плохо относятся к ней). Память, интеллект грубо не страдают. Значительно выражен эмоционально-волевой дефект. Присутствуют явления госпитализма. Критика к состоянию носит формальный характер.

 Пациентке в доступной форме разъяснен характер имеющихся расстройств, методы и сроки обследования и лечения, с чем она согласилась.

 Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Эмоционально-волевой дефект.

 В плане: Общеклинические анализы. Консультации специалистов (терапевта, гинеколога).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

1. Общий анализ крови: без особенностей.
2. Общий анализ мочи: без особенностей.
3. Кровь на RW- отрицат.
4. ЭКГ: Ритм синусный. Косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.
5. Консультация терапевта: без патологии.
6. Консультация гинеколога: без патологии.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

 Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Эмоционально-волевой дефект.

 Данный диагноз был выставлен на основании данных жалоб и психического статуса, свидетельствующих о наличии у больной параноидного синдрома (бред отношения), нарушений в эмоциональной сфере (снижение эмоциональной активности, неадекватность эмоциональных реакций), нарушений в сфере мышления (соскальзывание, соскальзывающие ассоциации), расстройство поведения (признаки аутизма). Непрерывно-прогредиентное течение, т.к. у пациентки многократные госпитализации, неполные ремиссии в течении заболевания, прогрессирование заболевания.

**ДИФФЕРНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

 Шизофрения отличается большим спектром клинических проявлений, и в ряде случаев её диагностика представляет большие трудности. Дифференциально-диагностическую оценку шизофрении приходится проводить главным образом в трех направлениях: отграничивать от органических заболеваний (травм, интоксикаций, инфекций, атрофических процессов, опухолей), аффективных психозов (МДП) и от функциональных психогенных расстройств (неврозов, психопатий и реактивных состояний).

 Экзогенные психозы начинаются в связи с определёнными вредностями (интоксикации, инфекции и т. д.), тогда как у данной больной в анамнезе указания на какие-либо из этих факторов отсутствуют.

 Дефект личности при органической патологии существенно отличается от шизофренического. При органическом дефекте отмечается ранняя утрата способностей, ослабление памяти, ухудшение понимания, недержание аффектов. У данной же больной имеющиеся способности в общем сохранны, память не нарушена.

 При аффективных психозах изменения личности не развиваются даже при длительном течении заболевания, а у данной больной отмечается выраженное изменение личности.

 В отличие от шизофрении при шизотипических расстройствах отсутствуют выраженные расстройства психотического уровня (бред). У данной больной это присутствует.

 Неврозы в отличие от шизофрении непрогрессируют и возникают при длительно существующих внутриличностных конфликтах. Психотравмирующая ситуация при неврозах является условием декомпенсации личностных черт, изначально характерных для пациента, в то время как при шизофрении наблюдается видоизменение исходных черт личности.

**ЛЕЧЕНИЕ.**

1. Госпитализация в психиатрический стационар.
2. Диета № 15.
3. Медикаментозная терапия.
	* Учитывая преобладание в клинике у данной больной бредовых проявлений, целесообразно назначить нейролептики:

Rp.: Azaleptini 0,025 N100

D.S. Внутрь,после приема пищи, запивая небольшим количесвом воды. В начале назначаем 25-50-100 мг, разделенных на 2 приема, затем дозу постепенно увеличиваем на 25 мг в день до

300-400 мг/сут в два приёма, При отмене препарата следует постепенно снижать дозу в течение 1-2 нед. Для поддерживающей терапии достаточны дозы препарата, составляющие 25 мг/сут. (принимают обычно на ночь).

* С целью профилактики нейролептического синдрома:

Rp.: Tab. Cyclodoli 0,002 N 100

D.S. Внутрь. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

 ─ Так же необходимы антипсихотические средства для улучшения эмоциональ ного состояния:

 Rp.: Dragee Sonapax 0,025 N100

 D.S. Внутрь. В начале лечения по 1 таб.3 раза в день, повышаем дозу препарата в течении недели до 2 таб. 3 раза в день. Поддерживающая суточная доза 75 мг однократно перед сном. Препарат следует отменять постепенно.

**Прогноз.**

в отношении выздоровления и трудоспособности неблагориятный ( раннее начало заболевания, длительное непрерывно-прогредиентное течение )

**ЭПИКРИЗ.**

 Больная, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 47 лет, находится на лечении в КРПБ с 21.10.07, с диагнозом:

 Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Эмоционально-волевой дефект.

 Является инвалидом 2 группы бессрочно. Предыдущая госпитализация две недели назад. После выписки чувствовала себя хорошо, нянчилась с внучкой. На учете у психиатра состоит с 1977 года. Данная госпитализация 50 по счёту. Поступила с жалобами на тревогу, беспокойство, снижение настроения, потеря интереса к окружающим, отсутствие лекарств.

 В анамнезе жизни отягощенная наследственность.

 Соматический и неврологический статус без патологии.

 Психический статус:

 Сознание не помрачено. В месте и времени ориентировка сохранена. Контакт носит не совсем продуктивный характер. Настроение изменчиво (периодически на лице неадекватная улыбка, тут же начинает плакать, успокаивается самостоятельно). Мышление нарушено по целенаправленности (соскальзывание с вопросов), паралогичное. Высказывает отрывочные бредовые идеи отношения (люди постоянно обсуждают её, плохо относятся к ней). Память, интеллект грубо не страдают. Значительно выражен эмоционально-волевой дефект. Присутствуют явления госпитализма. Критика к состоянию носит формальный характер.

 Проведено обследование:

1. Общий анализ крови: без особенностей.
2. Общий анализ мочи: без особенностей.
3. Кровь на RW- отрицат.
4. ЭКГ: Ритм синусный. Косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.
5. Консультация терапевта: без патологии.
6. Консультация гинеколога: без патологии.

 Назначено лечение:

1. Госпитализация в психиатрический стационар.
2. Диета № 15.
3. Медикаментозная терапия.
	* Учитывая преобладание в клинике у данной больной бредовых проявлений, целесообразно назначить нейролептики:

Rp.: Azaleptini 0,025 N100

D.S. Внутрь,после приема пищи, запивая небольшим количесвом воды. В начале назначаем 25-50-100 мг, разделенных на 2 приема, затем дозу постепенно увеличиваем на 25 мг в день до

300-400 мг/сут в два приёма, При отмене препарата следует постепенно снижать дозу в течение 1-2 нед. Для поддерживающей терапии достаточны дозы препарата, составляющие 25 мг/сут. (принимают обычно на ночь).

* С целью профилактики нейролептического синдрома:

Rp.: Tab. Cyclodoli 0,002 N 100

D.S. Внутрь. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

 ─ Так же необходимы антипсихотические средства для улучшения эмоциональ- ного состояния:

 Rp.: Dragee Sonapax 0,025 N100

 D.S. Внутрь. В начале лечения по 1 таб.3 раза в день, повышаем дозу препарата в течении недели до 2 таб. 3 раза в день. Поддерживающая суточная доза 75 мг однократно перед сном. Препарат следует отменять постепенно.

 Подпись: