**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

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

2. Пол: мужской

3. Год рождения - 1946г.

4. Домашний адрес: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

5. Место работы, профессия: не работает.

6. Дата госпитализации: 11.11.05.

7. Диагноз направившего учреждения: аффективно-бредовое расстройство

8. Диагноз при поступлении: аффективно-бредовое расстройство

9. Клинический диагноз: Шизофрения, параноидная форма, приступообразное течение

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Наследственность отягощена- болеет брат. Родился в \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* от второй беременности, всего детей двое.

Из детских инфекций перенес ОРВИ, ангины.

Развивался соответственно возрасту, гармонично. В школу пошел в 7 лет, успеваемость средняя. Окончил 10 классов средней школы. Учился в \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*. Дважды женат, есть дети. С 2003 года проживает один.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, сахарный диабет отрицает. Употребление алкоголя умеренное.

Аллергологический анамнез не отягощен.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Болен с 1966 года. Неоднократно лечился амбулаторно. Последняя госпитализация 6.09.02. Поддерживающее лечение принимал регулярно. Ухудшилось состояние с 30.10.05, 11.11.05 был доставлен машиной скорой помощи в ГПБ. Больной высказывал бредовые идеи величия. Был госпитализирован в связи с ухудшением состояния.

## ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активно. Телосложение нормостеническое.

Температура тела 36,6оС. Рост 170см. Масса тела - 76 кг.

Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Оволосение по мужскому типу. Ногтевые пластинки пальцев кистей без патологических изменений. Кожа эластична, тургор в норме.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет.

Лимфотические узлы не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы умеренное. Атрофий, гипертрофий мышечного аппарата, уплотнений в толще мышц не выявлено. Тонус мышц верхних конечностей в норме.

При исследовании костей (череп, грудная клетка, позвоночник, таз, конечности) утолщений, деформаций не выявлено. Болезненность при пальпации, перкуссии и нагрузке по оси не возникает.

Суставы нормальной конфигурации, кожные покровы над ними бледной окраски. Соотношение суставных концов правильное. Пальпации над областью суставов безболезненна. Движения в суставах (активные и пассивные) в полном объеме, безболезненны.

Щитовидная железа не визуализируется, не видна при глотании, не пальпируется.

## ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Надчревный угол 90 Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Ход ребер под 45.Межрёберные промежутки не расширены. Ширина межрёберных промежутков 1.5 см. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Дыхание через нос свободное, ровное, нормальной глубины, ритмичное. Частота дыхательных движений -- 18 раз в минуту. Тип дыхания-брюшной.

Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных участках.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки.

При топографической – высота стояния верхушек легких и слева, и справа спереди выступает над ключицей на 4 см, сзади лежи на 4 см латеральнее остистого отростка 7-го шейного позвонка; ширина полей Кренига и справа и слева равна 5-ти см; нижние границы легких по топографическим линиям следующие –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Справа |  | Слева |
| 5-е ребро | Linea parasternalis | - |
| 6-е | L. medioclav. | - |
| 7-е | L. axil. ant. | 7-е |
| 8-е | L. axil. med. | 8-е |
| 9-е | L. axil. post. | 9-е |
| 10-е | L. scapul. | 10-е |
| Остистый отросток 7-го шейного позвонка | L. paravert. | Остистый отросток 7-го шейного позвонка |

подвижность нижнего края легких

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| На вдохе | | | На выдохе | | | Суммарная | | |
| Справа | - | Слева | Справа | - | Слева | Справа | - | Слева |
| 3 | L. medioclav. | - | 3 | L. medioclav. | - | 6 | L. medioclav. | - |
| 2 | L. axil. med. | 2 | 2 | L. axil. med. | 2 | 4 | L. axil. med. | 4 |
| 3 | L. scapul. | 3 | 3 | L. scapul. | 3 | 6 | L. scapul. | 6 |

Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. Бронхофония над симметричными участками с обоих сторон проводится одинаково слабо.

### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Выпячивания, видимой пульсации в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пульс симметричный, частотой 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 1,5 см латеральнее левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

Границы относительной сердечной тупости:  
Правая - в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.  
Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. Parasternalis sinistrae  
Левая - в 5-м межреберье на 3 см левее среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:  
Правая - по левому краю грудины.

Верхняя - на уровне 4-го ребра.

Левая - на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

Аускультативно во всех точках выслушиваются ясные ,ритмичные тоны. Частота сердечных сокращений 78 удара в минуту. Шумов нет. Шум трения перикарда не выслушивается.

Артериальное давление 130/80 мм рт.ст. на левой руке, а на правой 130/80 мм.рт.ст.

Подкожные вены нижних конечностей не изменены, при пальпации уплотнений, болезненности нет.

Пульсация на общих сонных, височных, плечевых артериях, брюшной аорте сохранена.

При аускультации сонных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявляются.

Пульсация на правой бедренной, правой подколенной, правой и левой задних большеберцовых, правой дорсальной артерии стопы не определяется.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Осмотр ротовой полости: язык обычной формы и величины, влажный, чистый. Трещин и язв на языке нет. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Живот обычной формы, симметричный с обеих сторон, в акте дыхания участвует. Расширения подкожных вен нет. Рубцов нет.

Пальпаторно:

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.Грыжевых выпячиваний, диастаза прямых мышц живота нет. Болезненность в точках Боаса, Опенховского, Гебста и в зоне Шоффара отсутствует. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского отрицательные.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка, не урчащая, диаметром 2 см. Слепая кишка, аппендикс, поперечно-ободочная кишка, конечный отдел тонкой кишки не пальпируются. Привратник, малая и большая кривизны желкдка не пальпируются. Нижняя граница желудка на 4 см выше пупка. Поджелудочная железа не пальпируется.

Перкуторно:

При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультативно:

Перистальтика кишечника умеренная, шум плеска не определяется, шума трения брюшины нет.

Видимого увеличения области печени и пульсации не наблюдается.

Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Край плотный округлой формы, ровный болезненности нет. Размеры печени по Курлову:

1-й вертикальный - 9см;

2-й вертикальный - 8см;

косой - 7см.

Селезенка в левом подреберье не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии слева.

## МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Визуально поясничная область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**.

Щитовидная железа не пальпируется.Симптомы Мебиуса, Штельвага, Кохера, Греффе отрицательные. Экзофтальма, тремора рук и отека лица нет.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Со стороны других желез изменений нет.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.**

Неврологический статус: без грубых знаков очагового поражения ЦНС

Ориентация в пространстве правильная. Контакт с больным формален. Поза Ромберга устойчивая. Координация движений правильная.

Зрачки одинаковые, реагируют на свет. Рефлексы Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Брудзинского не определяются.

Зрения, слух и обоняние- в норме. Болевая и температурная чувствительность сохранена. Болезненности по ходу тройничного нерва нет. Регидности мышц затылка нет.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Контакт с больным формален. Критики нет. Больной ориентирован в пространстве и во времени. Самостоятельно ведет беседу, речь фразовая, обычного темпа и звука.

Ситуацию, речь и происходящие события понимает. Окружающие предметы узнаёт. Легко устанавливает контакт с больными.

Восприятие: Гипер- и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больной также не предъявлял. Галлюцинаций нет. 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 – больной высказывал бредовые идеи величия. Со слов больного он лучший друг Лукашенко, пытался звонить министру здравоохранения, угрожал увольнением медицинскому персоналу. Говорил, что спасает народ в РБ и в России, может свободно звонить всем президентам.

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

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

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Aнализ крови RW 16.11.05: отрицательный.

ФГК№ 3989 от 27.11.05 легкие и сердце в норме.

Биохимический анализ крови 15.11.05:

билирубин общий-15,45 мкмоль/л

билирубин связанный- отрицательный

глюкоза- 5,29 ммоль/л

АЛТ-0,26 мкмоль/л

АСТ-0,2 мкмоль/л

Тимоловая проба-0,71 ед

Общий анализ крови 15.11.05:

Эритроциты 4,26\*1012 / л.

Гемоглобин- 141 г./л.

ЦП-1,0

Тромбоциты-226 \*109/л

Лейкоциты 11,8\*109/л. ПТИ – 0,69% Эозинофилы - 5%,

Палочкоядерные - 2%,

Сегментоядерные -44%,

Лимфоциты -45%,

моноциты – 4%.

СОЭ – 5 мм./ч

15.11.05 Общий анализ мочи.

Количество-100,0 гр

Цвет – с./ж..

Реакция кислая,

прозрачность- прозрачная.

Плотность 1018.

Белок- отрицательный

сахар – отрицательный

Лейкоциты 2 – 3 в поле зрения.

Эритроциты 1 – 3 в поле зрения.

Соли ураты

слизь ++ .

Эпителий плоский полиморфный 2-3 в поле зрения.

Анализ кала 15.11.05: яйца глист не обнаружено

Контроль АД:

7.11.

10.00-125/75

16.00-135/95

22.00-125/75

8.11.

10.00-120/80

16.00-130/90

22.00-130/85

9.11.

10.00-125/80

16.00-130/90

22.00-130/80

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании диагноза предыдущей госпитализации, согласно критериям МКБ – 10, преобладания симптомов (бредовые идеи величия,

эмоционально – волевое оскуднение) можно выставить диагноз-Шизофрения, параноидная форма, приступообразное течение (F20.0)

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Приступообразно протекающую шизофрению необходимо дифференцировать от симптоматических и в первую очередь протрагированных (промежуточных) эндоформных симптоматических психозов. Вопросы дифференциации в этом случае крайне сложны в связи с тем, что в последние годы возникновение эндоформных симптоматических психозов стало казуистикой. Их следует отличать от эндогенных психозов, провоцированных различными видами экзогений. Наличие в структуре эндоформного психоза астении, слабодушия, эпизодов острых симптоматических психозов в вечернее и ночное время, а также известная конкретность бредовых построений не могут расцениваться как их абсолютные признаки, ибо существует точка зрения о возможности видоизменения структуры психопатологического синдрома при соматическом заболевании у больных эндогенными психозами.

В частности, шизофрению необходимо дифференцировать от реактивных психозов. Реактивный психоз развивается, как правило, после психогенной травмирующей ситуации, и содержание психопатологической симптоматики при этом психозе отражает особенности перенесённой психотравмы. Реактивный психоз не приводит к эмоционально-волевому оскуднению личности и обычно успешно излечивается.

Маниакально-депресивный психоз отличается от шизофрении строгой периодичностью теченияи сменяемостью фаз (депрессии, маниакальных состояний). При маниакально-депресивном психозе никогда не наблюдается деградации личности, а приступы в период развития не содержат психопатологической симптоматики, присущей шизофрении (истинные и ложные галлюцинации, синдром Кандинского – Клерамбо и др.)

Клиника шизофрении может быть сходна с таковой эпилептических психозов. Однако наличие при психозах судорожных припадков в анамнезе, пароксизмальность развития, напряжённость аффекта и изменения личности по эпилептическому типу позволяют разграничить эти два заболевания.

Отграничение шизофрении от олигофрении основывается главным образом на данных динамического наблюдения. В условиях последнего обнаруживается свойственная шизофреническому процессу прогредиентность. При этом учитываются и данные анамнеза. Особое внимание следует обращать на олигофреноподобные состояния или структуру дефекта, возникшие вследствие рано начавшегося деструктивного эндогенного процесса Другим не менее важным критерием дифференциации служит то, что олигофрения в разной степени выраженности проявляется в недоразвитии всей психики, включая функции интеллекта. Она отличается от приобретенного слабоумия (деменции) с распадом всей психической деятельности. Олигофрении, кроме того, могут быть определены по этиологии — наследственные (включая хромосомные), экзогенно обусловленные, наследственно-экзогенного типа. Динамика олигофрении носит непрогредиентный, т. е. стационарный характер, что отличает ее от выраженной динамики шизофренического дефекта, определяемой степенью прогредиентности болезненного процесса.

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании предварительного клинического диагноза и с учетом проведенного дифференциального диагноза можно выставить следующий клинический диагноз:Шизофрения, параноидная форма, приступообразное течение (F20.0)

**ЛЕЧЕНИЕ**

Режим: ограниченный

Диета: №15

Медикаментозная терапия:

Рекомендуется лечение нейролептиками с преимущественно тормозным эффектом в быстро нарастающих дозировках: аминазин – 250-400 мг/сут, тизерцин – 250-400 мг/сут и др. Параллельно назначаются нейролептики с антипсихотическим действием: галоперидол – 15-20 мг/сут, триседил – 2-5 мг/сут, трифтазин – 40-60 мг/сут и др. Показаны также и другие психотропные средства, в том числе и препараты пролонгированного действия. В комплекс входят также корректоры: циклодол, артан, паркопан, ромпаркин, норакин и др.

Нередко в процессе длительного лечения у больных шизофренией обнаруживается резистентность патологического процесса к проводимой терапии. Болезнь принимает длительное хроническое течение без тенденции к ремитированию. Для преодоления терапевтической резистентности показано:

* внутривенное или внутримышечное введение мелипрамина до временного обострения симптоматики
* введение маннитола, мочевины, лидазы, гемодеза, диуретических средств (фуросемида, верошпирона)
* введение иммунодепрессантов (циклофосфамида)
* введение препаратов из группы ноотропов (аминалон, ноотропил, энцефабол)

После достижения терапевтического эффекта необходимо продолжать лечение, направленное на предотвращение рецидивов. Назначаются психотропные средства, лучше пролонгированного действия (мотиден-депо, флушпирилен).

**ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Для трудовой деятельности-неблагоприятный.

Социально-бытовой-благоприятный.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Кирпиченко А.А «Психиатрия», Минск, 1996.

2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. «Психиатрия», Минск, 1995.

3. Евсегнеев Р.А. «Психиатрия для врача общей практики», Минск, «Беларусь» 2001.

4. Международная Классификация Болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Россия, Санкт-Петербург, 1994.

5. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. – М.:Медицина, 1999.