**Паспортные данные.**

**1.Ф.И.О.**

**2.Пол.**

мужской.

**3.Возраст.**

17 лет.

**4.Профессия, место работы.**

безработный

**5.Место постоянного жительства:**

**6. ДЗ при поступлении:**

галлюцинаторно-параноидный синдром.

**Жалобы:**

Не предъявляет. Поступил по настоянию матери.

# **Anamnesis vitae:**

Состав семьи не полный. В семье двое детей. Мать работает уборщицей. Отец оставил семью 10 лет назад. Возраст матери в момент рождения больного 35 лет. Отношения в семье «холодные».

Наследственность отягощена алкоголизмом бабушки по линии отца.

Родился вторым из двух детей. Беременность матери протекала с гестозом 2 – ой половины. Предыдущие роды протекали без патологии. Здоровье первого ребёнка можно охарактеризовать как хорошее.

Роды в срок. Родился доношенным ребёнком. Родоразрешение естественным путём, без применения пособий. Вес 3500 г рост 52 см.

Вскармливание искусственное, внешность ребёнка обыкновенная, в раннем детстве болел простой диспепсией, которая при нормализации питания педиатром быстро прошла. Раннее физическое и психическое развитие с некоторым отставанием от сверстников: самостоятельно сидеть начал в 1 год, ходить начал в 1 год 3 мес., первые слова в 1 год и 2 мес., фразовая речь к 3 годам. Навыки опрятности, приёма пищи усваивал с трудом. В раннем детстве играть любил, но в одиночестве.

Дома был послушным ребёнком. В детском коллективе не имел друзей, больше любил одиночество и самостоятельные игры. Воспитывался в условиях гипоопеки. В дошкольные годы страдал энурезом. По характеру рос замкнутым, эмоционально холодным ребёнком, трудно устанавливал контакты.

В школу пошёл в 7 лет. Учился слабо, без интереса. Из класса в класс переводился автоматически. В школе в общественной работе не участвовал, с учителями общался грубо, с близкими холодно и безразлично. Мать рассказывает только то что ей известно от учителей и одноклассников, сам он никогда ничем не делился. Окончил 8 классов общеобразовательной школы. В настоящее время нигде не учится и не работает. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные: частный 3-х комнатный дом, где жили мать, бабушка и старший брат.

В детстве часто болел простудными заболеваниями. Из детских инфекций отмечает ветряную оспу. Черепно – мозговые травмы, туберкулёз, вирусный гепатит, вен. заболевания отрицает.

Страдает наркоманией с 1996 года, курит.

**Anamnesis morbi.**

В январе 1998 года застрял в лифте и пробыл там 8 часов, очень испугался, кричал, затем был избит и доставлен к родственникам. Стал замкнутым, испытывал страхи, особенно ночью, куда-то стремился, как будто бы кто-то звал. Появился страх перед людьми и новой обстановкой, боялся выйти на улицу, ему казалось, что все на него смотрят, и что-то плохое про него думают, смеются над ним. Был погружён в себя, монотонен, сам с собой разговаривал. Подолгу сидел в своей комнате и не с кем не хотел разговаривать, отказывался от еды. Иногда, по словам матери, сидел один и как будто к чему-то прислушивался. Когда общался с матерью, то она не всегда его понимала, так как он постоянно перескакивал с одной мысли на другую, говорил путано и не понятно. Мать связывает появление всех этих симптомов не только с тем, что он застрял в лифте и его избили, но и с приёмом наркотиков, которые принимает с 1996 года, вводит внутривенно, какие она не знает. Позже признался матери, что слышит голоса комментирующего характера, которые говорят ему «какой ногой ему лучше наступить, что сейчас лучше сделать или сказать и т.д.». Матери то говорил, что безгранично её любит и, что спасёт её, она сама не поняла от чего, то ненавидел её, презирал. Когда узнал, что направляется в больницу, то стал говорить, что «врачи это белые ангелы и что они хорошие; ещё что внутри него живут две змеи одна добро, другая зло». Настоящая госпитализация связана с настояниями матери, которая опасается за состояние сына, и за себя, так как он то ни с кем не общается, то может угрожать матери, то наоборот стремится её защитить и выразить свою любовь к ней.

**Объективный анамнез.**

**Общий осмотр:**

Органы дыхания, сердечно-сосудистая система, пищеварительная система, мочеполовые органы, эндокринная система, нервная система без патологии. Со слов матери больной соматическими заболеваниями не страдает, жалоб не предъявляет.

**Состояние больного при поступлении в больницу.**

Ориентировка сохранена. Контакту доступен формально. Суетлив, непоседлив, дурашлив. Жалоб не предъявляет. Высказывает бредовые идеи преследования, а именно отношения. Испытывает слуховые псевдогаллюцинации комментирующего характера, висцеральные галлюцинации - ощущает присутствие в теле чего -то постороннего «у меня в животе живут две змеи». Агрессивных, суицидальных тенденций не обнаруживает. Мышление резонёрское, аморфное, с элементами разорванности. Эмоционально туп, амбивалентен. Критики к своему состоянию нет.

**Течение заболевания до момента осмотра. Лечение.**

Контакту трудно доступен. Отмечаются трудности адаптации в отделении. Время проводит в пределах палаты, суетлив, неусидчив, постоянно конфликтует с мед. персоналом, другими больными. В процессе лечения поведение стало более адекватным, в меньшей степени выражена импульсивность. Режиму отделения подчиняется формально. Суицидальные мысли отрицает.

Получал следующее лечение:

* Раствор галоперидола 0,5% - 1 мл в/м х 2 раза в день
* Трифтазин 0,005 по 1 таблетке х 3 раза в день
* Азалептин по 1 таблетке на ночь
* Циклодол по 1 таблетке х 3 раза в день

**Психическое состояние.**

Речевому контакту доступен формально. Держится спокойно несколько развязано. Общителен. Во время беседы постоянно меняет позу, суетлив, беспокоен. Выражение лица взволнованное. Во время речи выразительная жестикуляция. Темп речи быстрый, в виде монолога. Запас слов небольшой. Культура речи низкая. На вопросы почти всегда отвечает не по существу.

Ориентирован в месте, времени, собственной личности полностью. Критика к своему состоянию отсутствует. Сознание ясное.

Испытывает слуховые псевдогаллюцинации комментирующего и императивного характера «мужские голоса в голове рассказывают о том, что со мной происходит, что мне делать», атакже висцеральные галлюцинации - ощущает присутствие в теле чего - то постороннего «у меня в животе живут две змеи одна добро другая зло». Так же утверждает, что у него две души «одна прямая, другая обратная, для того, что бы разговаривать». Голосам всегда подчиняется, не может их осушаться. Говорит, что голоса и две, живущие в нём змеи ему мешают жить, он хотел бы от них избавиться.

События прошлого воспроизводит точно. Помнит свою дату рождения; матери, брата помнит числа и месяца дней рождения, а года нет. Новую информацию воспринимает правильно, но способность удерживать эту новую информацию снижена, а воспроизводит полученную информацию с пробелами, то что помнит вспоминает с трудом и неточно. При назывании 7 цифр, сразу повторил их правильно, а через 1 минуту, не мог вспомнить 1 цифру. Врача своего помнит, а курирующих его студентов, уже на следующий день не помнит. Из чего можно сделать вывод, что у больного гипоамнезия. Симптомов «уже виденного», «никогда не виденного» не наблюдалось.

Внимание неустойчивое, легко рассеиваемое, повышенная отвлекаемость, быстро истощается, объём сужен, наблюдается уменьшение глубины внимания, имеется нарушение направленности внимания.

При предъявлении 4-х картинок (с тремя предметами относящимися к шитью и ручкой) для выделения лишней выбрал 2 предмета для шитья и ручку, а лишней оказалась швейная машинка. Объяснил так, что те три предмета можно сложить в карман, а машинку нет. Эмоции прямо влияют на суждения. При положительных эмоциях суждения имеют оптимистичный характер, благожелательные, а при отрицательных наоборот. Мышление разноплановое, аморфное, паралогичное, по темпу ускоренное, с элементами разорванности, резонёрства. Охвачен бредовыми идеями отношения, кажется, что все на него смотрят, обращают на него внимание и что-то плохое про него думают, смеются над ним. Говорит о своих болезненных переживаниях активно.

Фон настроения снижен. Эмоционально уплощён, холоден, но имеет склонность к вспышкам аффектам высокой степени, возникновение их непредсказуемое, направлены в основном на мать. Потом объяснить своё поведение не может, а напротив показывает свою безграничную любовь к матери. Нередко бывает депрессия, необъяснимая тревога, апатия, слабодушие. Амбивалентен, проявляет неадекватные эмоции, иногда появляется страх перед чужими людьми, боится выйти на улицу.

Нерешительный, не энергичный, нет уверенности в себе, уступчивый, легко внушаемый. Совершает навязчивые действия, всё время поправляет волосы. Пассивный негативизм.

Интеллект не высокий, соответствует полученному образованию.

Двигательно расторможен, до суетливости. В отделении назойлив, навязчив, к мед. персоналу и больным. Режиму подчиняется формально, тяготится пребыванием в стационаре. Требует к себе особого внимания. Психически больным себя не считает. Лекарство принимает.

Критики к своему состоянию нет.

**Неврологический статус**

Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Расстройств координации движений, речи, почерка нет. Вегетативная нервная система без патологии.

**Соматический статус**

Невысокого роста, гипостенического телосложения. Кожа и видимые слизистые чистые. Патологии со стороны дыхательной и сердечно - сосудистой систем не наблюдается. Физиологические отправления в норме. Аппетит достаточный.

## Результаты лабораторных и

**параклинических исследований**

1. Лабораторно-клинические исследования.

17.01.99. первично или вторично бак исследование – слизь из зева и носа на дифтерийную палочку – не обнаружено

17.01.99. RW “отр”

17.01.99. ОАК

Эр=4,2х1012г/л, Нв = 118г/л, ЦП = 0,9, Лейкоциты = 5,2х109

Э=0%, П=1%, С=57%, Лимф=36%, М=6%

18.01.99. Исследование на я/г – не обнаружено

18.01.99. HbsAg – не обнаружен

18.01.99. Глюкоза крови – 4,7 ммоль/л

19.01.99. Общий биллирубин – 6,6 мг%

19.01.99. Реакция Таката – Ара – 13 ед

20.01.99. ОАМ

1. цвет светло жёлтый
2. реакция кислая
3. удельный вес 1020
4. прозрачность прозрачная
5. белок нет

Микроскопия осадка .

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-1-2
3. Лейкоциты 2-3-3
4. Эритроциты 0-1-0
5. Слизь отр.
6. Бактерин отр.
7. Плоские 2-1-2
8. Лейкоциты 1-1-0
9. Эритроциты 0-0-1

###### ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В ходе исследования выявлено нарушение операционной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения. Мышление малопродуктивное, аморфное. Внимание неустойчивое. Мнестические процессы снижены в отношение произвольной памяти, памяти на текущие процессы. Тест Люшера выявляет слабость волевых побуждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: нарушение операционной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения. Мышление аморфное, расплывчатое. Слабость волевых побуждений, эмоционально оскуднён.

**Диагноз и его обоснование**

Шизофрения параноидная, непрерывнотекущая, умереннопрогредиентная. Галлюцинаторно-параноидный синдром. Формирование эмоционального дефекта.

## Лечение данного заболевания

1. Строгий надзор.
2. **Нейролептики** – одна из главных групп современных психотропных препаратов, основной механизм действия которых связан с постсинаптической блокадой дофаминовых рецепторов второго типа – D2 в ЦНС.

Нейролептики оказывают многогранное действие на организм. Одна из их основных фармакологических особенностей — своеобразное успокаивающее действие, сопровождающееся уменьшением реакций на внешние стимулы, ослаблением психомоторного возбуждения и аффективной напряженности, подавлением чувства страха, ослаблением агрессивности. От седативных средств нейролептики существенно отличаются наличием антипсихотической активности, способностью подавлять бред, галлюцинации, автоматизм и другие психопатологические синдромы и оказывать лечебный эффект у больных шизофренией и другими психическими заболеваниями.

Фармакологические свойства нейролептиков:

* купирование психомоторного возбуждения
* психомоторное седативное действие (подавление эмоций, двигательная заторможенность)
* антипсихотическое действие (устранение бреда, галлюцинаций, фобий)
* потенцирование действия наркотических, снотворных, анальгезирующих веществ
* противорвотное, противотошнотное, противоикотное действия
* снижение тонуса скелетной мускулатуры
* гипотермическое действие
* адреноблокирующее
* симпатолитическое
* холиноблокирующее
* антигистаминное
* каталептогенное
* способность вызывать каталептогенные расстройства (паркинсонизм)

Поскольку по механизму терапевтического действия все антипсихотические средства в принципе одинаковы, выбор лекарственного препарата основывается на особенностях его токсических эффектов. Нейролептики оказывают влияние и на другие рецепторы. Многие побочные эффекты этих препаратов можно предвидеть заранее, зная характер их взаимодействия с α1 – адренергическими, мускариновыми и гистаминовыми (Н1) рецепторами. **Блокада Н1 – рецепторов** сопровождается увеличением массы тела, седацией и, возможно, гипотензией. **Антимускариновые (антихолинергические) эффекты** проявляются сухостью во рту, нечёткостью зрения, задержкой мочеиспускания, запорами, тахикардией, а у особо восприимчивых пациентов – когнитивными расстройствами и делирием. **Блокада α1 – рецепторов** может привести к ортостатическим расстройствам. **Блокада дофаминовых рецепторов** связана с развитием экстрапирамидных синдромов и, возможно, поздней дискинезии и злокачественного нейролептического синдрома.

Основными представителями этой группы являются:

* производные фенотиазина – аминазин, трифтазин, этаперазин, тизерцин, сонапакс
* производные тиоксантена – хлорпротиксен, тиотиксен
* производные бутирофенона – галоперидол, дроперидол, трифлуперидол
* производные дифенил бутилпиперидина – пимозид, флуспирилен
* производные индола – резерпин, карбидин, раунатин
* производные дибензоксазепины – локсапин
* прочие – клозапин (азалептин, лепонекс), сульпирид (эглонил)
* Rp . : Sol. Haloperidoli 05% - 1,0

D.t.d. № 5 in amp.

1. По 1 мл 2 раза в день в/м.

* Rp . : Dragee Aminazini 0.05 N 30

D.S. Принимать внутрь по 2 драже на ночь, после еды.

* Rp . : Tab . Triftazini 0.005 N 50

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

Клозапин – нейролептик, оказывает выраженное антипсихотическое и седативное действие. Не вызывает экстрапирамидных нарушений; в связи с этим клозапин относят к группе так называемых «атипичных» нейролептиков. Не влияет на содержание пролактина в крови. Оказывает периферическое и центральное холинергическое действие; обладает α - адреноблокирующим действием.

Rp . : Tab . Azaleptini 0.025 N 50

D.S. Принимать внутрь по 2 таблетке на ночь.

1. Противопаркинсонические холинолитические препараты – циклодол, ридинол, мебедрол, амедин, тропацин

Циклодол – оказывает центральное и периферическое холинолитическое действие. Применяют при экстрапирамидных нарушениях, вызванных нейролептическими препаратами.

Rp . : Tab . Cyclodoli 0.002 № 50

D.S. Принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

1. Инсулиношоковая терапия – по схеме ежедневно, начиная с 4 ЕД инсулина для инъекций в/м, по нарастающей, прибавляя по 4 ЕД до появления сопора или комы. При появлении сопора дозу инсулина в течение 2 дней не повышают, на 3 день дозу увеличивают на 4 ЕД и продолжают лечение до появления комы. Продолжительность первой комы составляет 5 – 10 минут, после чего кому необходимо купировать. В дальнейшем продолжительность комы увеличивают до 30 – 40 минут. Купируют кому внутривенным введением 20 – 40 мл 40% раствора глюкозы. После выхода из комы больной получает чай со 150 – 200 г сахара и завтрак.
2. Электросудорожная терапия – ускоряет реакцию на антипсихотические препараты. Курс – 5 сеансов по 160 Вт.

**Экспертная оценка**

### Больной для службы в армии не годен. Трудоспособность ограничена.

**Дневник**

24.02.99.

Ориентирован во всех видах. Контакту доступен. В кабинет к врачу вошёл самостоятельно. Внешне неряшлив. В отделении адаптировался. Время проводит в основном в пределах палаты. Интеллект невысокий, соответствует возрасту и полученному образованию. На фоне эмоциональной холодности появляются аффективные реакции, проявляющиеся плачем, неадекватным смехом, гневом, напряжённостью. Критики к состоянию нет. Назначенное лечение получает. Физиологические отправления в норме.

26.02.99.

Значительных положительных изменений в психическом состоянии нет. Лечение несколько изменено: аминазин заменён на азалептин. Режиму отделения подчиняется формально. Участвует в трудовых процессах отделения. Однако деятельность эта непродуктивна. Назойлив, в течение дня неоднократно обращается с вопросами к медперсоналу. Мышление аморфное, расплывчатое, паралогичное. Без суицидальных тенденций. Сон, аппетит достаточны.

1.03.99.

В психическом статусе наметилась незначительная положительная динамика. Поведение больного стало более упорядоченное. Однако остаётся неусидчивым, многоречивым. Режим отделения соблюдает формально. Общается с другими больными, смотрит телепередачи. Эмоционально монотонен. Скучает по дому, матери, называя её тем не менее «старая ведьма». Просит о выписке. Появились элементы критики к своим прошлым болезненным переживаниям. Наличие обманов восприятия в настоящий момент отрицает. Физиологические отправления в норме.

**Литература**

1. **Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е.**

Психиатрия

Москва «Медицина» 1995 год

1. **Harold I. Kaplan, MD Benjamin J. Sadock, MD**

Клиническая психиатрия

Москва ГЭОТАР МЕДИЦИНА 1998 год

1. **Морозов Г.В., Шумский Н.Г.**

Введение в клиническую психиатрию

Медицинская книга НГМА 1998 год

1. **Попов Ю.В., Вид В.Д.**

Современная клиническая психиатрия

Экспертное бюро 1997 год

1. **Под редакцией Шейдера Р.**

Психиатрия

Москва Практика 1998 год

1. **Менделевич В.Д.**

Психиатрическая пропедевтика

Москва «Медицина» Тоо «Техлит» 1997 год

1. **Менделевич В.Д.**

Клиническая и медицинская психология

Москва«МЕДпресс» 1998 год

1. **СПРАВОЧНИК ВИДАЛЬ**

Лекарственные препараты в России: Справочник

ЗАО М.: АстраФармСервис 1998 год

1. **акад. Петровский Б.В.**

БМЭ

Москва Советская Энциклопедия 1978 год

1. **Кукес В.Г.**

Клиническая фармакология

Москва «Медицина» 1991 год

1. **Беркоу Р .**

Руководство по медицине

Москва «МИР» 1997 год

1. **Машковский М . Д .**

Лекарственные средства

Москва «Медицина» 1978 год

1. **проф. Гладкова К. И. , доц. Набиркин Г. А.**

Материалы лекций по психиатрии

Краснодар 1998 год