**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

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

Пол: жен.

Год рождения: 16.06.1987 г.р.

Национальность: белорус

Семейное положение: не замужем

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полученное образование: среднее специальное - продавец

Место работы: не работает

Дата поступления: 29.09.13

Клинический диагноз: Шизотипическое расстройство

## **ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

Пациентка настойчиво жалуется, что у неё «все болит». Доставлена бригадой СМП в сопровождении матери. Бригаду СМП вызвала мать в связи с неуправляемым поведением, лекарства не принимает, плохо спит, утверждает, что взгляд людей причиняет ей боль, требует, чтобы на неё не смотрели. Лечилась с 03.08.12 по 24.08.12 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом – смешанное расстройство личности (см. эпикриз № 6364).

Кожный покров бледный, чистый, без ссадин, ушибов. Видимые слизистые без изменений. Периферические лимфоузлы не увеличены. На предплечьях имеются шрамы от ранее предпринимаемых попыток суицида. Мышечная и костно-суставная система без отклонений. Температура тела – 36,30С. Вес 42,6кг, рост 1,69м.

Дыхание везикулярное. ЧД – 17 в мин.

Тоны сердца ритмичны. АД – 110/60 мм рт. ст.   
ЧСС – 74 в/ мин.

Неврологический статус.

Зрачки равновеликие. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Движения в конечностях сохранены. Парезов нет. Походка обычная. Менингеальных симптомов нет.

Психический статус.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Положение активное. Демонстративна. В контакт вступает, на вопросы отвечает достаточно агрессивно. Требует, чтобы на неё не смотрели, изображает как ей больно, дергается, выгибается. Эмоции лабильны. Пытается манипулировать окружающими, от контрольных вопросов уклоняется. Критики к состоянию нет. В отделение пошла в сопровождении санитарки.

Диагноз: Расстройство личности. Истероформная симптоматика при шизофрении?

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИИ**

Доставлена бригадой СМП 29.09.2013 в сопровождении матери в связи с ухудшением психического состояния: лекарства не принимает, плохо спит, утверждала, что взгляд людей причиняет ей боль, требовала, чтобы на неё не смотрели.

На момент осмотра жалоб не предъявляет.

Анамнез жизни: образование среднее, работала уборщицей в магазине, в настоящее время нигде не работает. Не замужем, живет с родителями. Перенесенные заболевания: простудные. Сифилис, туберкулез, ВИЧ, гепатит, сахарный диабет отрицает.

Соматический статус: правильного телосложения; пониженного питания.

Кожный покров и видимые слизистые оболочки без особенностей. Постсуицидальные рубцы на обоих предплечьях. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. В легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 72 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус: Зрачки нормальной величины, одинаково реагируют на свет. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Неустойчивость походки. Парезов нет. Рефлексы в норме. Патологические рефлексы не вызываются. Очаговых признаков поражения ЦНС нет. Дермографизм розовый.

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. В контакт вступает, на вопросы отвечает достаточно агрессивно. Требует, чтобы на неё не смотрели, изображает как ей больно, дергается, выгибается. Эмоции лабильны. Пытается манипулировать окружающими, от контрольных вопросов уклоняется. Критики к состоянию нет.

Предварительный диагноз: шизотипическое расстройство личности..

План обследования: ОАК, ОАМ, БАК, анализ крови на RW, ЭКГ, профиль АД , температура, консультация терапевта.

Режим А2. Стол Б.

# **ЖАЛОБЫ**

На момент курации жалобы на плохой сон. Выражает нежелание находиться в психиатрической больнице.

## **ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО**

Субъективный анамнез:

Со слов матери: больна более четырех лет. Состояние ухудшилось через несколько дней после выписки, поведение стало неуправляемым, лекарства не принимает, плохо спит, утверждает, что взгляд людей причиняет ей боль, требует, чтобы на неё не смотрели.

*Семейный анамнез*. Мать пациентки здорова. Отец злоупотреблял алкоголем. Родной дядя, тетя, дедушка покончили жизнь самоубийством.

*Анамнез жизни*.раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. Окончила 11 классов и поступила в ВГУ им.Машерова – проучилась год и перешла на заочное обучение, начала работать продавцом в магазине. Проживает с родителями, материально-бытовые условия удовлетворительные. Первые менструации появились в 13 лет, регулярные. Не замужем. Учебу в университете бросила. На данный момент нигде не работает. Перенесенные заболевания: простудные. Сифилис, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сахарный диабет отрицает. Аллергоанамнез отягощен: на аминазин и клозамин реагирует резким падением АД.

*Анамнез заболевания*: впервые лечилась в Витебской психиатрической больнице в 16 лет по поводу «анорексии» в течение двух недель. С 14летнего возраста отмечались особенности поведения: эмоциональная лабильность, склонность к мнительности, некоторая вычурность в поведении. В конце 2009 года познакомилась по интернету «с подругой из г.Петербурга и поехала к ней в гости». Подруга её не приняла и она около двух недель жила на лестнице в подъезде у двери её квартиры, попала в п/б №4 г.Петербурга. в последствии неоднокрастно лечилась стационарно в ВОКЦ ПиН. Последняя госпитализация с 26.08.13 по 23.09.13г. После выписки ПНД не посещала, медикаменты не принимала.

По сведениям из направления: психическое состояние ухудшилось через несколько дней после выписки, лекарства не принимала, утверждала, что взгляд приносит ей боль, выгибалась, показывала как ей больно, стала чрезмерно активна, была неуправляема, отмечалась вычурность в поведении: то смеется, то плачет.

Мать видя эмоциональное состояние дочери и опасаясь за её здоровье вызвала бригаду СМП, с которой и была доставлена пациентка в ВОКЦ ПиН для лечения и наблюдения.

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Мышечная и костно-суставная система без отклонений. Температура тела – 36,30С. Вес 42,6кг, рост 1,69м. Опорно-двигательная система без патологий. Астеническое телосложение, пониженного питания. Внешний вид соответствует полу и возрасту. Кожный покров бледно-розовый умеренной влажности, без видимых высыпаний, пигментации, кровоизлияний, теплый, тургор кожи удовлетворительный. Видимые слизистые оболочки розового цвета, высыпания, кровоизлияния отсутствуют. Постсуицидальные рубцы на обоих предплечьях. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями и между собой. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации, подвижна, мягко-эластичной консистенции. Шея обычной формы, пульсация сосудов и расширение вен отсутствуют.

Мышцы умеренно развиты, при пальпации безболезненны, сила мышц достаточная, тонус нормальный, судорог нет. Деформаций и искривлений костей нет. Суставы не деформированы, правильной конфигурации, температура кожи над суставами не повышена, флюктуация, болезненность и хруст при движениях не определяются, активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. Позвоночник: искривление и патологическая подвижность не выявлены, болезненность при пальпации и постукивании не определяются. Отмечается неустойчивость походки.

Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Пульс 72 уд. в мин., ритмичный. АД – 110/60 мм.рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД-18 в мин. Язык влажный, обложен беловатым налётом, губы суховатые. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезёнка и почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез без особенностей.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС. Зрачки нормальной ширины, одинаково реагируют на свет. Реакция на конвергенцию и аккомодацию в норме. Оскал симметричный. Язык по средней линии. Прямая и обратная реакции Аргайла-Робертсона отрицательные. Спонтанный и установочный нистагм не обнаруживается. Брюшные и сухожильные рефлексы в норме. Вазомоторных расстройств не отмечается. Дермографизм розовый. В позе Ромберга устойчива, тремора нет. Менингеальных симптомов нет.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

**Внешний вид пациентки.** На беседу пришла самостоятельно. Походка ровная. Поза – сидит, ссутулившись, движения плавные. Мимика выразительная, выражение глаз равнодушное. Опрятна в одежде. Часто по ходу беседы агрессивно прерывает ход диалога. В беседе кратка, особо своих переживаний не раскрывает. Причиной госпитализации считает предвзятое отношение матери к ней. Фон настроения не устойчив, эмоции лабильны, демонстративна, агрессивна, легко вступает в конфронтацию. На месте не удерживается. Способность планирования и прогнозирования своих действий снижена. Поступки и высказывания опрометчивы, без учета последствий. Словарный запас в норме. Грамматический строй речи правильный.

**Сознание и его расстройства.** Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Состояние мышления: не обнаружено нарушений связи между понятиями, словами, предложениями. Сознание ясное. В прошлом состояний помраченного сознания не было.

**Восприятие.** Правильно воспринимает собственную личность, своё тело, окружающий мир. Иллюзий нет, утверждает, что у неё голоса в голове, принадлежащие умершим близким – дедушке, дяде, тёте, которые говорят ей, что делать «вплоть до мелочей». Гипер- и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больная также не предъявляла.

**Память.** Фиксационная память снижена (из 10 предложенных для запоминания слов, было воспроизведено 6).Запасы памяти снижены (долго вспоминала некоторые моменты из жизни). Репродуктивная память снижена (на вопрос о том, когда распался СССР – задумалась). Узнавание не нарушено (предлагаемые предметы определяет правильно).

**Внимание.** Внимание не устойчивое, на внешние раздражители не всегда отвлекается. При просьбе перечислить название месяцев называет правильно и уверенно.

**Интеллект.** Уровень интеллекта средний. Запас знаний – достаточный (таблицу умножения воспроизвела с тремя ошибками). На простые вопросы отвечала сразу же, но без детализации, кратко. На более сложные вопросы отвечала с заминкой, не всегда понимая сути вопроса, приходилось упрощать вопрос или подбирать другие слова. Может объяснить значение всех пословиц и поговорок. Аналитические возможности снижены (выявляет сходства и различия только простых понятий). Подбор синонимов и антонимов затруднён (пациентка задумывается, а после вовсе отвлекается и переходит на свою тему беседы). Способность пополнять знания низкая (не интересуемые ей данные не пыталась даже запомнить). Критики к своей болезни нет, причиной госпитализации считает предвзятое к ней отношение матери.

**Мышление. Речь.** Паралогичное мышление (нарушение связи между логическими посылками – «нить разговора прервана»), не выявляется патология связи между понятиями, словами, предложениями. Рассуждения не бесплодны, обстоятельное мышление не характеризуется утратой способности отделять главное от второстепенного. Воспроизводит информацию не согласованно во временных рамках. Темп мышления снижен (уменьшение ассоциаций в единицу времени). Речь громкая, разорвана, обстоятельна. Дизартрии не наблюдается. Словарный запас не ограничен.

**Эмоции. Чувства.** Свое настроение в данный момент пациентка оценивает как нормальное. Категорически отрицает колебания настроения в течение суток; понижение аппетита. Суицидные мысли возникали в связи с «безответной любовью», в каком году – не помнит. Говорит тихо. Мимика скудная, жестикуляция умеренная.

**Двигательно-волевая сфера.** Расстройства влечений не выявлено. Влечение к алкоголю и наркотикам отрицает; извращения инстинкта самосохранения не отмечено; пищевое влечение снижено.Расстройства воли и действий не выявлено.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

*Общий анализ крови от 26.09.12:*

эритроциты 4,0 х 1012/л

гемоглобин 122 г/л

ЦП – 0,91

Тромбоциты – 240\*109/л

лейкоциты 7,7 х 109/л

эозинофилы 2%

палочкоядерные 4%

сегментоядерные 53%

лимфоциты - 35%

моноциты - 4%

# СОЭ - 12 мм/час

*Общий анализ мочи от 02.10.13:*

цвет – соломенно-желтый

реакция - кислая

удельный вес – 1002 г/л

прозрачность - прозрачная

билирубин, уробилин – нет

белок – нет

сахар - нет

эпителий – 0-1

лейкоциты – 2−3 в поле зрения

*Биохимический анализ крови от 30.10.2012*

Общий белок 78 г/л

Мочевина 3,2 ммоль/л

Креатинин 37 мкмоль/л

ХС общий 4,6 ммоль/л

Триглицериды 2,3 ммоль/л

*Биохимический анализ крови от 30.09.2013*

Общий белок 74 г/л

Мочевина 4,0 ммоль/л

Креатинин 73 мкмоль/л

ХС общий 4,4 ммоль/л

Триглицериды 1,8 ммоль/л

Глюкоза 5,0 ммоль/л

Билирубин общий 11,0 ммоль/л

АсТ 18 Е/л

АлТ 20 Е/л

Амилаза 20 Е/л

Хлориды 102 ммоль/л

*Реакция Вассермана от 26.09.2012:*

Отрицательная

*Исследование крови на вирусные инфекции:*

01.10.2013

ИФА-HBSAg-отр

ИФА- antiHCV-отр

*Рентгеноскопия ОГК от 30.09.2013*

*Заключение:* Легочные поля без патологии. Корни структурированы. Диафрагма подвижна. Синусы свободны. Сердце, аорта без патологии.

*УЗИ щитовидной железы от 2.10.2013*

*Заключение:* Патологии не выявлено.

*ЭКГ от 30.09.2013:*

Ритм синусовый, 72 уд/мин., вертикальное положение ЭОС.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Учитывая жалобы (утверждает, что взгляд людей причиняет ей боль, требует, чтобы на неё не смотрели, плохой сон), семейный анамнез ( Отец злоупотреблял алкоголем. Родной дядя, тетя, дедушка покончили жизнь самоубийством), анамнез заболевания (Доставлена бригадой СМП 29.09.2013 в сопровождении матери в связи с ухудшением психического состояния. Со слов матери больна более четырех лет. Находилась на лечении в 2013 году в ВОКЦ ПиН с диагнозом: смешанное расстройство личности. После выписки лекарства не принимала), изменения психического статуса (В контакт вступает, на вопросы отвечает достаточно агрессивно. Требует, чтобы на неё не смотрели, изображает как ей больно, дергается, выгибается. Эмоции лабильны. Пытается манипулировать окружающими, от контрольных вопросов уклоняется. Критики к состоянию нет. *Расстройства восприятия.* утверждает, что у неё голоса в голове, принадлежащие умершим близким – дедушке, дяде, тёте, которые говорят ей, что делать «вплоть до мелочей»), память нарушена преимущественно на текущие события. Эмоции лабильны. Эмоциональный фон не стабилен) можно поставить следующий диагноз:

Диагноз основной: Шизотипическое расстройство.

Сопутствующий диагноз: дефицит массы тела.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз необходимо провести с органическими психозами травматического и интоксикационного характера, так как в анамнезе имеются указания на неоднократное получение больной черепно-мозговых травм и употребление алкоголя.

Из симптоматики, характерной для галлюцинаторно-бредового психоза травматического характера, у больной присутствуют признаки астенического синдрома (нарушения сна, беспокойство, плаксивость), галлюцинации и бред, эмоциональные расстройства в виде эпизодов тревожности и страха. Но при органическом психозе травматического генеза психические расстройства сопровождаются нарушениями сознания в виде его помрачения, психоз

развивается вслед за воздействием на организм дополнительных вредных факторов (соматическое неблагополучие, интоксикации, алкоголь, операции и.т.д.), чего у данной больной не наблюдается. Органический травматический галлюцинаторно-бредовый психоз чаще дебютирует сумеречным или делириозным помрачением сознания, чего у данной больной также не отмечено.

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.

[Дифференциальная диагностика](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%84%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0) сводится к исключению [шизоидного расстройства личности](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8), отличающегося количественно меньшей выраженностью странностей в поведении и мышлении, и [шизофрении](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D1%84%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), от которой шизотипическое расстройство отличается отсутствием основных характерных для неё позитивных симптомов.

Кроме того, дифференциальную диагностику необходимо провести с [бредовыми расстройствами](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) паранойяльного спектра, в том числе — паранойяльной шизофренией с сенситивным бредом отношений (F22.03) и паранойяльной шизофренией (F22.82). Также дифференциальный диагноз необходим для разграничения с [синдромом Аспергера](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%90%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D1%80%D0%B0) и [параноидным расстройством личности](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8).

Наряду с перечисленными выше признаками шизотипическое расстройство может проявляться стойкими [обсессивно](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%81%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F)-[фобическими](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%8F), [истерическими](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F), [деперсонализационными](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), психопатоподобными симптомами, поэтому его иногда трудно отличить от [неврозов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7) ([обсессивно-компульсивного расстройства](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%81%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE), [диссоциативного расстройства (истерии)](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0" \o "Диссоциативные расстройства), [деперсонализационного расстройства](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE)) или расстройств личности с аналогичной симптоматикой. При шизотипическом расстройстве для [псевдоневротических](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1) и [псевдопсихопатических](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%81%D0%B5%D0%B2%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1" \o "Псевдопсихопатия (страница отсутствует)) симптомов характерны инертность, однообразие, штампованность. Для достоверного диагноза шизотипического расстройства необходимо наличие дополнительных признаков в виде снижения инициативы, активности, психической продуктивности, эмоциональной нивелировки, парадоксальности суждений.

**ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневники | Назначения |
| 26.11.12  1100  t=36,60С  ЧД=17  Ps=72 уд в мин.  АД=110/70 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное. Жалобы по существу не предъявляет. Доступна контакту. Ориентирована верно в месте, времени и личности. Агрессивна. Фон настроения снижен. Криклива, груба. Сон медикаментозный, достаточный. Утверждает, что слышит голоса, может передавать мысли другим. Сбегает с палаты, персоналу труднопочиняема. Аппетит снижен. Суицидальные мысли и намерения отрицает. Критика к заболеванию и состоянию отсутствует. Когнитивные функции снижены: память нарушена как на прошедшие, так и на текущие события, хоть и на фоне терапии сосудистыми и ноотропными препаратами отмечается незначительные улучшения в механизмах текущей памяти.  Объективно: кожный покров чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул и диурез не нарушены. | 1. Режим палатный. А2 2. Стол Б 3. с нормотимической целью: карбамазепин 0,2 х 3р/д 4. С антипсихотической целью: галоперидол 0,5% - 1мл в/в 5. С седативной целью аминазин 2,5 % - 1,0 в/м на ночь |
| 27.11.12  1100  t=36,50С  ЧД=17  Ps=80 уд в мин.  АД=120/80 мм.рт.ст | Общее состояние удовлетворительное. Жалобы по существу не предъявляет. Доступна контакту. Ориентирована верно в месте, времени и личности. Эмоциональный фон не усточив – то плачет, то смеется. Сон медикаментозный, достаточный. Утверждает, что слышит голоса. Сбегает с палаты, персоналу труднопочиняема. Аппетит снижен. Суицидальные мысли и намерения отрицает. Критика к заболеванию и состоянию отсутствует.  Объективно: кожный покров чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул и диурез не нарушены. | 1. 1 Режим палатный. А2 2. Стол Б 3. с нормотимической целью: карбамазепин 0,2 х 3р/д 4. С антипсихотической целью: галоперидол 0,5% - 1мл в/в 5. С седативной целью аминазин 2,5 % - 1,0 в/м на ночь |

**ЭПИКРИЗ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1987 г.р. находится на стационарном лечении с 29.09.13г.

Доставлена бригадой СМП 29.09.2013 в сопровождении матери в связи с ухудшением психического состояния: лекарства не принимает, плохо спит, утверждала, что взгляд людей причиняет ей боль, требовала, чтобы на неё не смотрели. Анамнез заболевания (слов матери больна более четырех лет. Лечилась в ВОКЦ ПиН неоднократно. Находилась на лечении в 2013 году в ВОКЦ ПиН с диагнозом: смешанное расстройство личности. После выписки лекарства не принимала), наблюдаются изменения психического статуса (В контакт вступает, на вопросы отвечает достаточно агрессивно. Требует, чтобы на неё не смотрели, изображает как ей больно, дергается, выгибается. Эмоции лабильны. Пытается манипулировать окружающими, от контрольных вопросов уклоняется. Критики к состоянию нет. *Расстройства восприятия:* утверждает, что у неё голоса в голове, принадлежащие умершим близким – дедушке, дяде, тёте, которые говорят ей, что делать «вплоть до мелочей»), память нарушена преимущественно на текущие события. Эмоции лабильны. Эмоциональный фон не стабилен), психический статус: сознание ясное. Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. В контакт вступает, демонстративна. Часто по ходу беседы агрессивно прерывает ход диалога. В беседе кратка, особо своих переживаний не раскрывает. Причиной госпитализации считает предвзятое отношение матери к ней. Фон настроения не устойчив, эмоции лабильны, демонстративна, агрессивна, легко вступает в конфронтацию. Персоналу трудноподчиняема. На месте не удерживается. Способность планирования и прогнозирования своих действий снижена. Поступки и высказывания опрометчивы, без учета последствий. Сон медикаментозный, достаточный; от еды отказывается, на завтрак пила только чай. Мышление паралогичное, разорванное, воспроизводит информацию не согласованно во временных рамках. При беседе требовала, чтобы врач мужчина не смотрел на неё, говорила, что он её постоянно сбивает. В разговоре по телефону мать реагирует на неё агрессивно, постоянно оскорбляет. Имеется нарушение восприятия слуховые псевдогаллюцинации: утверждает, что у неё голоса в голове, принадлежащие умершим близким – дедушке, дяде, тёте, которые говорят ей, что делать «вплоть до мелочей».

Проводится лечение: Стол Б, режим А2, проводится медикаментозная терапия:

С нормотимической целью: карбамазепин 0,2 х 3р/д

С антипсихотической целью: галоперидол 0,5% - 1мл в/в

С седативной целью: аминазин 2,5 % - 1,0 в/м на ночь

*В настоящее время больная продолжает лечение.*

Прогноз:

1. Для выздоровления - неблагоприятный.

2. Для жизни – сомнительный.

3. Для трудоспособности - сомнительный.