Министерство образования Российской Федерации

Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарёва

Медицинский факультет

Кафедра психиатрии и нервных болезней

Зав. кафедрой – заслуженный врач Российской Федерации и республики Мордовия, доктор медицинских наук,

профессор Подсеваткин В.Г.

История болезни

*Куратор: студентка 504 а группы*

*Бакаева А.О.*

*Проверил:*

*преподаватель кафедры*

*психиатрии и нервных болезней*

*Велячкин Дмитрий Максимович*

Саранск 2008 год.

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. **ФИО:** ….
2. **Возраст:** 34 года (26.06.1969 г.р.).
3. **Национальность:** русский.
4. **Профессия и место работы:** инвалид II группы.
5. **Домашний адрес:** ….
6. **Близкие родственники:**
* отец – …, 1946 г.р., проживает по тому же адресу;
* мать –…, 1950 г.р., проживает по тому же адресу.
1. **Дата поступления:** 14.04.2004 г.
2. **Кем направлен:** скорая помощь.
3. **Диагноз при направлении:** Шизофрения, параноидный синдром.
4. **Диагноз, установленный куратором:**

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Умеренно выраженный параноидный тип дефекта. Параноидный синдром.

Жалобы больного

Больной предъявляет жалобы на беспокойный сон.

**Анамнез жизни больного**

**(Anamnesis vitae)**

**Наследственность:** Отец, 58 лет, - пенсионер; мать, 54 лет, преподаватель в школе. Родился вторым ребенком. Старший брат здоров, женат, имеет двоих детей. Сам больной холост, детей не имеет. Среди ближайших родственников психических и нервнобольных, психопатических личностей, наркоманов, самоубийц, алкоголиков, страдающих туберкулезом, сифилисом, злокачественными опухолями нет; у матери выкидыши, аборты, мертворождения не отмечает.

**Зачатие и внутриутробный период:** возраст матери во время зачатия – 19 лет, отца – 23 года. Сведениями о состоянии здоровья обоих родителей на момент зачатия, о протекании беременности у матери не располагает.

**Младенческий и дошкольный возраст:** Рос и развивался нормально, не отставая от сверстников. В детском коллективе был общительным и подвижным ребенком, стремился к сверстникам. Со стороны матери отмечал строгость, но не деспотичность, детей не били. Заикания, сноговорения и снохождения, страхов, ночного недержания мочи не было.

**Период обучения:** Окончил 11 классов общеобразовательной средней школы. Был дисциплинирован, прилежен. Успеваемость хорошая. Больше ориентировался в точных науках. Закончил физико – математический факультет МГУ им. Огарева.

**Трудовая деятельность, профессия:** Работал с 23 лет преподавателем физики в школе. К работе относился ответственно.

**Половое развитие и половая жизнь:** Половое влечение появилось в 16 лет. Половая жизнь с 20 лет.

**Служба в армии:** в армии не был.

**Социально-бытовые условия:** Живет с матерью и отцом в двухкомнатной квартире, материальное положение удовлетворительное.

**Перенесённые заболевания:** из перенесённых заболеваний отмечает простудные. Не курит. Алкоголь не употребляет. Радиационные поражения отрицает. Травмы головного мозга, психические травмы отрицает.

**Анамнез настоящего заболевания**

**(Anamnesis morbi)**

Болен в течении 19 лет, когда начал отмечать изменение в поведении, нарушился сон и аппетит. Высказывал, что “необходимо изобрести необычные коммуникативные связи между людьми, чтобы не ощущать на себе чье-либо воздействие”. Так как считал, что его преследуют, гонят из общества. Ощущал наплывы насильственных мыслей в голове посредством гипноза, слышал посторонние голоса в голове. Тогда же был госпитализирован в МРПБ.

После выписки поддерживающее лечение не принимал, продолжал работать. В последние годы поступал многократно с анологичной симптоматикой, является инвалидом, бессрочно.

Последняя выписка из стационара – 12 мая 2003 года. После выписки поддерживающее лечение не принимал.

Перед последней госпитализацией появились жалобы на нарушение сна. Утверждает, что над кроватью стоят тазики, в которые мать собирает его сперму. Чувствует от нее какое-то воздействие, плохое отношение. Утверждает, что “слышит на кассете как хотят убить дочь, которая растет путем искусственного оплодотворения”. Считает, что ”необходимо организовать сотрудничество между педагогами и врачами, что бы не было недопонимания, преследования”.

14. 04. 04 г. состояние больного ухудшилось и после сильного конфликта в семье, родители были вынуждены вызвать психиатрическую бригаду скорой медицинской помощи, которой больной был доставлен в МРПБ.

**Исследование соматического статуса**

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36,8 градусов С. Телосложение нормостеническое. Питание умеренное. Внешне больной соответствует возрасту.

Кожный покров и слизистые оболочки: кожные покровы чистые, умеренной влажности, тур­гор и эластичность в норме. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволо­сение по мужскому типу. Пролежней, трофических язв не обнаруже­но. Ногти правильной формы. Дермографизм красный, нестойкий.

Подкожная клетчатка: подкожно-жировой слой развит умеренно, равномерно распределен по всему телу, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет.

Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках те­ла.

Суставы: конфигурация суставов не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется.

Кости: тип телосложения нормостенический. Деформаций позвоночника, верхних и ниж­них конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

**Дыхательная система.**

При осмотре грудная клетка симметричная, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание смешанное. Частота дыхания 17 в минуту, дыхание умеренной глубины, ритм пра­вильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки развиты умеренно. Деформации не определяются.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластич­ность сохранена. Голосовое дрожание симметрично на симметричных участках.

При сравнительной перкуссии звук ясный легочный по всем легочным полям.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| Ширина полей Кренига |
| Слева | Справа |
| 6 см. | 6 см. |
| Высота стояния верхушек легких |
| Спереди | На 3 см. выше ключицы |
| Сзади | на уровне остистогоотростка 7 шейного позвонка |
| Нижний край легких |
| Линия | справа | слева |
| Парастернальная | 6 ребро | - |
| Среднеключичная | 6 межреберье | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10ребро |
| Околопозвоночная | 11 ребро | 11ребро |

|  |
| --- |
| Подвижность нижнего края легких |
|  | Вверх | Вниз |
| Линия | Слева | Справа | Слева | Справа |
| средняя подмышечная | 3 см. | 3 см. | 2 см. | 2 см. |
| задняя подмышечная | 2 см. | 2 см. | 3 см. | 3 см. |

Аускультативно дыхание везикулярное. Хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова.

**Сердечно-сосудистая система.**

Патологической пульсации артерий и вен в области шеи не опреде­ляется. Область сердца не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревия не выявлено. Симптом "кошачьего мурлыкания", сердечный "горб", в области сердца не определяются. Верхушечный толчок умеренной силы, площадью 1.5 кв. см, резистентный, локализуется в 5 межреберье по на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, симметричен, ЧП=70 уд/мин.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца (по данным перкуссии) |
| правая | правая парастернальная линия, 4 межреберье |
| левая | 5 межреберье, на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии |
| верхняя | по верхнему краю 3 ребра |
| Границы абсолютной тупости сердца (по данным перкуссии) |
| правая | правая на 2,5 см. кнаружи от левого края грудины. |
| левая | 5 межреберье, на 1,5 см кнутри отлевой среднеключичной линии. |
| верхняя | на уровне хряща 4 ребра. |
| Ортоперкуссия сердца по Курлову |
| Справа |
| II межреберье | левый край грудины |
| III межреберье | на 1 см кнутри от правого края грудины |
| IV межреберье | у правого края грудины |
| V межреберье | у правого края грудины |
| Слева |
| II межреберье | на 5 см кнаружи от левого края грудины |
| III межреберье | на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| IV межреберье | на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| V межреберье | 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии  |

Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный. Патологические шумы не выслушиваются. Шум трения перикарда не определяется. ЧСС-70 уд. в мин. АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках.

Варикозного расширения вен, трофических язв нет.

**Пищеварительная система.**

Язык розовый, влажный, не обложенный.

Ротовая полость без патологии. Слизистая оболочка полости рта чистая, розовой ок­раски. Миндалины не увеличены. Мягкое и твердое небо без изъязвлений, налетов не определяется.

Мышцы передней брюшной стенки расслаблены. При пальпации болезненность не отмечается. При перкус­сии тимпанический звук над всей поверхностью живота. При аускультации выслушива­ется умеренная кишечная перистальтика. Шум плеска в желудке, ки­шечнике не определяется.

Живот овальный, симметричный. Рас­ширения подкожных вен живота не отмечается.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

**Гепатолиенальная система.**

Наличие диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации печень определяется у края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглен.

|  |
| --- |
| Размеры печени по Курлову |
| По срединно-ключичной линии справа | 9 см. |
| По срединной линии | 8 см. |
| По левому краю реберной дуги | 7 см. |

Селезенку пропальпировать не удалось. Левое подреберье не деформировано. Размеры селезенки - 7х5см.

**Мочевыделительная система.**

Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча прозрачная, желтого цвета. Дизурия не наблюдается. Симптом поколачивания по поясничной области от­рицательный с обеих сторон.

**Эндокринная система**: щитовидная железа не увеличена.

**Кроветворная система**: лимфатические узлы не пальпируются. Поколачивание по плоским костям безболезненное.

**Неврологическое исследование**

Менингеальных симптомов нет*.*

***Обонятельный нерв (n. Olfactorius)* :** Обоняние в норме. Обонятельные галлюцинации отсутствуют.

***Зрительный нерв (n. Opticus):*** Острота зрения нормальная. Поле зрения, определенные ориентировочным методом, в норме.

***Глазодвительный нерв (n. Oculomotorius), блоковый нерв(n. Trochlearis), отводящий нерв (n. Abducens)*:** Зрачки, глазные щели d=s. Движение глазных яблок в полном объёме. Реакция на конвергенцию, аккомодацию содружественная, прямая.

***Тройничный нерв (n. Trigeminus):*** Корнеальный и конъюктивальный рефлексы вызываются в полном объёме. Жевательная мускулатура развита хорошо. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна.

***Лицевой нерв(n. Facialis):*** Лицевая мускулатура симметрична. Слезотечение и слюноотделение не отмечается. Девиации языка не отмечается. Вкусовая чувствительность на передних 2/3 языка не нарушена.

***Преддверно-улитковый нерв(n. Vestibulocochlearis*):** Слух в норме. Нистагма нет. В позе Ромберга устойчив.

***Языкоглоточный нерв(n. Glossopharingeus) и блуждающий нерв(n. Vagus)*:** Затруднения при жевании и глотании не возникает. Рефлексы с задней стенки глотки мягкого неба не нарушены. Афонии и дизартрии не обнаружено. Вкусовые ощущения адекватны.

***Добавочный нерв(n. Accessorius*):** Движения головы в полном объеме, кивательная мышца контурируется хорошо.

***Подъязычный нерв(n. Hypoglossus):*** Произвольные движения языка в полном объеме, девиации не отмечается.

#  *Двигательная сфера:*

Активные движения конечностей свободные. Сила, тонус мышц сохранены. Атрофии не обнаружены. Параличей, парезов нет. Фибрилярные и фасцикулярные подергивания мышц не выявляются. Гиперкинезов нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричные с обеих сторон; периостальные рефлексы равномерные. Патологические рефлексы не вызываются.

#  *Чувствительность:*

Боли не беспокоят. Нервные стволы при пальпации безболезненные. Болевые точки Валле при пальпации безболезненны. У больного гипо-, гипер-, пара-, анестезии не отмечается. Глубокая чувствительность не нарушена. Чувство локализации, дискриминации не нарушено.

 **Вегетативная нервная система:**

Дермографизм белый нестойкий. Гиперпигментации, диспигментации кожи не отмечается, трофических расстройств нет. Оволосение по мужскому типу; ломкости, выпадения волос не наблюдается. Головные боли не беспокоят. Аппетит хороший, насыщаемость быстрая, отвращения к какому – либо виду пищи не отмечает. Сон тревожный, беспокойный. Сноговорение и снохождение отрицает.

 **Кора больших полушарий головного мозга**

Речь тихая, замедленна, в процессе беседы тихо вздыхает. Пациент может читать, писать, считать. Чувство праксиса сохранено. Признаков джексоновской и кожевниковской эпилепсии нет.

**Психопатологическое исследование**

***Сфера сознания:*** сознание сохранено, правильно ориентируется во времени, месте, окружающей обстановке. Внешне опрятен. Контактен, Противоречивые сведения не дает, при беседе спокоен, неадекватное поведение отрицает.

***Сфера восприятия:*** собственную личность воспринимает адекватно; сенестопатии не отмечены.

***Сфера внимания, памяти, интеллекта:*** Внимание устойчивое, сосредоточение не затруднено, способность к переключению не нарушена. Память нормальная. Количественные: запоминание (объем памяти 8 ЕД, дату своего поступления в стационар называет правильно); хранение и воспроизведение (инициалы родственников, место своего жительства, дату своего рождения) и качественные расстройства памяти не наблюдаются. Отмечается снижение интеллектуальной деятельности (легкие задачи решает правильно, со сложными не справляется; неполноценно отвечает на актуальные вопросы, связанные с политикой, экономической и социальной жизнью). Критика к своему состоянию отсутствует.

***Сфера мышления*:** Голос громкий, эмоционально окрашен. Речь по темпу не изменена, с элементами резонерства. Мышление в среднем темпе, стройное. Определяются бредовые идеи преследования и воздействия. Бред не систематизирован, склонен к распаду, выражается в преследовании больного сотрудниками правоохранительных органов.

***Сфера чувств***: общий эмоциональный фон снижен, выражение лица спокойное.

**Экспериментально-психологическое исследование**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Предмет исследования******и предлагаемые больному задания*** | ***Результат исследования*** |
| **Внимание:** |  |
| 1) Назвать месяцы года в прямом и обратном порядке | Больной выполняет задание, не испытывая особых затруднений. |
| 2) Произвести вычисления:100-323-317-8 | Больной выполняет задание, не испытывая затруднений. |
| **Комбинаторика:** |  |
| Вставить пропущенные буквы в слова:Д\_\_МФЛ\_\_ГП\_\_ЛР\_\_К | ДОМФЛАГПОЛРАК |
| **Память:** |  |
| 1) По памяти повторить 10 предложенных слов: пол, гром, рыба, речь, лес, конь, брат. | Повторил 8 слов: пол, рыба, речь, лес, заря, дом, танк, брат. |
| 2) В каком году распался СССР? | 1991 г. (вспоминал долго) |
| 3) Какого числа отмечается День Победы? | 9 мая. |
| **Мышление:** |  |
| ***I. Анализ:*** |  |
| 1. Что в себя включает понятие "овощи"? | Картошка, морковь, капуста, лук. |
| 2. Что в себя включает понятие "любить"? | Быть привязанным к человеку. |
| ***II. Синтез:*** |  |
| Назвать одним словом: пианист, баянист, скрипач, гитарист. | Музыканты. |
| Назвать одним словом: мед. сестра, врач, санитар. | Медики. |
| Назвать одним словом: каша, хлеб, суп, пюре, компот. | Еда. |
| ***III. Исключение:*** |  |
| Найти неподходящее слово: нож, вилка, сковорода, кастрюля, сапог, дуршлаг, солонка, тарелка.  | Сапог. |
| ***IV. Сравнение понятий:*** |  |
| Чем отличаются понятия: утро-вечер, озеро-река, осень-весна? | Больной дает ответ на вопрос по существу. |
| **Абстракция:** |  |
| Объяснить смысл выражений: |  |
| "Золотые руки" | Человек, умеющий делать все |
| "Без труда не выловишь и рыбку из пруда" | Просто так ничего не бывает. |
| Читает свободно. Смысл прочитанного понимает. При просьбе описать то, что видит на картинке, описывает правильно. |

**Заключение:** Внимание устойчивое, сосредоточение не затруднено. Фиксационная память не нарушена (объем памяти 8 ЕД). Память на текущие и отдаленные события сохранена. Аналитическая, синтетическая, абстракционная функции мышления не нарушены.

План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на сахар
4. Анализ крови на RW и ВИЧ
5. Анализ кала на яйца глистов
6. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, липопротеиды, СРБ, серомукоид, фибриноген, АсАТ, АлАТ, ЛДГ1, общий билирубин, мочевина, креатинин.
7. ЭКГ
8. ЭЭГ
9. Флюорограмма органов грудной клетки
10. Компьютерная томография головного мозга
11. Эхография головного мозга

Клинический диагноз

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Умеренно выраженный параноидный тип дефекта. Параноидный синдром.

Обоснование клинического диагноза

Диагноз выставлен на основании:

***1. Жалоб больного при поступлении:*** на беспокойный сон.

***2. Анамнеза развития заболевания:*** болен в течении 19 лет, когда начал отмечать изменение в поведении, нарушился сон и аппетит. Высказывал, что “необходимо изобрести необычные коммуникативные связи между людьми, чтобы не ощущать на себе чье-либо воздействие”. Так как считал, что его преследуют, гонят из общества. Ощущал наплывы насильственных мыслей в голове посредством гипноза, слышал посторонние голоса в голове. Тогда же был госпитализирован в МРПБ.

После выписки поддерживающее лечение не принимал, продолжал работать. В последние годы поступал многократно с анологичной симптоматикой, является инвалидом, бессрочно.

Последняя выписка из стационара – 12 мая 2003 года. После выписки поддерживающее лечение не принимал.

Перед последней госпитализацией появились жалобы на нарушение сна. Утверждает, что над кроватью стоят тазики, в которые мать собирает его сперму. Чувствует от нее какое-то воздействие, плохое отношение. Утверждает, что “слышит на кассете как хотят убить дочь, которая растет путем искусственного оплодотворения”. Считает, что ”необходимо организовать сотрудничество между педагогами и врачами, что бы не было недопонимания, преследования”.

14. 04. 04 г. состояние больного ухудшилось.

***3.Неврологического обследования:*** сон тревожный, беспокойный.

***4.Психопатологического исследования:*** гипомимичен, на вопросы отвечает избирательно, после паузы. Отмечается снижение интеллектуальной деятельности (легкие задачи решает правильно, со сложными не справляется; неполноценно отвечает на актуальные вопросы, связанные с политикой, экономической и социальной жизнью). Критика к своему состоянию отсутствует. Речь с элементами резонерства. Гипобулия.Мышление в среднем темпе, стройное. Определяются бредовые идеи преследования и воздействия. Бред не систематизирован, склонен к распаду, выражается в преследовании больного сотрудниками правоохранительных органов.

**Дневник наблюдения за больным**

**04. 03. 08 г.**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Сон нормализовался.

*Жалобы* больной не предъявляет.

*Объективно*: Кожный покров и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Отеков нет.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=16 в м. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=78 в мин. АД-120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги, край печени при пальпации острый, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

*Неврологический статус*: функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Активные и пассивные движения конечностей в полном объеме. Нарушений произвольных движений не выявлено. Кожные рефлексы симметричные. Патологические рефлексы не вызываются. Чувствительность не нарушена. Менингеальных симптомов нет. Вегетативных расстройств нет.

*Психопатологическое исследование*: сознание ясное. Настроение спокойное. Больной правильно ориентируется во времени, месте, окружающей обстановке, гипомимичен, на вопросы отвечает избирательно, после паузы Восприятие собственной личности, своего тела и окружающего мира правильное. Внимание устойчивое, способность к переключению не нарушена. Критика ксвоему состоянию отсутствует. Память не нарушена. . Речь с элементами резонерства, замедлена, эмоционально не окрашена. Определяются бредовые идеи преследования и воздействия.

Отмечается гипобулия. Суицидальные мысли больной отрицает.

**Дифференциальный диагноз**

 Учитывая сходство клинических проявлений данного заболевания с симптомами «реактивного параноида», необходимо провести дифференциальный диагноз.

Как правило, развитию реактивного параноида предшествует так называемое предболезненное состояние в виде чувства тревоги, беспокойства, ожидания несчастья, после чего возникают бредовые идеи, галлюцинации; больные высказывают бред преследования, отравления, бред особой значимости. Настроение таких больных тревожно-плаксивое. Содержание болезненных высказываний отражает психотравмирующую ситуацию.

В отличие от этого, при шизофрении отсутствует психогения в виду отсутствия психотравмирующей ситуации.

Шизофрению также необходимо дифференцировать от маниакально-депрессивного психоза, для которого характерно:

* развитие, как правило, после психотравмирующей ситуации, инфекции, соматических заболеваний;
* приступы не содержат психопатологической симптоматики, характерной для шизофрении (истинные и ложные галлюцинации, синдром Кандинского-Клерамбо и др.);
* при МДП наблюдаются суточные колебания (при депрессивных состояниях): настроение хуже утром, лучше вечером;
* для МДП характерна тоска и не типична тревога;
* скорбное бесчувствие при МДП сочетается с критической оценкой своего состояния, больные, понимая происходящие с ними изменения, ничего не могут поделать с собой, и от этого тяжело страдают;
* для МДП характерна повторность приступов (со сменой фаз) и наличие светлых промежутков - интермиссий без изменения личности по психоорганическому или шизофреническому типу.

Сопоставив вышеназванные особенности маниакально-депрессивного психоза с клинической картиной и данными анамнеза данного больного, отвергается диагноз маниакально-депрессивного психоза и подтверждается диагноз шизофрении.

Лечение

1.**Режим** – стационарный.

2. **Диета** – стол №15.

3. **Медикаментозная терапия:**

 **А)** С целью купирования психомоторного возбуждения-

Rp.: Dragee Aminazini 0,025 №30

 D.S. по 1 драже 3 раза в день после еды.

#

 **В)** С целью купирования галлюцинаций, бредового состояния

 Rp.: Sol. Haloperidoli 0,5% - 1ml

 D.t.d. №6 in ampul.

 S. по 1 мл в/м 2 раза в день.

#

 **С)** С целью устранения побочных эффектов галоперидола (экстрапирамидные расстройства в виде паркинсонизма, дистонических явлений) – антихолинергическое противопаркинсоническое средство

 Rp.: Tab. «Cyclodoli» 0,002 №50

 D.S. по 1 таблетке 2 раза в день

#

 **D)** Общеукрепляющая терапия для улучшения обменных процессов в тканях-

 Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3% - 1 ml

 D.t.d. № 6 in ampul.

 S. по 1 мл в/м через день.

#

 Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 2,5,% - 1 ml

 D.t.d. № 5 in ampul.

 S. по 1 мл в/м через день.

#

 **E)** С целью стимулирования обменных процессов мозга –

 Rp.: «Fezam»

 D.t.d. № 60 in caps.

 S. по 1 капсуле 3 раза в день.

 #

4**. Физиотерапия**:

* Гипербарическая оксигенация ( оказывает регулирующее воздействие на адаптационно-приспособительные и адаптационно-метаболические реакции организма в условиях изменившейся внешней и внутренней среды).

ГБО после редукции аффективных расстройств: 1-2 раза в день по 60 минут при избыточном давлении 0,8-1,5 АтИ, курс лечения 20 сеансов.

* С целью подавления резистентности к медикаментозной терапии – электросудорожная терапия.

5**. Психотерапия**.

6. **Трудотерапия.**

#### Экспертиза

***Судебно-психиатрическая экспертиза:*** учитывая установленный диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Умеренно выраженный параноидный тип дефекта. Параноидный синдром, больной признается не подлежащим уголовной ответственности.

***Военная экспертиза:*** учитывая установленный диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Умеренно выраженный параноидный тип дефекта. Параноидный синдром, больной признается не годным к несению военной службы.

Прогноз заболевания

1. Для выздоровления - неблагоприятный.
2. Для жизни – сомнительный.
3. Для трудоспособности - сомнительный.

**Рекомендации:**

* Наблюдение психиатра.
* Соблюдение режима дня и исключение чрезмерных психических и физических нагрузок, психотравмирующих ситуаций.
* Аутотренинг.
* Трудотерапия.
* Постоянный прием азалептина: 100 мг (1 таблетка) ежедневно перед сном; при необходимости - увеличение дозы до 200 мг/сут.

**Используемые источники**

1. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии. - М., 1986.
2. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.В. Снежевского. - М., 1983.
3. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. Г.В. Морозова. - М., 1988.
4. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности: Основные положения, исследова­ния и применение.- Санкт-Петербург: Питер, 1997. - 700 с.
5. Брунер Дж. Психология познания. За пределами непосредственной ин­формации: Перев. с англ. К.И. Бабицкого; Предисловие и общ. ред. Лурия А.Р. - М.: Прогресс, 1977.- 412с.
6. Леонтьев А.Н. Понятие отражения и его значение для психологии. // Вопросы философии.- 1966.- N12.- С.5-53.
7. Общая психология. Учебник для пед.институтов / Под ред. А.В. Пет­ровского. - М.: Просвещение, 1986.- 463 с.
8. Платонов К.К. Система психологии и теория отражения. - М.: Наука, 1982. - 309 с.
9. Курс лекций, читаемых на кафедре психиатрии и нервных болезней с курсами нейрохирургии и медицинской генетики.