

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра психиатрии,
наркологии и медицинской психологии**

С. В. ТОЛКАНЕЦ, О. В. ШИЛОВА

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
ПО ПСИХИАТРИИ**

для студентов 5 курса лечебного факультета

**Гомель
ГомГМУ
2016**

УДК 616.89 (072)
ББК 56.14я7
Т 52

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий отделением клинической психофармакологии отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.

В.П.Сербского,

С.А. Игумнов;

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Гродненского государственного медицинского университета»

В.А. Карпюк

Толканец, С.В., Шилова, О.В.

Т 52 Учебная история болезни по психиатрии: учеб.-метод. пособие для студентов V курса лечебного факультета медицинских вузов / С.В. Толканец, О.В. Шилова.– Гомель: ГомГМУ, 2016 – 14 с.

Учебная история болезни по психиатрии для студентов 5 курсов лечебного факультета высших медицинских учебных заведений.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом УО «Гомельский государственный медицинский университет»

декабря 2016 г., протокол №

УДК616.89 (072)
ББК 56.14я7

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2016

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

История болезни – учетно-оперативный документ, составляемый в стационарном медицинском учреждении и предназначенный для регистрации сведений о пациенте, течении и исходе его заболевания, лечебных мероприятиях, проведенных за время его лечения в учреждении. Название документа – медицинская карта стационарного пациента. История болезни является не только медицинским, но и юридическим, и научным документом. Основным методом изучения состояния пациента является клинический – психопатологический, суть которого в управляемом расспросе и наблюдении за пациентом для выявления патологических проявлений в психической сфере. В процессе беседы (клинического интервью) с пациентом необходимо применение нескольких подходов:

Инсайт-ориентированная техника основана на эмпатии (сопереживании), попытки «вчувствования» в переживания пациента.

Симптом-ориентированная техника нацелена на выявление собственно симптомов нарушения психических функций (сознания, восприятия, эмоционально-волевой сферы, памяти, интеллекта, мышления), проявляющихся в речи и поведении пациента, а также в его внешнем облике.

Беседу с больным рекомендуется начинать с общепринятых вопросов о самочувствии, которые помогут установить доверительные взаимоотношения с больным и дадут врачу возможность сориентироваться в направлении, по которому следует вести исследование. В процессе дальнейшей, целенаправленной беседы, необходимо определить уровень нарушения психической деятельности у исследуемого пациента больного, чтобы потом в этой области выяснить детали индивидуальных особенностей психопатологических проявлений, которые будут иметь дифференциально-диагностическое значение.

В беседе с больным врачу необходимо быть вежливым, готовым проявить сопереживание, избегать иронии и насмешек. Чтобы убедиться в наличии у больного бредовых идей, допустимо оценить реакцию пациента к попыткам разубеждения, но делать это необходимо мягко, ни в коем случае не вступая с больным в спор. В беседе с больным нужно стремиться использовать открытые вопросы (на которые больной сможет дать развернутый ответ, т.к. используя закрытые вопросы, часто можно предопределить ответ больного). Важно избегать использования психопатологических терминов (бред, депрессия, галлюцинации и пр.). Если больной сам, описывая свое состояние, использует какие-либо психиатрические термины, необходимо уточнить у него, что именно он имеет в виду, попросить описать свои переживания простыми словами, т.к. понимание подобных терминов больным может быть искаженным. Во время беседы полезно дословно записывать высказывания больного, которые в наибольшей степени характеризуют его состояние. В дальнейшем в психическом статусе можно будет привести прямую речь больного. При сообщении пациентом о том

или ином расстройстве необходимо просить привести соответствующий пример, подробно описать все проявления, обстоятельства наступления того или иного нарушения. Расспрос неотделим от наблюдения, необходимо внимательно следить за поведением больного, выражением его лица, интонацией голоса, улавливая его изменения, все движения больного.

Исключительное значение приобретает деонтологический аспект, предполагающий уважение к личности пациента, его достоинству, соответствующий такт, дистанцию, гуманное отношение и сострадание. Особое значение в психиатрии, в отличие от других специальностей, имеют правовые положения: добровольное согласие пациента на лечение, полнота предоставляемой ему информации и другие аспекты соблюдения прав человека при его освидетельствовании или помещении в стационар. Правовая регламентация определяется Законом об оказании психиатрической помощи. Особую значимость приобретает, в виду уязвимости пациентов, социальный контекст – учет внешнего окружения, решение социальных вопросов, характера наблюдения, ухода, решения вопросов трудовой и судебной экспертизы.

Основу психиатрической истории болезни составляют данные субъективного анамнеза, психический статус и дневники наблюдения врача, дополняемые служебными записями среднего медицинского персонала. Учитываются также данные объективного анамнеза (сведения, полученные от третьих лиц – родственников, коллег по работе, соседей). Получаемая таким образом информация свободна от субъективизма, дает цельное представление о пациенте и приобретает объективный характер.

При написании анамнеза и психического статуса следует, по возможности, избегать специальной терминологии, отдавая предпочтение непосредственному изложению фактов. Если можно выяснить анамнез со слов больного, то его записывают вслед за психстатусом (чтобы было видно, в каком состоянии анамнез собран). Если это не удастся, то анамнез оформляют в последующем, когда состояние больного улучшается. Если больного сопровождают близкие, то сведения собирают также с их слов. Учитываются медицинские сведения о ранее проводимом лечении: по материалу записей в амбулаторной карте, по эпикризам, в том числе полученных по запросу других психиатрических учреждений. Если пациент лечился ранее, то медицинские сведения, как правило, оказываются важными и запрашиваются в письменном виде.

Необходимо приводить высказывания больного или описывать его поведение, из чего следовала бы констатация определенных расстройств. Уместно отмечать употребляемые пациентами слова и простые выражения (например: считает, что «соседи травят через стену серной кислотой»).

Следует избегать использования обывательских, непрофессиональных и общих выражений («неадекватный», «формальный», неконтактный, «говорит ерунду», «нелепый бред...»). В то же время важно критично оце-

нивать суждения пациентов, находящихся в психотическом состоянии, соотнося их суждения с реальностью и информацией от третьих лиц.

Не следует перегружать записываемые сведения незначимой информацией (например, перечислять у взрослых пациентов перенесенные без осложнений детские инфекции или отмечать отсутствие симптомов, которые вряд ли могут быть при данном синдроме).

Стоит придерживаться определенной схемы описания, начиная его с тех расстройств, которые являются в картине главными. Если они отражаются на внешнем облике больного, в частности на его поведении, то это желательно отметить прежде всего.

В историю болезни включаются данные, отражающие исход болезни, и данные о трудоспособности больного – её сохранение или степень утраты. При выписке больного в историю болезни вносят, кем и куда выписан больной. Здесь же указываются лечебные (медикаментозные) и бытовые рекомендации. В случае смерти в историю болезни вносят данные патологоанатомического вскрытия.

Общая схема истории болезни

1. Паспортная часть
2. Жалобы
3. Анамнез жизни
4. Анамнез заболевания
5. Соматическое состояние.
6. Неврологический статус.
7. Описание психических сфер. Психический статус.
8. Клинико-лабораторные и инструментальные исследования.
9. Обоснование предварительного диагноза
10. Дифференциальный диагноз
11. Окончательный диагноз. Кодификация согласно МКБ-10
12. План лечения и реабилитации
13. Прогноз и рекомендации

СОДЕРЖАНИЕ РАЗДЕЛОВ

Общая (паспортная) часть. Указываются фамилия, имя, отчество пациента, возраст, семейное положение, образование, домашний адрес и адрес, а также телефоны близких. Профессия, занятие, инвалидность. При первом осмотре должно быть отмечено, по чьей инициативе и по какой причине обратились к психиатру или госпитализировали больного. Дата начала курации. Дата поступления в клинику: первичное, повторное.

Жалобы

Активные жалобы (если пациент их предъявляет), либо выявляемые при расспросе. Предпочтительно регистрировать жалобы словами и выражениями пациента. Учитывается очередность жалоб, выявляемых в расспросе.

Анамнез семьи и рода. Наследственная отягощенность. Анамнез со слов пациента. Объективный анамнез (анамнез со слов близких родственников). Не страдали ли родители или другие члены семьи психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, судорожными припадками, сифилисом, эндокринными и сосудистыми заболеваниями, злокачественными новообразованиями. Характер родителей. Близость или сходство темперамента с таковым у родителей. Наличие случаев самоубийств в роду. Причины смерти родителей.

Анамнез жизни: Особенности протекания беременности и родов у матери. Информация о развитии в раннем возрасте. Возрастное начало ходьбы, формирование речи.

Перенесенные в детстве болезни. Наличие невротических проявлений, судорожных реакций, нарушений речи, ночных страхов, снохождения, позднего недержания мочи.

Особенности развития в школьном периоде, периода полового созревания. Данные о полученном образовании: начало обучения в школе, успеваемость, индивидуальные склонности, взаимоотношения с учениками, участие в общественной жизни, отношения к родным и педагогам, дальнейшее образование пациента.

Трудовая деятельность. Причины перемены профессий и места работы. Отношение к труду. Использование досуга. Особые интересы, конфликты на производстве и в быту.

Прохождение военной службы (если не проходил службу – по какой причине). Условия прохождения, отношение к дисциплине, продвижение по службе, поощрения, взыскания.

Характеристики преморбида – особенности темперамента и характера пациента, его индивидуальные черты до момента настоящего заболевания.

Поведение в период опасности, реакция на жизненные неприятности. Их влияние на последующую жизнь больного. Наличие и характер психических травм - острые, длительно воздействующие. Отражается наличие раннего детского насилия в семье, факт воспитания в неполной семье, дисфункциональный или гармоничный стиль воспитания.

Ранения, физические травмы, закрытые травмы черепа, была ли при закрытых травмах черепа, потеря сознания. Злоупотребление алкоголем и другими наркотиками (характер, длительность, количество, отношение и реакция). Сведения о перенесенных пациентом расстройствах и имеющихся хронических заболеваниях, особо отмечаются те заболевания, на фоне которых могут развиваться различные психические нарушения (артериальная гипертензия, ревматизм, сахарный диабет, черепно-мозговая травма; эпизоды потери сознания).

Анамнез заболевания. Первые признаки настоящего заболевания: изменение работоспособности и характера, поведения и нарушения сна, аппетита, настроения. Острое или постепенная манифестация расстройств,

дальнейшее развитие болезни. Длительность симптоматики до обращения к психиатрам. Пытались ли справиться с проблемой и каким образом (обращались к колдунам, ходили в церковь, лечились травами и др.)?

Отмечается характер начала болезни (острое, подострое, постепенное, а также его дальнейшее течение (прогрессирующее, регрессирующее, рецидивирующее). Выясняются длительность, длительность, стойкость ремиссий, если они были, а также факторы, которые вызвали обострение болезни. Указываются предыдущие госпитализации по поводу данного заболевания (при большом их количестве – дата последней госпитализации). Описываются болезненные проявления, непосредственно предшествующие развитию расстройства: головные боли, бессонница, нарушения трудоспособности, раздражительность, неустойчивость настроения, подозрительность и др. Указывается последовательность развития психотических симптомов и то, чем непосредственно обусловлена данная госпитализация.

Данные медико-социальной, военно-врачебной экспертизы (если имеются). Находился ли на учете в психоневрологическом диспансере и по какому поводу. Какие причины, по мнению больного или его близких вызвали настоящее заболевание. Какие вредности (инфекции, интоксикации, соматические заболевания, физические и психические травмы) непосредственно предшествовали настоящему заболеванию. Эффективность различных методов лечения, применявшихся у данного больного. В этом разделе учебной истории болезни находят отражения причины и обстоятельства настоящей госпитализации.

Соматическое состояние. Телосложение, морфологическая конституция. Дисплазии. Физикальное обследование больного с описанием тяжести состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое). Отмечается положение в постели (активное, пассивное, вынужденное, фиксация), состояние кожных покровов и видимых слизистых, отражается температура тела. Посистемно описывается состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем по общепринятым методикам с отражением жизненных параметров.

Неврологический статус описывает достаточно кратко, с акцентом на патологические симптомы. Наличие неврологической симптоматики – рассеянных неврологических симптомов либо неврологических синдромов (вестибулопатия, атаксия, пирамидная недостаточность, гипоталамический синдром и др.), особенно при органической патологии, алкоголизме. Характер вегетативной дисфункции – перманентные нарушения, системные, кризовые.

Описание психического состояния

Написание психического статуса проводится после завершения беседы с больным. Психический статус должен быть описательным, без употребления психиатрических терминов, таким образом, чтобы при проверке

куратором можно было по этому клиническому описанию получить свою клиническую трактовку, квалификацию.

Начинать написание психического статуса принято с описания состояния сознания больного, которое выражается в ориентировке в пространстве, ситуации, времени и собственной личности. Целесообразно продолжить описание статуса с тех сфер психической деятельности, информация от которых получается в основном через наблюдение, то есть с внешнего облика: поведения и эмоциональных проявлений. После этого следует переходить к описанию познавательной сферы, информация о которой получается в основном через расспрос и беседу.

Пропедевтика описания

Состояние сознания: степень ясности сознания, аллопсихическая ориентировка (во времени, месте, окружающем); аутопсихическая ориентировка, наличие ясного сознания - оценка своего состояния, практическое отношение к своей болезни. Степень доступности, степень контакта с врачом, персоналом, окружающими. Отношение к беседе с врачом - активное стремление или пассивное, полное безразличие, формальное. Стремление открыть или подчеркнуть болезненные симптомы. Расстройства сознания: оглушенность, помрачение сознания: сумеречное, сновидное, суженное.

Особенности контакта, манеры, модус поведения, изложения жалоб. Витальный модус (наличие, отсутствие астении). Характер контакта – проявляет ли при этом инициативу, вежливость, корректен, фамильярен, замкнут, формален.

Внешний вид, движения и особенности контакта:

Манера держаться. Особенности позы, мимика, жесты. Тональность голоса – громкость, приглушенность, шепотная, речь. Аккуратность, неряшливость, особенности одежды (причудливость, уместность украшений). Основные спонтанные жалобы больного, их стойкость, обилие, отношение к ним.

Выразительные движения – мимика, жестикуляция – адекватность их переживаний. Особенности поз, походки, вид движений. Особенности манипуляций, ольфакторной (обнюхивание) и тактильной коммуникации, системы общения (изменение дистанции), особые комплексы поведения: гортанное покашливание, «ах-экспрессия», симптом зеркала, бормотание, и др. Особые признаки поведения: скрытые переживания тревоги, страха, депрессии, агрессии, скрытые конверсионные симптомы (ритуализированная маркировка тела, одежды).

Выраженные расстройства в психомоторной сфере: общее психомоторное возбуждение, отдельные гиперкинезы, тики, навязчивые движения. Общая замедленность, скованность, явления ступора.

Темп и ритм речи, выразительность и сила голоса, модуляция, ясность произношения, артикуляция, фонация, грамматический и синтаксический строй речи. Расстройства речи: нарушение артикуляции, фонации,

спотыкание в слогах, скандированная речь, заикания, явления сенсорной, моторной, амнестической афазии, парафазии, олигофазии. Оскудением словарного запаса, неологизмы, вычурность, витиеватость речи, аграмматизмы, склонность к вводным, лишним или дополнительным словам. Персеверативность речи.

Особенности восприятия:

Адекватность, ясность восприятия. Изменения качества восприятия: нарушение схемы тела, пространственные восприятия, временные восприятия отчужденности переживаемого, деперсонализация и дереализация, эйдетизм.

Обманы восприятия: иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, их характер и содержание; степень выраженности, постоянство или эпизодичность, влияние на поведение. Отношение пациента к обманам восприятия: критическое, аффективное (страх, заинтересованность, угнетенность), безразличное. Модальность галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные. Функциональные (гипногагические, гипнопомпические).

Сфера соматопсихики – наличие или отсутствие сенсопатий – боли конвенциональные (обычные – соматовисцеральные, отраженные рефлекторные, сегментарные), церебральные («мозговая боль») или телесные сенсации; представленность в диапазоне от сенесталгий (собственно болезненных ощущений) до расстройств анестетического полюса (соматодеперсонализации);

Сенестопатии. Психическое содержание сенестоалгий: их необычность, качество переживаний – мучительность, витальность – усмотрение угрозы жизнедеятельности, сопряженность с аффектом. Поведенческое отражение сенестопатий – стойкость, мучительность болей, неоднократное обращение к интернистам. Уточняются локализация, их миграция либо генерализация, связь со временем суток, позами, физической нагрузкой, тревогой, уточняется эффект болеутоляющих, спазмолитических препаратов, либо седативных и транквилизаторов.

Расстройства общего чувства – деперсонализация (телесная), дереализация (аллопсихическая деперсонализация).

Эмоционально-волевая сфера:

Преобладающее настроение (спокойное, тревожное, напряженное, угрюмое, веселое, гневное, раздражительное и т.д.). Динамические характеристики: лабильность и устойчивость настроения, слабодушие.

Расстройства: патологически повышенное или подавленное, склонность к сменам настроения и т.д. Спонтанное и реактивное возникновение смен настроения, их лабильность, частота и периодичность.

Качественные особенности расстройств настроения: преобладание тоскливости, вялости, заторможенности, злобности, гневливости. Дурашливая веселость.

Возбудимость эмоций: патологическое усиление эмоциональной возбудимости, повышенная истощаемость эмоционального тонуса, повышенная чувствительность, раздражительность, обидчивость, пугливость, плаксивость. Понижение эмоциональной возбудимости: вялость, эмоциональная холодность, безучастие, эмоциональная тупость.

Патологическая длительность переживаний, способность к их подавлению. Способность к переключению. Наклонность к быстро преходящим вспышкам настроения или длительным вспышкам эмоционального возбуждения.

Аффекты злобы, гнева тоски, страха. Сила и продолжительность аффекта. Патологический аффект. Физиологические проявления аффекта (вазомоторные и двигательные компоненты). Наличие (на момент осмотра либо в анамнезе) маниакальных эпизодов (маниакальный вираж)

Инстинкты и влечения: Расстройства влечений (пищевого, полового, самосохранения), эгоизм, жадность, повышенная сексуальность, онанизм. Снижение влечения. Извращения влечений. Импульсивные влечения: дромомания, клептомания, пиромания.

Интеллектуальная сфера. Установки в отношении себя и внешнего мира. Социальные установки. Стеничность, активность, решительность. Чувство собственного превосходства, переоценка своей личности, склонность к агрессивным действиям.

Астенические установки: пассивность, неуверенность, нерешительность, тревожность, сознание собственной неполноценности, стремление к компенсации своей неполноценности или недостаточности.

Общительность, избирательная общительность. Отзывчивый, замкнутый, недоверчивый, скрытный, неискренний, злобный, льстивый, грубый, мстительный, злопамятный.

Внимание: активное, пассивное, объемы напряженности - внимания. Наблюдательность, способность к длительному сосредоточению, отвлекаемость, способность к переключаемости внимания.

Память. Быстрота и точность вспоминания, запоминания, ретенция, репродукция и точность воспроизведения. Расстройства памяти на прошлые и текущие события. Парамнезии: псевдореминесценции, конфабуляции, криптомнезии. Ретро- и антероградная амнезия. Фиксационная амнезия. Мнестическая дезориентировка.

Мышление: Правильность, последовательность и логичность мышления, способность к обобщениям, суждениям и умозаключениям. Прагматическое, примитивное, мистическое, символическое. По темпу: ускоренное (в сочетании с поверхностностью), замедленное (в сочетании с вязкостью и (или) обстоятельностью). Последовательное или с нарушения-

ми логического строя Склонность к схематизации мышления, резонерство, вычурность и витиеватость.

Пространное, патологически обстоятельное. Связность мышления, аморфный характер, инкогеренция мышления. Усиленный ход, наплыв мысли, ментизм. Автоматизмы мышления. Остановка мысли с прерыванием цепи ассоциаций – *schperung* (Sch). Раздвоение, разноплановость, разорванность мышления. Отчуждение мыслей – «чужие мысли», прилипаемость или стереотипность, персеверативность мышления.

Навязчивые идеи, навязчивые мысли и отношение к ним больного. Ритуалы. Сверхценные идеи, содержание.

Бредовые идеи: содержание (отношения, воздействия, преследования, самообвинения и прочее) и структура (систематизированные, первичные или вторичные). Стойкость бредовых идей, зависимость от аффективных нарушений и расстройств восприятия. Резидуальный бред.

Интеллект. Синтез и анализ, умение оперировать своими знаниями. Комбинаторные способности (классификация, выделение четвертого лишнего, рассказ по картинкам, арифметические действия и др.). Способность к обобщению, выбору, оригинальность мышления. Способность к абстрагированию, пониманию переносного смысла (половицы, поговорки, иносказания, басни). Образование суждений, умозаключений, умение сделать вывод. Запас представлений и понятий: запас школьных знаний; общежитейские знания; уровень профессиональных сведений и знания; круг общих понятий. Соответствие уровня общих знаний полученному образованию.

Критика к окружающему, самокритика, такт, этика, учение держать себя. Степень осознания больным своей болезни (отсутствует, формальная, неполная, полная): выясняется, считает ли пациент себя больным (а не, скажем, преследуемым своими врагами); если да, то связывает ли он свое нездоровье с физическим или с психическим заболеванием; находит ли он, что нуждается в лечении. Отношение пациента к причинам поступления в стационар, его мнение об изменениях с начала болезни.

Ведущий психопатологический синдром.

Основная психопатологическая оценка связана с выделением симптомов по сферам психопатологических нарушений, описанных в общей психопатологии, и синдромов. Все синдромы делятся на позитивные и негативные. Каждый синдром может включать симптомы психопатологии разных сфер (например, памяти и мышления, сознания и восприятия), но может складываться и в пределах одной сферы (например, галлюциноз).

Принято также говорить об «осевой», клинически значимой симптоматике, свойственной нозологическим группам (диагностические критерии). Эта симптоматика отмечается во всех типологических группах данной нозологии, например, осевая симптоматика деменции как при болезни Пика, так и при сосудистых деменциях, болезни Альцгеймера или Паркин-

сона, а осевая симптоматика шизофрении отмечается как при параноидной, так и при простой шизофрении.

Общая схема диагностической последовательности задач при беседе и обследовании пациента задается последовательностью рубрик МКБ. Если есть нижеперечисленные признаки в таблице, их следует уточнить, если нет – перейти к следующему вопросу (рубрике).

№	Диагностические вопросы	Код	Рубрика
1	Определяются ли клинически, нейропсихологически и с помощью специальных объективных методов (КТ, ЯМР, ЭЭГ, эхокопия, РЭГ) признаки органического поражения мозга?	F0	Органические, включая симптоматические психические расстройства
2	Есть ли симптомы зависимости и влияния на поведение психоактивных веществ?	F1	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
3	Удается ли выявить расстройства мышления и восприятия в сочетании с экспансивным/депрессивным аффектом или эмоционально-волевым снижением (неадекватность)?	F2	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
4	Возможно ли выявить нарушения настроения и аффекта?	F3	Аффективные расстройства настроения
5	Переживается или переживался в ближайшее время стресс, в результате которых появились сомато-вегетативные нарушения или признаки соматической конверсии?	F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
6	Определяются ли синдромы расстройств сна, половой функции, приема пищи?	F5	Поведенческие, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
7	Как определяются устойчивые специфические особенности личности, её сексуальная ориентация, привычки, влечения?	F6	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
8	Какому уровню соответствует интеллект и каковы особенности его социальной реализации? Если он нарушен, то по какой причине?	F7	Умственная отсталость
9	Существуют ли в настоящее время и были ли ранее пароксизмальные состо-	G4	Эпизодические и пароксизмальные расстройства

	яния? Как они объективно подтверждаются?		
10	Можно ли определить специфические расстройства развития речи, школьных навыков и общие расстройства развития?	F8	Нарушения психологического развития
11	Есть ли признаки поведенческих и эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрасте?	F9	Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском или подростковом возрасте

В указании диагноза необходимо отметить тип течения, который может быть прогрессирующим (непрерывным), приступообразным, при котором после каждого из приступов наблюдаются когнитивные изменения, и периодическим, при которой между приступами нет изменений личности или интеллекта.

Для квалификации этапа или фазы течения патологического процесса используются понятия: острый приступ, обострение (экзацербация), терапевтическая ремиссия, спонтанная ремиссия, интермиссия (с качеством выздоровления).

Формулируется предварительный диагноз. Нозологический диагноз – название нозологической единицы, форма, вариант, тип течения болезни, стадия.

Результаты клинко-лабораторного и инструментального исследований. Результаты патопсихологического (нейропсихологического) исследования. Лабораторные исследования, включая данные ЭЭГ, эхокопии, РЭГ, КТ.

Дифференциальный диагноз проводится с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. Дифференциальная диагностика должна проводиться в первую очередь на уровне синдромов. Отмечаются причины сходства и существенные отличия между ними.

Клинический диагноз: Обоснование клинического диагноза проводится на основании характера жалоб, анамнестических сведений, объективного психиатрического статуса, проведенных диагностических мероприятий и дифференциальной диагностики. Клинический диагноз должен содержать нозологическую принадлежность, тип течения, ведущий синдром, (при шизофрении, если необходимо – вид дефекта и его выраженность), обострение либо состояние. Шифр по МКБ-10. Нозологический диагноз без указания синдрома является неинформативным и недостаточным.

Пример. Шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения. Галлюцинарно-параноидный синдром, обострение. Умеренно выраженный комбинированный (эмоционально-волевой, когнитивный) дефект. F 20.00

Пример. Биполярное аффективное расстройство. Текущий умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами. Парасуицид (нанесение порезов). F31.31 X78

План лечения. Лечение назначается исходя из ведущей симптоматики, структурированной в синдроме, вытекает из клинических показаний, согласуется с назначениями в рабочей истории болезни и анализом в группе при курации.

Указываются варианты режима стационарного наблюдения за пациентом и назначаемый вид диеты.

Назначение медикаментов определяется тропизмом психотропных средств к тем или иным симптомокомплексам по типу мишени-синдрома. Выбор препарата необходимо обосновать и кратко описать, к какой группе он относится и каков механизм его действия.

Например. Для купирования галлюцинарно-параноидного синдрома пациенту с параноидной шизофренией назначен антипсихотический препарат рисперидон в терапевтической дозе 2 мг в сутки. Препарат относится ко второму поколению (атипичный), что обуславливает более низкое количество побочных эффектов. Атипичные антипсихотики кроме блокады дофаминовых рецепторов в коре головного мозга, обладают стимулирующим действием на серотонинергическую систему.

Прогноз и рекомендации

Раздельно оценивается прогноз клинический, производственный (трудовой) и социальный.

Отмечается рекомендуемый характер наблюдения у психиатра – диспансерный либо консультативный, в соответствии с группами динамического или специального учета. При необходимости отмечается целесообразность решения социальных вопросов, направление психокоррекции, специальной психотерапии, медико-социальной реабилитации.