Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии и наркологии

Зав. кафедрой: проф. Пивень Б.Н.

Руководитель: Шереметьева И.И.

Куратор: Ширижик О.С.

Академическая история болезни

Больной: АОР 20л

Клинический диагноз: Шизофрения, простая форма.

Начало курации: 19.12.08г

Окончание курации: 23.12. 2008г

Барнаул-2008г.

Общие сведения

Больной АОР 20 лет

Образование: незаконченное высшее

Профессия: студент

Семейное положение: не женат

Инвалидность: нет

Адрес: г. Барнаул

Направлен в диспансер участковым психотерапевтом.

Дата поступления в стационар – 0.11.08г дату не помнит.

Жалобы больного:

- Чувство страха (из-за пропусков занятий)

- Тяжесть на плечах, «как будто на плечах мешок с камнями»

- Подавленность

- Плаксивость

- Сниженное настроение

- Отсутствие желания, безразличия ко всему.

## История заболевания

Изменения в психической сфере впервые были отмечены в 2003 году. Развивалось постепенно. Предшествовали возникновению заболевания: ссоры и развод родителей. Первые признаки болезни: начал плохо учится (учился хорошо), безразличность к родственникам (маме и папе), замкнутость, мало общительный (особенно сверстниками). И в сентябре 2007 года произошло депрессия с семейными проблемами и трудностью учебы, дома все подряд бросал что на руки попадется, плакал, орал на родственников, думал что если он умрет всем будет хорошо. По инициативе мамы отправился на лечение в АККПБ с диагнозом: Шизофрения. Какое лечение получал, не знает, мед карточки на руках нет. После лечения в стационаре замечает улучшения состояния. Через 1,5 – 2 месяца его выписывают из стационара. Участковый психотерапевт назначал поддерживающую терапию (какие препараты не знает). И в ноябре 2008 году тоже депрессия в легкой форме – с нагрузкой учебы и пропусками занятий (2 месяца), это связано с бродяжничеством («утром выходит на учебу и бродит по городу, заставить себя не может пойти учится, а когда мама уходит на работу, то он возвращается домой»). После участковый психотерапевт направил психоневрологический диспансер на дневной стационар.

## История жизни

Возраст родителей к моменту рождения больного: мать – 28 лет, отец – 27 лет. В семье 4 человека: больной, его сестра, мама, папа. Живут в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Отношения в семье доброжелательные. Со слов больного - любит всех, но иногда отмечает раздражительность по отношению к ним. Больше всего привязан к сестре.

Больной не знает, от какой беременности, первый ребенок. Масса тела при рождении 3560г, рост 55 см.

Вскармливание, с какого возраста начал держать голову, сидеть не знает.

Ходит с 1г. Детский сад посещает с 2 лет. В 7 лет поступил в общеобразовательную школу. Учился хорошо. Обмороков, упорной бессонницы, сонливости, навязчивых состояний не было; склонности к бессмысленным поступкам, побегам из дома нет.

После окончания учебы (11 классов) ни где не работал. В 2007г поступил в АГТУ. Брал академический отпуск на 1 год из-за болезни.

От воинской обязанности освобожден по поводу учится в АГТУ.

Семейное положение: не женат.

Вредных привычек: нет. Употребление наркотиков и токсических веществ отрицает.

Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год.

Операция - аппендэктомия. Переливания крови не было. Туберкулез, ВИЧ отрицает.

Больной адекватный, общителен, старается скрыть некоторые факты из жизни.

Состояние больного в настоящее время:

Соматическое состояние.

Больной отказался.

2. Неврологическое состояние.

Больной отказался

3. Психическое состояние.

На просьбу побеседовать с больным отреагировал без эмоций, сел на край кровати с выпрямленной спиной, руки сложил в замок на сдвинутые колени. Оставался на протяжении всего разговора в одной позе. Больной внешне опрятен, чисто одет, волосы коротко подстрижены. Контакту малодоступен. В глаза старается не смотреть. На вопросы отвечает не сразу, по существу, отрывисто, без эмоций. На вопросы о своей болезни отвечает «не знаю», «не помню». Периодически заикается. Лицо гипомимично. Сознание больного ясное. Ориентируется в пространстве, времени и собственной личности. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации отрицает. Бредовых идей, навязчивых состояний не возникает. Больной не критичен к своему состоянию. События воспроизводит хорошо, помнит свою дату рождения, поступления в школу, дату нынешней госпитализации не помнит. Трехзначные числа запоминает хорошо. Интеллект соответствует возрасту, среде и полученному образованию. Словарный запас достаточный. Любит читать, смотреть телевизор (фильмы фантастики, боевики), гулять. Расстройства восприятия не выявлено. Способность к абстракции не нарушена. Эмоционально уплощен. Настроение пониженное. Внимание неустойчивое.

Экспериментально-психологическое тестирование:

Счет 100 – 7 с ошибками. Из 10 слов вспоминает 5 слов подряд, затем сбивается. Пословицы и метафоры объясняет правильно. Отыскивание чисел по таблице Шульте - 55 секунд.

Предварительный диагноз:

На основании жалоб, данных анамнеза, объективного статуса можно поставить следующий диагноз:

Шизофрения, простая форма.

План дополнительных методов исследования:

Лабораторные методы:

1. ОАК

2. ОАМ

Консультации специалистов:

физиотерапевт

реабилитолог

окулист

патопсихолог

логопед

Инструментальные методы:

- ЭЭГ

Результаты дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови:

Нв 133 г/л. Лейкоциты 4\*10^9/л. СОЭ 16 мм/ч.

Заключение: без патологии

Общий анализ мочи:

Удельный вес 1013, светло-желтая, прозрачная. Белок отр. Сахар отр. Эпителий отр. Соли отр.

Заключение: без патологии

Консультация офтальмолога.

Заключение: без патологии.

Консультация физиотерапевта.

Заключение: физиотерапевтические процедуры не показаны.

Реабилитолог: ЛФК и массаж не показаны.

ЭЭГ.

Заключение: локальной и пароксизмальной патологической активности, паттернов эпилептических приступов на момент регистрации не выявлено. Основная активность соответствует возрасту.

## Дневник

19.12.08г.

t-36,5С. ЧСС 85 в мин. АД 100/60 мм рт ст.

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. В соматическом статусе без изменений.

Психический статус: без изменений. Сохраняется пониженное настроение, обеднение эмоций.

Сон и аппетит не страдает.

Больной готовится к выписке.

23.12.08г.

t-36,5С. ЧСС 85 в мин. АД 120/80 мм рт ст.

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. В соматическом статусе без изменений.

Психический статус: без изменений. Сохраняется пониженное настроение, обеднение эмоций.

Сон и аппетит не страдает.

Больной готовится к выписке.

## Клинический диагноз

На основании жалоб больного чувство страха (из-за пропусков занятий), тяжесть на плечах, «как будто на плечах мешок с камнями», подавленность, плаксивость, безразличия ко всему, сниженное настроение, отсутствие желания, что в патологический процесс вовлечена психическая сфера.

Из анамнеза заболевания известно, что у больного болезнь развивалось постепенно, предшествовали возникновению заболевания: ссоры и развод родителей. Первые признаки болезни: начал плохо учится (учился хорошо), безразличность к родственникам (маме и папе), замкнутость, мало общительный (особенно сверстниками), пропусками занятий (2 месяца), это связано с бродяжничеством («утром выходит на учебу и бродит по городу, заставить себя не может пойти учится, а когда мама уходит на работу, то он возвращается домой») – это говорит о простой форме. Лечился в АККПБ с диагнозом шизофрения.

Учитывая, что больной лечился в АККПБ с диагнозом шизофрения, постепенное развитие заболевания (4 года), отсутствие ремиссий, наличие у больного постепенно развивающихся негативных расстройств, таких как начал плохо учится, безразличность к родственникам, замкнутость, пропусками занятий (2 месяца), это связано с бродяжничеством, которые имеют решающее значение при постановке диагноза можно поставить следующий диагноз: Шизофрения, простая форма.

## Дифференциальный диагноз

1. Дифференциальный диагноз с МДП.

Для маниакально-депрессивного психоза характерны приступообразное течение (в виде фаз), полное восстановление психического здоровья между приступами и отсутствие изменений личности после многократных приступов болезни, в то время как у данной больной с каждым приступом заболевания состояние ухудшается. Каждый приступ характеризуется четкой связью и единством как психопатологических, так и вегетативно-соматических нарушений с явным преобладанием симпатикотонии. В отличие от маниакально-депрессивного психоза при периодической шизофрении чаще обнаруживается несоответствие как между аффективными, двигательными и идеаторными расстройствами, так и вегетативно-соматическими, при которых не наблюдается преобладания симпатикотонии.

Также при МДП имеет место маниакальная фаза с повышением настроения, переоценкой своих возможностей, в то время, как у данной больной такого не отмечается, отмечалось.

При маниакально-депрессивном психозе чаще обнаруживается наследственное предрасположение: у родителей или близких родственников наблюдаются либо отчетливые приступы болезни, либо субклинические колебания настроения, у данной больной, как следует из анамнеза жизни родственники психическими заболеваниями не страдали.

2. Дифференциальный диагноз с неврозами.

При затяжных неврозах обычно имеют место психотравмирующие ситуации, не имеющие связи со временем года, в то время как данная больная в психотравмирующих ситуациях не находилась, течение заболевания носит сезонный характер. Неврозы могут возникать в любой период жизни человека, с различной частотой, у данной больной обострения возникают практически ежегодно в одно и то же время. При неврозах не наблюдается галлюцинаций, у данной больной имеются галлюцинации. В случае невроза после ликвидации психотравмирующей ситуации обычно происходит излечение невроза, чего не происходит при шизофрении, которая носит сезонный характер.

Лечение:

Rp. Sonapaxi 0,025

D. t. d. № 60 in Dragee

S. по 1 драже 3 раза в день.

Нейролептик, антипсихотический. Производное фенотиазина.

Также показаны ноотропные препараты и общеукрепляющая терапия:

Ноотропные препараты

Rp. Pyracetami 0,4

D. t. d. N.60 in capsulis

S. По одной капсуле 3 раза в день.

Лечебные свойства пирацетама определяются его способностью улучшать интегративную деятельность мозга, способствовать консолидации памяти, улучшать процессы обучения, восстанавливать и стабилизировать нарушенные функции мозга.

Витаминные и поливитаминные препараты

Rp. Sol. Acidi аscorbinici 5% - 1 ml

D. t. d. N.20 in ampullis

S. По 1 мл в/м 2 раза в день.

Rp. Dragee "Undevitum" N.50

D. S. По 1 драже 3 раза в день.

## Прогноз

У данного ребенка прогноз неблагоприятный, т.к. имеют место следующие условия: медленное постепенное начало заболевания, ясное сознание, отсутствие ремиссий. Быстрое формирование апатоабулического синдрома с полной утратой трудоспособности. Возможно, удастся снизить частоту обострений заболевания.

Социально-профилактические мероприятия и рекомендации:

1. Трудоспособность у больного сохранена, но не разрешается больного допускать к работам, требующим концентрации внимания, быстрой реакции, сосредоточенности. Больной может выполнять посильную, не утомляющую работу.

2. В судмедэкспертизе нет надобности, так как правонарушения больной не совершал.

3. Характер режима: Особых ограничений в режиме питания, соблюдать диету.

4. Поддерживающая терапия - прием поливитаминных препаратов, наблюдение у участкового психиатра.

## Литература

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.: ил

2.Н. Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина, Психиатрия и наркология: учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 832 с.: ил.

3. Лекции по психиатрии

4. Машковский М.Д. «Лекарственные средства». – 15-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2005. – 1200 с.: ил.

5. «Психиатрия и наркология», методические материалы. – Барнаул, АГМУ, 2005. – 108 с.