ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранении России

Кафедра психиатрии и наркологии

Заведующий кафедрой профессор, д.м.н. Яхин К.К.

История болезни

ФИО, 22 года

Клинический диагноз: Шизофрения. Гебефреническая форма

Непрерывно-прогредиентный тип

Выполнила: студентка гр. 2506

Гайнуллина С.Р.

Преподаватель: к.м.н., ассистент

Орлов Г.В.

Казань,2014

1. Общие сведения

. Ф.И.О.:

. Год рождения: 1992г.

.Образование: 9 классов общеобразовательной школы, СПТУ

. Род занятий: не работает

. Семейное положение: не женат

. Место жительство: Кайбицкий район, село Большие Подберезье

.Дата поступления в психиатрический стационар: 18.07.14 г

. Субъективный анамнез

. Жалобы больного на момент курации:

Жалобы на слуховые галлюцинации в виде детских голосов.

. История жизни и настоящего заболевания.

Анамнез (собран со слов больного)

Родился в 1992 году в Казани, является единственным ребенком в семье. Данных о течении беременности матери нет. Ближайшие родственники - бабушка, дядя, психически здоровы. Отец умер, когда пациенту было 4 года. В школу пошел в 7 лет. Материал усваивал хорошо. Учился на 4 и 5. Любимым предметом в школе была география. Закончив 9 классов, поступил в СПТУ Кайбицкого района. Учился на тракториста- машиниста. В 2010-2011 годах был в армии. Там был сильно избит сослуживцами и получил сильный удар в голову. После чего начались слуховые галлюцинации (слышал мужские и женские голоса). Пролежал в психиатрической больнице. После армии вновь поступил в СПТУ на оператора ЭВМ.

На данный момент живет с мамой. Атмосфера в семье благополучная, отношения между родственниками теплые.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, грипп. Туберкулёз, гепатит - отрицает. Гемотрансфузий, переливаний эритроцитарной массы не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

По словам больного, не курит, не пьет спиртных напитков и не употребляет наркотики.

История настоящего заболевания (Anamnesis morbi):

Пациент болен с 1998 года когда был впервые госпитализирован в психиатрическую больницу. В дальнейшем 6 раз госпитализировался в психиатрическую больницу добровольно, находился на диспансерном наблюдении. Во второю госпитализацию был поставлен диагноз шизофрения. Последняя госпитализация от 2014 году. Доставлен в психиатрическую больницу добровольно.

Настоящая госпитализация связана с появившимися вновь у больного голосов (детские голоса).

. Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, адекватен, ориентирован в пространстве и времени. Положение активное, походка ровная, передвижение не затруднено. Телосложение правильное ,соответствует возрасту и полу. Нормостенической конституции. Аномалии развития отсутствуют. Пониженного питания: Кожа обычного цвета, тёплая, нормальной влажности и эластичности (тургора). Подкожная жировая клетчатка однородной консистенции, отёков и пастозности нет. Волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. Кожа волосистой части головы чистая. Волосы и ногти не изменены.

Сердечнососудистая система:

При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный равномерный, ритмичный, частотой 78-82 в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, не расщеплены. Нет дополнительных тонов, шумы отсутствуют во всех точках выслушивания. Артериальное давление - 110/70 мм. рт. ст

Система органов дыхания:

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки не деформированы. Частота дыхания составляет 16 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Смешанный тип дыхания. При аускультации над лёгкими с обеих сторон дыхание везикулярное. Хрипов нет. Крепитация и шум трения плевры не выслушиваются.

Органы брюшной полости:

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания .Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются. При поверхностной пальпации живот слегка мягкий, безболезненный, брюшной пресс достаточно развит.

Мочеполовая система:

Поясничная область при осмотре не изменена. Поколачивание по пояснице безболезненно. Мочеиспускание не нарушено.

Нервная система:

Больной контактен, общительный, адекватный,, ориентирован в обстановке и времени. Сознание ясное. Сон нарушен. Со стороны всех пар черепно-мозговых нервов очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Лицо симметричное. Движения во всех конечностях в полном объёме. Чувствительность не нарушена. Речь не затруднена. Движения глаз в полном объёме, нистагма нет.

4. Психический статус

Сознание

Ориентация больного во времени, пространстве и собственной личности сохранена. Больной отчетливо представляет место своего нахождении, правильно его называет, правильно указывает год, месяц и число (ориентируется в календарном времени), узнает кураторов при повторных посещениях. Признаков фрагментарности мышления не выявлено.

Симптомов выключения сознания также не отмечено: больной реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к нему вопросы разной степени сложности, реагирует на них адекватно. Сонливости нет.

Судорожных или бессудорожных припадков у больного в течении жизни не было.

Эпизоды амнезий больной отрицает.

Заключение: расстройств сознания не выявлено.

Восприятие

В сфере восприятия у больного отмечаются расстройства: он слышит "голоса, пение". Голоса детские, в которых он не узнает родственников и друзей. Гипер- и гипостезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больной также не предъявлял.

Заключение: имеется качественное нарушение восприятия в виде слуховых галлюцинаций.

Внимание

Больной оценивает себя как внимательного человека, считает, что способен читать и работать в любой обстановке. Признаков истощаемости внимания не отмечено (беседы с больным продолжались до 1 часа, и больной не проявлял усталости). Активное и пассивное внимание не снижено. Заключение: расстройств внимания не выявлено.

Память

Больной оценивает свою память как "среднюю", лучше развита у него моторная и зрительная память. События своего детства и юности помнит хорошо. Базовые знания сохранены: больной без колебаний называет имя матери, брата, их возраст, даты их рождения, и т. д. Псевдореминисценций и конфабуляций больной не демонстрирует. Нарушений чувства знакомости нет.

Заключение: Расстройств памяти не выявлено.

Мимика

Мимика богатая, живая, выразительная. Во время беседы мимика больного периодически сменялась в зависимости от того, что он говорит (интерес, внимание, улыбка, удовольствие, злость).

Больной легко вступает в речевой контакт, охотно рассказывает.

Жестикуляция

В начале беседы поздоровался, представился, сел на кушетку. Неловкости при беседе не наблюдалось. Координация и моторная ловкость не нарушена.

Мышление: Голос средний по звучанию. Речь по темпу не изменена. Мышление в среднем темпе, стройное.

Эмоции.

Свое настроение в данный момент больной оценивает как хорошее. Не злопамятный, легко прощает нанесенную обиду, свой характер определяет как "добрый, покладистый".

Колебания настроения в зависимости от времени суток больной не отмечает.

Суицидальных мыслей никогда не возникало.

Двигательно-волевая сфера.

Больной опрятен. Часто упоминает о том, что очень хочет домой, соскучился по дому. Формальные способности: Устный счёт не нарушен (но считает медленно), оскуднения психики, сужения кругозора, потери школьных и житейских навыков и знаний нет. Можно сделать вывод, что интеллект в данное время соответствует полученному образованию и предполагаемому жизненному опыту.

Поведение, контактность больной:

Внешний облик больной обычный, спокойный, опрятный. На беседу в комнату пришел самостоятельно, разговаривает охотно, выражение лица спокойное, взгляд осмысленный, сосредоточенный, слушает сосредоточенно, не отвлекается, понимает содержание всех вопросов. На вопросы общие и касающиеся заболевания отвечает по существу (на некоторые вопросы о заболевании отказался отвечать), симуляции или диссимуляции нет.

Свои жалобы излагает активно и обстоятельно. Жалобы на слуховые галлюцинации (детские голоса).

. Клинический статус

На основании:

\* жалоб больного на:

слуховые галлюцинации

данных анамнеза:

впервые в 6 лет впервые госпитализирован в психиатрическую больницу поскольку как смеялся по ночам, слышал голоса, пение детей. Во 2 госпитализацию поставлен диагноз шизофрения. Наблюдался психиатром, лечился.

\* данных объективного обследования:

у больного иногда выявляется апатичность, подавленность, снижение настроения.

в ходе беседы бредовых идей не высказывает.

зрительных галлюцинаций нет.

на протяжении 14 лет 6 госпитализаций, так как заболевание началось в подростковом возрасте можно говорить о гебефренической шизофрении непрерывно-проградиентном течении с регулярными признаками.

Таким образом, можно сделать вывод о наличии у больного параноидной шизофрении, непрерывно-прогредиентного типа течения.

. Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз проводится с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. В виду того, что у больного отмечается значительное снижение настроения, замкнутость, подавленность, следует отдифференцировать это заболевание от депрессии, но при депрессии нет галлюцинаций, которые есть у больного (по данным анамнеза).

Также следует отдифференцировать от других типов шизофрении (кататоническая, гебефреническая, простая, вялотекущая, циркулярная и особые формы), а также с другими типами течения шизофрении (непрерывно-прогредиентная, периодическая).

По клиническим симптомам:

гебефреническая шизофрения - начинается в подростковом или юношеском возрасте. Характерна нелепая дурашливость, грубое кривлянье, утрированные гримасы, нелепый хохот, "холодная эйфория", говорят неестественным голосом (патетическим тоном или сюсюкают), нецензурно браняться, коверкают слова. Временами бывает двигательное возбуждение (бегают, кувыркаются, валяются по полу, походя бьют других. Могут нарочно мочиться и испражняться в постели или в одежде. Прожорливость сочетается с расшвыриванием пищи.

кататоническая шизофрения - встречается редко, чередование кататонического возбуждения и обездвиженности (ступора) с полным молчанием (мутизмом). Кататоническое возбуждение: стереотипно повторяющиеся бесцельные действия и немотивированная импульсивная агрессия - бьют и крушат всё вокруг. Негативизм. В речи - персеверация, вербигирация, эхолалия. Также эхомимия, эхопраксия. Может быть ригидный ступор, восковая гибкость, вялый ступор или негативистический.

простая форма шизофрении - начинается постепенно, родственники долго не видят изменений. Исчезает интерес ко всему, к хобби, увлечениям, друзьям. Сидят дома, ничего не делают. К родным относятся безразлично или враждебно, замкнутые, молчаливые. Монотонный голос. Не следят за одехдой, не моются, не меняют бельё, спят не раздеваясь. Беспричинная агрессия к окружающим. Бедность речи, "обрывы", "соскальзывания", неологизмы. Стойкого бреда и галлюцинаций нет.

вялотекущая шизофрения - неврозоподобная: обсессии, нелепые ритуалы, различные фобии, навязчивости вплоть до суицида, ипохондрические жалобы, мучительные сенестопатии, астения, ощущение потери всех чувств, дисморфомании, анорексия. Психопатоподобная: усиливается замкнутость, неприязненное отношение к близким, особенно к матери, падают успеваемость и трудоспособность, жизнь заполняется патологическими увлечениями. Больные часами делают выписки из книг, составляют какие-то схемы, деятельность непродуктивна. Нелепые фантазии. Неряшливость, характерна холодная изуверская жестокость, беспричинные аффекты злобы. Любят надолго уходить из дома, жить в подвалах в одиночку. пациент анамнез диагноз шизофрения

Паранойя: характерен монотематический бред изобретательства, ревности, преследования, величия. Могут быть иллюзии, галлюцинаций нет. Чаще развивается после психических травм. Бред внешне выглядит крайне правдоподобно, основывается на реальных событиях.

приступообразная шизофрения - острая полиморфная шизофрения: на фоне бессонницы, тревоги, растерянности, недопонимания происходящего проявляется крайняя эмоциональная лабильность - страх чередуется с эйфорией, плач со злобной агрессией. Слуховые, вербальные, обонятельные галлюцинации, псевдогаллюцинации. Бредовые высказывания отрывочны, их провоцирует обстановка? тут же забываются. Характерен бред инсценировки. Может быть выздоровление и без лечения.

При приступообразно-прогредиентном типе течения у больных бывают довольно длительные периоды стойких ремиссий. Рекуррентный тип отличается тем, что каждый приступ развёртывается в виде атипичной депрессивной или маниакальной фазы.

#### . Лечение

Основой лечения больных с диагнозом шизофрения является:

· медикаментозная терапия,

· формирование доверительных отношений больного с опытным специалистом,

При лечении шизофрении используют следующие группы препаратов:

. нейролептики

. антидепрессанты

. нормотимики (регулирующие аффективную сферу)

. ноотропы

. психостимуляторы

На первом месте по эффективности стоят нейролептики:.: Sol. Haloperidoli 0,5%-1.0.t.d. №5 in amp.. По 1 мл 2 раза в день в/м.. Dragee Aminazini 0,05 №30.S. Принимать внутрь по 2 драже на ночь, после еды.

Социальная терапия:

психотерапия

методы социальной реабилитации