## Паспортная часть

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 28.09.1960г.

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

Место работы: инвалид 2 группы

Дата поступления:22.07.2012 г.

#### Обстоятельства, послужившие поводом для госпитализации

Доставлена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с ухудшением псих. состояния: постоянно кого-то боится, ночью не спит, слышит голоса угрожающего характера. Жалобы на слуховые галлюцинации, страх.

#### Анамнез жизни

Родилась в сельской местности. В детстве жила с родителями и сестрой. Взаимоотношения в семье складывались доверительные. В школу пошла в 7 лет. Отношения со сверстниками и учителями складывались хорошие. Училась удовлетворительно, от сверстников в учебе не отставала.

Из вредных привычек отмечает курение 20 лет по 1 пачке в день, употребление алкоголя.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные

Из перенесенных заболеваний отмечает, простудные, ЧМТ, бронхит.

ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

Психопатологическая наследственность не отягощена.

**Анамнез заболевания**

Злоупотребляет спиртными напитками с 1981г. Пьёт запоями по 2 недели. Толерантность 1 бутылка водки. Пьёт водку, суррогаты. Опохмеляется. Сформирован АС в виде тошноты, рвоты, сердцебиения. Дважды кодировалась - первый раз несколько лет назад (не помнит) – ремиссии не было, второй раз в мае 2009 г. Ремиссия полгода. В 2010 году лечилась с диагнозом: Психотическое галлюцинаторное расстройство в результате употребления алкоголя. Парасуицид. Алкогольная зависимость средней стадии. За последние несколько лет неоднократно перенесла алкогольные психозы. Постепенно ухудшилась память. С 2010 нарастали явления деменции. Последняя госпитализация- с 18.06.12г. по 09.07.12г. после выписки лечение не принимала, выпивала. Доставлена для лечения.

.

**Status praesens objectivus**

* При общем осмотре:

Состояние больной удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица и глаз доброжелательное.

Телосложение правильное. При осмотре кожных покровов кожа бледно - розовая, нормальной влажности, теплая на ощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушения нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен, отмечаются ожоги дистальных фаланг 2 и 3 пальцев кистей от сигарет. При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения женский, волосы густые. Пальцы и ногти обычной формы, "барабанных палочек" и "часовых стекол" нет, ногти на руках блестящие, ровные, исчерченности и ломкости ногтей нет.

При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, толщина 1 см, распределена равномерно, отеков нет. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и покалачивании безболезненны. В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении нет.

###### *Органы дыхания*:

## Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер прямой. Надключичные и подключичные ямки сглажены. Межреберные промежутки прослеживаются. Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания – смешанный. Частота дыхательных движений 16 в минуту.

# Сравнительная перкуссия: на симметричных участках перкуторный звук ясный легочной.

Топографическая перкуссия: Высота стояния верхушки легких спреди справа и слева на 4 см выше края ключицыю сзади соответствует уровню остистого отростка VII шейного позвонкасправа и слева. Ширина полей Крейнинга справа 5см, слева 6см.

## Нижние границы правого легкого: по l. рarasternalis - верхний край 6-го ребра по l. medioclavicularis - нижний край 6-го ребра по l. axillaris anterior - 7 ребро по l. axillaris media - 8 ребро по l. axillaris posterior - 9 ребро по l. scapularis - 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого: по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 8 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

# Аускультация

Дыхание везикулярное, хрипы и крепитация отсутствуют. Бронхофония одинаковая на симметричных участках грудной клетки, не изменена

# Пальпация

## Грудная клетка эластическая, безболезненна. Голосовое дрожание симметричное.

***Сердечно-сосудистая система*:**

Выпячиваний гр. клетки в области сердца нет Верхушечный толчок, сердечный толчок, сердечный горб, пульсация периферических артерий отсутствуют

# Пальпация

## Сердечный толчок и диастолическое дрожание не пальпируется.

## Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, распространенный высокий резистентный, при положении на левом смещается влево.

Пульс на лучевых артериях одинаковый на обеих руках, ритмичный 60 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной и голеностопной артерий. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. на обеих руках.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости: Правая - в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

## Левая - в 5-м межреберье по среднеключичной линии

Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae

## Границы абсолютной сердечной тупости: Правая - по левому краю грудины в 4-м межреберье Левая - в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя - на уровне 4-го ребра

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях справа и слева.

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Наблюдается акцент второго тона на аорте

***Система органов пищеварения:***

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная. Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Нижний край печени умеренно закруглённый, ровный, эластичный, безболезненный, не выступает из-под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по краю реберной дуги слева 7 см.

*Мочеполовая система:*

## Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

**Нервная система**

Больная в сознании, ориентирована в пространстве и времени. Лицо симметрично, реакция зрачков на свет сохранена. Нарушений со стороны черепно-мозговых нервов нет, корнеальный рефлекс сохранен. Сухожильные, надкостничные, поверхностные рефлексы нормальной выраженности. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена.

Менингиальные симптомы отрицательные. Вазомоторных расстройств нет. Потоотделение и слюноотделение в норме.

При общем осмотре мускулатуры конечностей и туловища атрофий, гипертрофий не обнаружено. Объем активных и пассивных движений во всех суставах полный, в одноименных суставах амплитуда движений одинакова.

**Психический статус**

*Внешний вид больного в целом*

Походка медленная, шаркающая. Осанка не ровная, горбится. Выражение глаз апатичное, глаза немного впалые. Мимика скудная, выражена плохо, движения скованные, жестикуляция отсутствует. Больничная форма чистая, опрятная. Беседу поддерживает, интереса не проявляет, сосредоточено честно, обдумав ответ, отвечает на вопросы. Содержание беседы, вопросов понимает. Голос тихий, монотонный. Словарный запас скудный.

*Сознание и его расстройства*

Находится в сознании. Немного заторможена.

*Расстройства восприятия*

Имеет место слуховая галлюцинация. Наталья Васильевна слышит голоса, мужские, угрожающего характера. Связывает это с проблемами психического здоровья. Ориентируется в пространстве и времени.

*Память и её расстройства*

Фиксационная память снижена (из 10 предложенных для запоминания слов, было воспроизведено 5). Логически смысловая память (основное содержание предложенного рассказа было передано частично). Запасы памяти (ретенция) снижены (долго вспоминала, перечисляя места работы сыновей). Репродуктивная память снижена (на вопрос о том, когда была первая мировая война – 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. При вычитании из 100 по 7, вычитает правильно только 1 раз, после задумывается. На вопрос, сколько будет семь умножить на восемь, не отвечает.

*Интеллект*

Уровень интеллекта снижен. Запас знаний – недостаточный (таблицу умножения воспроизвела с ошибками). На простые вопросы отвечала не сразу , без детализации, кратко. На более сложные вопросы отвечала с заминкой, приходилось упрощать вопрос или подбирать другие слова. Не может объяснить значение всех пословиц и поговорок. Аналитические возможности снижены (выявляет сходства и различия только простых понятий). Подбор синонимов и антонимов затруднён (пациентка задумывается). Способность пополнять знания низкая (не интересуемые ей данные не пыталась даже запомнить). Критика к своей болезни есть, понимает, почему госпитализирована.

*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. Не наблюдается застойное застревание на одном представлении, понятии. Темп мышления снижен (уменьшение ассоциаций в единицу времени). Дизартрии не наблюдается. Словарный запас ограничен.

*Эмоции. Чувства*

Свое настроение в данный момент пациентка оценивает как хорошее. Отмечает колебания настроения в течение суток; понижение аппетита. Суицидные мысли не возникали. Говорит спокойно. В эмоциональных отношениях с близкими хорошие, доверительные отношения. При исследовании настроения выявлено спокойствие, интерес к жизни отсутствует.

*Двигательно-волевая сфера*

Расстройства влечений: снижение полового влечения (считает себя старой); влечение к алкоголю не отрицает, но наркотикам отрицает; извращения инстинкта самосохраненияне отмечено; пищевое влечение снижено. Расстройства воли и действий не выявлено.

*Личность*

Темперамент (по Гиппократу) – меланхолик. Тип высшей нервной деятельности (по И.П.Павлову) - уравновешенный. Характер – спокойный, проявляет рассудительность. Женщина не общительна, не охотно поддерживает беседу. Интересы: смотреть телевизор, спать, принимать пищу. Отношение к другим людям боязливое («с сыновьями я в хороших отношениях, мы не ссоримся, но боюсь окружающих, всех, кроме врачей»). Реакция на болезнь: считает себя больной («в больницу легла из-за чрезмерного страха и голоса в голове»).

***Данные лабораторных исследований***:

**Клинический анализ крови.**

гемоглобин 120 г\л

эритроциты 4.2 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 9,85 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1 %

сегментоядерные 53%

лимфоциты 43%

моноциты 4%

СОЭ 3 мм\ч

**Анализ мочи.**

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1007

белок нет

сахар нет

лейкоциты 0-2 в поле зрения

эритроциты ед. в поле зрения

эпителий плоский нет

Анализ мочи в пределах нормы

**Биохимический анализ крови**

Глюкоза 3,5 ммоль/л

Мочевина 6,5 ммоль/л

Белок 63 г/л

Общ холестерин 4,3 ммоль/л

Билирубин общ. 9,4 ммоль/л

АлАТ 38 ед/л

АсАТ 36 ед/л

ЛДГ 440ед/л

#### Предварительный диагноз

Деменция сложного генеза с преходящими психотическими симптомами

#### Дифференциальный диагноз

Деменцию следует отличать от других органических психосиндромов и от психических расстройств неорганического характера.

Делирий. Делирий и деменцию иногда трудно отличить друг от друга, а порой даже невозможно. Для делирия характерно острое начало, небольшая продолжительность, колебания выраженности когнитивных нарушений в течение дня, ночная экзацербация симптомов, значительные нарушения цикла сон-бодрствование и выраженные расстройства внимания и восприятия. Галлюцинации, особенно зрительные, и транзиторный бред более характерны для делирия, чем для деменции. Психическое расстройство органического характера, продолжающееся более нескольких месяцев, скорее представляет собой деменцию, чем делирий (см. в этой главе выше: «Дифференциально-диагностические критерии делирия и деменции»).

Расстройства настроения. Дифференциальный диагноз между деменцией и заболеваниями, связанными с расстройством настроения, особенно депрессией, является одной из существенных проблем. Деменция часто сопровождается расстройством настроения депрессивного характера.

Псевдодеменция, или, как обозначено в DSM-III-R, дементный синдром депрессии, представляет собой расстройство ввиде тяжелой депрессии, характерной чертой которого являются нарушения когнитивных функций, напоминающие деменцию.

Ниже приводятся дифференциально-диагностические особенности, позволяющие отличить деменцию от депрессивной псевдодеменции.

Начало: характеризуется при деменции—интеллектуальным дефицитом, предшествующим депрессии; при псевдодеменции— депрессивные симптомы предшествуют когнитивному дефициту.

Представленность симптомов: при деменции—больной пытается приуменьшить или отрицает когнитивный дефицит, стремится скрыть его путем детализации, персеверации, изменения темы беседы; при псевдодеменции—пациент громко жалуется на нарушение памяти и интеллектуальное снижение, преувеличивает и «застревает» на этих жалобах.

Внешний вид и поведение: при деменции — больной часто неряшлив, не заботится отом, как он выглядит, манеры характеризуются шутливостью или апатичностью и безразличием, могут возникать катастрофические реакции, эмоции часто лабильны или подавлены; при псевдодеменции—больной печален, взволнован, поведение характеризуется замедленностью или ажитацией, никогда не бывает шутливым или эйфоричным, больной плачет или смеется над своим интеллектуальным нарушением, но никогда не наблюдается истинных катастрофических реакций.

Ответы на вопросы: при деменции часто уклончивы, высказываются с гневом или сарказмом, если врач настаивает на ответе, или же, если больному трудно отвечать на вопросы правильно, он их просто пропускает, при псевдодеменции ответы часто замедлены или больной отвечает: «Я не знаю».

Выполнение интеллектуального задания: при деменции — часто полностью нарушено и чрезвычайно обеднено; при псевдодеменции — часто обеднено из-за нарушений памяти, непоследовательно; если же обнаруживаются глобальные нарушения, то они связаны с тем, что больной не хочет сделать над собой усилие.

Беседы больного при амитал-натриевом воздействии: при деменции все виды когнитивной недостаточности усилены; при псевдодеменции выполнение интеллектуальных заданий улучшается.

Согласно DSM-III-R, расстройства настроения при деменции менее часты, и, если имеют место, менее первазивны, чем при депрессиях. Дефекты когнитивной функции при депрессии обычно появляются в тоже самое время, что и сама депрессия, и больной выражает озабоченность по поводу нарушения памяти. Симптомы обычно прогрессируют быстрее, чем при истинной деменции. При деменции, однако, депрессия обычно наступает вслед за интеллектуальными расстройствами, которые больной затем пытается логически объяснить за счет какой-либо причины, или отрицает их. Кроме того, при псевдодеменции могут быть указания на наличие в прошлом заболеваний аффективной сферы.

DSM-III-R утверждает, что в дементном синдроме депрессии она демаскирует расстройство центральной нервной системы, в результате которого наблюдаются клинические проявления деменции. DSM-III-R также утверждает, что при отсутствии специфического органического этиологического фактора, если симптомы депрессии по меньшей мере столь же выражены, как и симптомы, заставляющие предполагать наличие деменции, лучше всего поставить диагноз тяжелой депрессии и предположить, что симптомы, указывающие на наличие деменции, являются вторичными по отношению к депрессии.

Симулятивное заболевание. Изредка лица, пытающиеся имитировать потерю памяти при симулятивных заболеваниях, делают это грубо и непоследовательно. При деменции нарушения памяти на время и место наступают раньше, чем ориентировка в собственной личности, а память на текущие события нарушается раньше, чем память на отдаленное прошлое.

Шизофрения. Шизофрения представляет собой заболевание, отчетливо связанное с нарушениями сенсорной сферы. Шизофрения, особенно ее хроническая форма, может быть в какой-то мере связана с интеллектуальными расстройствами. DSM-III-R утверждает, что отсутствие определенной патологии мозга помогает исключить дополнительное диагностирование деменции.

Нормальное старение. Нормальное старение характеризуется снижением скорости мыслительных процессов и затрудненным запоминанием нового материала. Однако эти изменения не мешают больному вести привычную для него в социальном и профессиональном отношении жизнь в отличие от деменции.

**Заключительный диагноз**

На основании данных анамнеза болезни:

Злоупотребляет спиртными напитками с 1981г. Пьёт запоями по 2 недели. Толерантность 1 бутылка водки. Пьёт водку, суррогаты. Опохмеляется. Сформирован АС в виде тошноты, рвоты, сердцебиения. Дважды кодировалась - первый раз несколько лет назад (не помнит) – ремиссии не было, второй раз в мае 2009 г. Ремиссия полгода. В 2010 году лечилась с диагнозом: Психотическое галлюцинаторное расстройство в результате употребления алкоголя. Парасуицид. Алкогольная зависимость средней стадии. За последние несколько лет неоднократно перенесла алкогольные психозы. Постепенно ухудшилась память. С 2010 нарастали явления деменции. Когда появились слуховые галлюцинации: мужской голос угрожающего тона и содержания, была доставлена в Витебскую областную клиническую психиатрическую больницу, где проходит лечение.

Можно выставить диагноз: Деменция сложного генеза с преходящими психотическими симптомами.

**Прогноз:** 5% деменции обратимы, 10% поддаются терапии. В большинстве случаев заболевание неизлечимо и неуклонно прогрессирует, приводя к полному распаду психической деятельности.

***Лечение:***

Лечение деменций – попытка улучшить когнитивный дефицит.

Назначается лечение неврологом и психиатром.

Используются препараты: донепезил, галантомин, ривастигмин, мемантин. Препараты принимаются постоянно.

Курсами применяют нейропротекторы – церебролизин, цитиколин, семакс, глицин, кортексин.

Симптоматически могут назначаться антидепрессанты, транквилизаторы, снотворные.

Исключить упротребление алкоголя.

**ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ**:

19.09.12

На момент осмотра жалоб нет.

## Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована в пространстве, собственной личности, путается в числах. Кожный покров обычного цвета, тёплый, лимф.узлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Наблюдается акцент второго тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипы и крепитация отсутствуют. Бронхофония одинаковая на симметричных участках грудной клетки, не изменена Живот мягкий безболезненный. АД 130/90 мм.рт.ст пульс 60 уд/мин. ЧДД 16 в минуту

Стул, диурез сохранены, обычны.

20.09.12

На момент осмотра жалоб нет.

## Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована в пространстве, собственной личности, времени. В контакт вступает охотно. Кожный покров обычного цвета, тёплый, лимф.узлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Наблюдается акцент второго тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипы и крепитация отсутствуют. Бронхофония одинаковая на симметричных участках грудной клетки, не изменена Живот мягкий безболезненный. АД 130/90 мм.рт.ст пульс 60 уд/мин. ЧДД 16 в минуту

Стул, диурез сохранены, обычны.

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1969 года рождения

Родилась в сельской местности. В детстве жила с родителями и сестрой. Взаимоотношения в семье складывались доверительные. В школу пошла в 7 лет. Отношения со сверстниками и учителями складывались хорошие. Училась удовлетворительно, от сверстников в учебе не отставала.

Из вредных привычек отмечает курение 20 лет по 1 пачке в день, употребление алкоголя. Злоупотребляет спиртными напитками с 1981г. Пьёт запоями по 2 недели. Толерантность 1 бутылка водки. Пьёт водку, суррогаты. Опохмеляется. Сформирован АС в виде тошноты, рвоты, сердцебиения. Дважды кодировалась - первый раз несколько лет назад (не помнит) – ремиссии не было, второй раз в мае 2009 г. Ремиссия полгода. В 2010 году лечилась с диагнозом: Психотическое галлюцинаторное расстройство в результате употребления алкоголя. Парасуицид. Алкогольная зависимость средней стадии. За последние несколько лет неоднократно перенесла алкогольные психозы. Постепенно ухудшилась память.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные

Из перенесенных заболеваний отмечает, простудные, ЧМТ, бронхит.

ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

22.07.2012г. Поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: Деменция сложного генеза с преходящими психотическими симптомами. При поступлении пациентка жаловалась на страх к окружающим, наличие слуховых галлюцинаций: мужских голосов угрожающего характера. Жалоб на момент курации не предъявляет. Наследственность не отягощена. Родственников, страдающих психическими расстройствами и нервнобольных, психопатических личностей, лиц со странностями в характере, наркоманов, страдающих туберкулезом, сифилисом, злокачественными опухолями, заболеваниями обмена веществ и желез внутренней секреции в роду не было.

*ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС(кратко) :* Сознание ясное. Контакту труднодоступна. Время проводит в пределах постели. На вопросы отвечает выборочно. Лежит с зажмуренными глазами и стиснутыми зубами. Общения не ищет, испытывает страхи и угрожающие галлюцинации. Критики нет. бестолкова, слабоумна, нелепа. Интеллектуально-мнестически существенно снижена. Мышление паралогичное. малопродуктивное. На просьбы не реагирует, напротив специально сопротивляется. Ночь не спала, аппетит снижен. Тревожна и подозрительна.

*Заключительный клинический диагноз:*

Деменция сложного генеза с преходящими психотическими симптомами.