АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра психиатрии

### История болезни

#### Больная ФИО.

**Клинический диагноз: Депрессивный невроз.**

**Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь I ст.**

Преподаватель: Лобачева Людмила Станиславовна

Куратор: Матыев Игорь Владимирович 514 гр.

# Барнаул, 2008.

## **Паспортные данные**

ФИО:

Возраст: 44 лет

Национальность: русская

Образование: высшее

Профессия: юрист

Семейное положение: вдова

Род занятий: инспектор по кадрам

Место жительства: Барнаул,

## **Жалобы**

Жалобы на периодическую головную боль, локализующуюся преимущественно в теменно-затылочной и лобной областях. Головная боль усиливается к вечеру, при повышении артериального давления так же на боли в области шеи. Больная жалуется на плаксивость, повышенную раздражительность, нарушение сна, долго не может заснуть, иногда не может спать всю ночь, если засыпает, то сон поверхностный, чуткий. Иногда возникает чувство тревоги, причину которой больная не может четко определить. Отмечает жалобы на сильную утомляемость и слабость, сохраняющуюся в течение всего дня, пониженное настроение, нежелание заниматься домашними делами, и т.п. Также больная отмечает снижение памяти.

**Анамнез болезни**

Считает себя больной в течении 3 месяцев, когда впервые отметила некоторые изменения в характере, выражавшиеся в повышенной эмоциональной лабильности «плакала часто и без особенной причины», раздражительности (при воспитании, беседе со своим ребенком). Отмечает, что настроение было чаще плохим, ощущала постоянное беспокойство за ребенка. Тогда же заметила, что стала быстро утомляться при психическом напряжении, сон стал хуже, стала забывчивой. Симптомы заболевания нарастали постепенно. Связывает заболевание со стрессом перенесшим после смерти мужа, так же новость о проблемах речи своего ребенка, обстановкой в профессиональной сфере и плохими отношениями с коллегами и начальством. Значительное ухудшение состояния больная отмечает в последние дни больная отмечала нарушение сна, возникновение чувства тревоги, стала раздражительнее. Отмечает снижение желания работать по дому, «вообще что-либо делать».

**Анамнез жизни**

Наследственность: ближние родственники и родители больной психическими заболеваниями не страдали. Странности поведения членов семьи не отмечает. Вредностей во время беременности матери больная не отмечает. Сейчас проживает с сыном, в благоустроенной квартире. Бытовые условия удовлетворительные. Отношения с сыном хорошие. Очень привязана к сыну. Развитие больной: росла и развивалась нормально. Половая и семейная жизнь: живет с сыном. В течение жизни было 1 беременность и 1 роды, в срок. Венерологические заболевания отрицает. Сын здоров. Бытовые и материальные условия удовлетворительные.Перенесенные заболевания: ОРЗ, гипертоническая болезнь.

**Объективное исследование**

Состояние больной удовлетворительное, положение больной активное. Телосложение нормостеническое, подкожно-жировой слой умеренно развит. Кожные покровы сухие, чистые, тургор кожи слегка снижен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела нормальная. Перкуссия остистых отростков и паравертебральных точек безболезненна. Суставы не изменены. Дыхание везикулярное, с частотой 16/мин, хрипов в легких не выявлено. Тоны сердца ясные, ритмичные с частотой 62 уд/мин, АД 120/80. Живот мягкий, безболезненный, обычной формы, участвует в акте дыхания. Стул регулярный. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Периферических отеков не выявлено.

**Неврологический статус**

Общемозговые симптомы-головная боль.

Менингиальные симптомы-отрицательные.

**Функции черепных нервов**

I пара. Обонятельный нерв. Обоняние не нарушено.

II пара. Зрительный нерв. Зрение в норме. Цветоощущение в норме, поля зрения не изменены.

III, IV, VI пары. Глазодвигательный, блоковидный, отводящий нервы. В норме

V пара. Тройничный нерв. На коже лица и головы сохранена тактильная чувствительность. При давлении на точки выхода тройничного нерва болезненных ощущений нет. Корнеальный рефлекс отрицательный, функция жевательных мышц не нарушена, нижнечелюстной рефлекс отрицательный. Вкусовые ощущения не нарушены.

VII пара. Лицевой нерв. Глазные щели раскрыты равномерно. Сглаженности носогубной складки нет. Симптомы орального автоматизма отрицательные. Ассиметрии при исследовании состояния мимической мускулатуры не обнаружено. Вкусовые ощущения сохранены.

VIII пара. Слуховой нерв. Острота слуха на разговорную и шепотную речь не снижена.

IX, X пары. Языкоглоточный и блуждающие нервы. Фонация, глотание не нарушены. Мягкое небо подвижное. Глоточный рефлекс сохранен. Вкусовая чувствительность не нарушена. Частота пульса 62, ЧД 16.

XI пара. Добавочный нерв. Контуры и функции трапецивидных и грудинноключично-сосцевидных мышц в пределах нормы. XII пара. Подъязычный нерв. При высовывании изо рта язык не отклоняется. Речь не нарушена.

Чувствительность Поверхностная и глубокая не нарушены

Двигательные функции Походка – не нарушена. Активные и пассивные движения в пределах физиологической нормы, ограничений в суставах нет. Тонус мышц не нарушен. Контрактур не выявлено. Сила мышц рук и ног не снижены. Глубокие и поверхностные рефлексы: биципитальный (CV-CVI):триципитальный (CVII-CVIII):карпорадиальный (СV-CVIII): брюшной верхний (TVI-TVIII): брюшной средний (TIX-TX): брюшной нижний (TXI-TXII): коленный (LII-LIV):ахиллов (SI-SII): подошвенный (LV-SI): в норме

Патологические

Рефлекс Бабинского, Рефлекс Россолимо, Рефлекс Оппенгейма, Рефлекс Бехтерева-отрицательны.

Координация движении При проведении пальценосовой пробы наблюдается успешное выполнение ее правой и левой рукой. Пяточно-коленную пробу больная выполняет. При пробе на диадохокинез отмечается синхронность движений рук. В позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами больная устойчива. При ходьбе нарушений нет.

Вегетативные функции Со стороны вегетативной системы патологических изменений не выявлено.

Психическое состояние.

Активность больной снижена, выражение лица грустное. В общение вступает легко, на вопросы отвечает по сути. Ориентировка во времени, месте и собственной личности сохранна. Внимание больной не снижено, отмечается акцентирование внимания на личных переживаниях. Память на давние события сохранена. Недавние события помнит хорошо. Не отмечается снижение долговременной и кратковременной памяти. Других нарушений памяти (обманы, замена) не отмечает. Интеллект соответствует образованию и социальному уровню, способность к абстрактному мышлению и обобщениям не нарушена. Хорошо выделяет общее, понимает скрытый смысл пословиц. Эмоции соответствуют состоянию больной, восприятию, действиям. Отмечается снижение общего фона настроения. Выражение лица и жесты соответствуют настроению. Отмечается снижение стремлений и желаний. Нарушений речевых и двигательных функций не отмечено. Больная хочет избавиться от это состояния, надеется на помощь доктора, верит в выздоровление.

**Предварительный диагноз:**

Из анамнеза известно, что данное состояние больной связано со стрессом перенесшим после смерти мужа, так же новость о проблемах речи своего ребенка, обстановкой в профессиональной сфере и плохими отношениями с коллегами и начальством. Прослеживается связь психического состояния больной с психотравмирующей ситуацией. исходя из этого можно предположить, что больная страдает психогенным заболеванием. Известно, что критика к состоянию у больной сохранена, больная полностью ориентирована во времени, месте и собственной личности, это дает права предположить, что больная страдает неврозом. Данное ухудшение состояния больной выражается в проявлениях астенического синдрома (слабости, повышенной утомляемости, повышенной раздражительности) и депрессивного синдрома, т.е. в снижении настроения, ухудшении сна, снижении желаний. Т.о., учитывая возраст больной (44 лет) можно предполагать, что больная страдает депрессивным неврозом . Из анамнеза известно, что первые проявления заболевания начались 3 мес. назад, когда больная впервые почувствовала некоторые изменения в характере, выражавшиеся в повышенной эмоциональной лабильности, раздражительности, немотивированной тревоге, быстрой утомляемости. Состояние больной до сих пор не улучшалось. Известно, что больная страдает гипертонической болезнью, что также может явиться причиной заболевания. Из анамнеза жизни известно, что больная страдает гипертонической болезнью I ст.

Исходя из вышеперечисленного можно поставить предварительный диагноз: «депрессивный невроз. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь I ст.

Данные дополнительных методов исследования:

* Общий анализ крови
* ЭКГ
* РЭГ
* Консультация окулиста

Окулист:

Ангиопатия сосудов сетчатки по гипертоническому типу

**Клинический диагноз**

Депрессивный невроз. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь I ст.

Дифференциальный диагноз

Необходимо дифференцировать с инволюционной депрессией.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Критерий | Депрессивный невроз | Инволюционная депрессия | У даннойбольной \* |
| 1. Возраст больного в начале заболевания | любой | 45-55 лет | 44 года |
| 2. Бредовые идеи | Не характерно | Характерно | - |
| 3. Тревожное возбуждение | Не характерно | Характерно | - |
| 4. Депрессивный синдром | Характерен | Характерен | + |
| 5. Астенический синдром | Характерен | Не характерен | + |
| 6. Гиподинамия и волевое снижение | Характерно | Не характерно | + |
| 7. Вегетодистонические расстройства | Характерно | Не характерно | + |
| 8. Положительные установки на будущее | Характерно | Не характерно(ипохондрия) | + |
| 9. Заострение личностных черт характера | Характерно | Не характерно | + |
| 10. Изменение черт характера | Не характерно | Характерно | - |

+ выявляется у больной

- не выявлено у больной

Таким образом, из таблицы видно, что у больной наблюдаются основные черты депрессивного невроза, и нет явных признаков инволюционной депрессии.

Лечение Медикаментозная терапия: для данной больной должна включать антидепрессанты (т.к. основное проявление заболевания – депрессивный синдром), транквилизаторы в низких дозах (т.к. есть тревожный синдром), ноотропные препараты, витамины.

1. Антидепрессанты

Rp.: Tab. Amitriptylini 0,02 Dtd N 20 S.: по 1 таблетке 2 раза в день

1. Транквилизаторы

Rp.: Sol. Sibazoni 0,5% 0.02

Dtd N 10 in ampulis

S.: по 1 амп 1 раз в день в/м

1. Ноотропы

Rp.: Piracetami 0,4 Dtd N 50 in capsulis S.: по 1 капсуле 3 раза в день

1. Витамины группы В

Психотерапия: для данной больной является обязательным составляющим лечения, наиболее приемлемыми будут:

1. Индивидуальная рациональная психотерапия

Прогноз

Прогноз для здоровья благоприятный для депрессивного невроза (возможно полное выздоровление). Прогноз для трудоспособности благоприятный.

Рекомендуется:

Соблюдать режим сна и бодрствования, диета в соответствии с сопутствующей патологией.

Принимать: поливитаминные препараты, ноотропы Пирацетам по 1 капс. 2 раза в день, гипотензивные средства, консультация психиатра 1 раз в год.

**Литература:**

* «Психиатрия» Жариков Н.М. Тюльпин Ю.Г., Москва, Медицина, 2000
* «Психиатрия» Коркина М.В. Лакосина Н.Д., Москва, Медицина, 2004
* «Лекции по психиатрии», АГМУ, 2008 г.