Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии

Зав. Кафедрой: Пивень Б.Н.

Руководитель: Славщик Г. И.

Куратор: Саая М.К.

Группа: 533.

Академическая история болезни

Клинический диагноз: Эпилептическая болезнь, смешанного генеза, с судорожными припадками и выраженными изменениями личности. Постприступная астения. Психоорганический синдром, 2 стадия.

Барнаул -2008

**Общие сведения**

1. ФИО:
2. возраст:12 лет
3. национальность: русский.
4. причина госпитализации: ухудшение состояния
5. дата поступления: 12.12.08.
6. дата курации: 18.12.05-22.12.08.

**Жалобы на:**

* + учащение судорожных припадков до 2 раз в неделю
	+ потерю сознания во время припадка
	+ сильные головные боли в затылочной области, носящие давящий характер и возникающие после припадка, при эмоциональных переживаниях и в жару

Дополнительно на: возникающие перед приступом чувство онемения, покалывания, мурашек на правой руке; пониженное настроение; слабость.

История заболевания.

Со слов мамы считается больным с 9-ти месяцев, после перенесенной ОРВИ на фоне гипертермической реакции начали появляться судороги.

По этому поводу в больнице обследовался, с 1996 года на учёте у эпилептолога, который ему назначил курс лечения бензонал и финлепсин. Частота припадков снизилась до одного за две недели.

Со временем больной стал замечать изменения в своём поведении (характере): росло чувство тревоги и подавленности, стал более аккуратным, стал следить за порядком в доме, раздражался если видел беспорядок, стал злопамятным, мог без причины сорвать зло на близком человеке, стеснялся своих припадков, стал более замкнутым.

12.12.08 больной обратился в больницу с жалобами на учащение судорожных припадков с утратой сознания. Всем припадкам предшествовала аура (чувство онемения, мурашек в правой руке, головная боль). Больному назначен курс лечения в дневном стационаре.

**История жизни**

Родился 1996 г., в полной семье, был вторым ребёнком. Во время беременности матери было 22 года, была здорова, роды прошли без осложнений.

После рождения больной находился на грудном вскармливании, развивался нормально, рано начал ходить, говорить стал в срок.

По психическим заболеваниям наследственность отягощена по материнской линии, её старший брат болен эпилепсией, у матери и сестры признаков болезни не наблюдал.

Соматическое состояние.

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Положение больного активное. Выражение лица спокойное, поведение обычное. Осанка правильная, телосложение правильное, среднего питания. Конституция нормостеническая. Рост больного 123 см, вес 35 кг. Кожные покровы светло-розового цвета, сухие. Тургор кожи, эластичность снижены. Отеков и сыпи нет. Цвет лица обычный. Слизистая рта бледно-розовая, признаков патологии не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Костно-мышечная система:

Общее развитие мышечной системы удовлетворительное, болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и дефектов не обнаружено. Кости черепа, позвоночника и конечностей без деформаций. Конфигурация сустава не изменена. Движения в суставах свободные, без ограничений.

Дыхательная система:

Носовое дыхание не затруднено. Форма грудной клетки правильная, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. Дыхание без ограничений, равномерное. Одышки не отмечается.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность нормальная, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии притупления перкуторного звука не отмечено. При топографической перкуссии:

* + высота стояния верхушек легких справа 3 см, слева 4см
	+ ширина полей Кренига справа 6 см, слева 6 см

|  |
| --- |
| Нижние границы легких |
|  Линии |  Справа |  Слева |
|  |
| Парастернальная |  4 м/р |  - |
| Среднеключичная |  5 м/р |  - |
| Передняя подмышечная |  6 м/р |  6 м/р |
| Средняя подмышечная |  7 м/р |  7 м/р |
| Задняя подмышечная |  8 м/р |  8 м/р |
| Лопаточная |  9 м/р |  9 м/р |
| Паравертебральная |  10 м/р |  10 м/р |
| Подвижность легочного края |
|  |  |  |
| Среднеключичная |  4 см |  - |
| Средняя подмышечная |  5 см |  5 см |
| Лопаточная |  4 см |  4 см |

Аускультативно: везикулярное дыхание во всех парных точках.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре и пальпации по ходу периферических сосудов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 65 ударов в минуту, ритмичный, ненапряженный.

При осмотре области сердца патологий и атипической пульсации не обнаружено, сердечный толчок не виден. Пальпаторно гипералгии над областью сердца не выявлено, верхушечный толчок не прощупывается.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье на 0,5 см латеральнее правого края грудины  |
| Левая | В V межреберье слева по среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии |
| Границы абсолютной тупости сердца |
| Правая | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | В V межреберье на 2,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | У левого края грудины в IV межреберье |

Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца не приглушены, шумы отсутствуют.

ЧСС 65 уд/мин, артериальное давление 90/60 мм рт. ст.

Дефицита пульса нет.

Пищеварительная система:

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен. Миндалины не увеличены.

Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует, пульсаций нет. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Пальпаторно живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, не болезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. Нижний край печени из-под реберной дуги не выходит, мягко эластичный, безболезненный.

Свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Эндокринная система:

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов и особенностей поведения нет. Интеллект средний. Вторичные половые признаки по мужскому типу. Щитовидная железа не увеличена, узлов нет, безболезнена.

Неврологическое состояние

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общителен, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Наблюдается нарушение сна и бодрствования. Общемозговые симптомы (тошнота, рвота, головокружение, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига) не проявляются. Менингеальные симптомы отсутствуют.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУКЦИИ:

Походка прямая, устойчивая. При осмотре мышц конечностей атрофий, гипертрофий и фасцикулярных подергиваний не выявлено. Активные и пассивные движения в руках и ногах в полном объеме. Двигательная активность не снижена, диадохокинез, гипокинезий и гиперкинезий, насильственных движений не отмечается. Судорожных припадков на момент курации не наблюдалось. Сухожильные периостальные рефлексы с двуглавых и трехглавых, коленный, ахиллов рефлексы сохранены. Патологических рефлексов (на руках - рефлекс Россолимо-Вендеровича, на ногах - рефлексы Оппенгейма, Гордона и Бабинского) нет.

ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СФЕРА:

Поверхностная, глубокая чувствительность сохранена. При пальпации кожи паравертебрально участков гиперестезий и болезненности не выявлено. Болезненности при перкуссии черепа и позвоночника нет. Симптом Лассега отрицательный.

КООРДИНАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ:

Движения конечностей плавные и точные, тремора нет. Почерк не изменен. В позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами стоит нормально, пальценосовую пробу выполняет. Координация сохранена, пяточно-коленную пробу выполняет уверенно.

МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ ЗНАКИ:

Ригидности затылочных мышц нет, симптомы Керлинга, Брудзинского отсутствуют.

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА:

Синдром Бернера – Горнера отрицательный. Цвет кожи обычный, пигментаций, высокой температуры тела, усиленного потоотделения и слюноотделения нет. Сальность кожи в пределах нормы. Дермографизм кожи без особенностей. Трофических изменений кожи не обнаружено. Болезненность при пальпации областей вегетативных узлов и сплетений отсутствует. Орто-клино-статическая проба без патологии. Глазо-сердечый рефлекс нормальный.

Функции тазовых органов не нарушены.

Психическое состояние

Сознание больного ясное. Больной с охотой идёт на контакт, достаточно общителен, хотя немного стеснителен. Вовремя беседы больной спокоен и сдержан, не жестикулирует. На вопросы больной отвечает адекватно, внешне опрятен.

В собственной личности, во времени, месте и окружающей обстановке ориентировка сохранена.

Со стороны восприятия у больного отмечается: чувство «ползания мурашек», покалывания и онемения в правой руке (возникают перед припадком); повышенную метеочувствительность, при перемене погоды, а также в душный, жаркий день возникают сильные головные боли, после которых возможен судорожный припадок. Псевдогаллюцинации, иллюзии не возникали.

Мышление замедленное, речь вязкая, излишне детализированная. Отвечать на вопросы начинает издалека после непродолжительной паузы. Абстрактное мышление нарушено, на поговорку «шило в мешке не утаишь», ответил «так как оно острое».

Функции анализа и синтеза не нарушены. Больной отвечал: разное - солнце это планета, а лампочка это эл. прибор, общее- оба светят; см, м, кг, км- лишнее кг, так как это вес; глаза, очки, уши- лишнее очки, так как неживой предмет.

Интеллект больного немного снижен. Затрачивает время на решение простого математического действия, правильный ответ со второй попытки. В целом интеллект соответствует возрасту и полученному образованию.

Внимание больного имеет небольшие нарушения: при счёте до ста сбивается; время по таблице Шульта увеличено. Хотя во время беседы больной внимателен, не отвлекается на посторонние темы.

На память больной не жалуется, прекрасно помнит прошедшие события, достаточно подробно их описывает. Результаты теста с 10 словами на проверку памяти: 1 повтор- 5 слов, 2 повтор- 7 слов, 3 повтор- 7 слов, спустя 30 минут- 8 слов. Прослеживается снижение кратковременной памяти.

В эмоциональной сфере больной отмечает у себя необоснованные перемены настроения, в основном с хорошего на пониженное и резкие всплески негативных эмоций по отношению к своим родным. При плохом настроении больной чувствует тревогу, тоску, печаль, в таком состоянии больной плохо спит. Вовремя беседы мимика соответствует настроению.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного на: частые судорожные припадки с потерей сознания, которым предшествует аура из чувства онемения, покалывания, мурашек на правой руке.

На основании анамнеза болезни: известно, что больной длительно страдает припадками, с раннего детства, наблюдается у эпилептолога, неоднократно проходил курс лечения по поводу эпилепсии. Известно, что у больного изменялся характер: росло чувство тревоги и подавленности, стал более аккуратным, стал следить за порядком в доме, раздражался, если видел беспорядок, стал злопамятным, мог без причины сорвать зло на близком человеке, стеснялся своих припадков, стал более замкнутым.

На основании анамнеза жизни: у больного имеется отягощённая наследственность, его родной дядя болен эпилепсией.

Можно сказать, что больной страдает эпилептической болезнью смешанного генеза, с судорожными припадками и выраженными изменениями личности.

При проведении экспериментально – психологические исследования (на проверку интеллекта, памяти, мышления), была определена триада Вальтера - Бюэля, что характерно для психоорганического синдрома:

нарушение кратковременной памяти при относительной памяти на долговременные события (нарушение памяти на текущие события).

интеллектуальные затруднения.

 эмоциональная лабильность (несдержанность взрывного характера при сохраненной критике к своему здоровью, обращение за помощью) все это характерно для второй стадии психоорганического синдрома.

Так как с момента последнего приступа больной предъявляет жалобы на сильные головные боли, общую слабость, пониженное настроение, можно говорить, что у него постприпадочная астения.

Предварительный диагноз: Эпилептическая болезнь, смешанного генеза, с судорожными припадками и выраженными изменениями личности. Постприступная астения. Психоорганический синдром, 2 стадия.

Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Течение болезни. | Лечение. |
| 18.12.08. |  Состояние больного удовлетворительное. Сон хороший. t=36.6. Мнестические функции не нарушены, настроение удовлетворительное. Объективно: Кожа нормального цвета выраженных отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 130/90 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс твердый, симметричный, напряжен, частой 65 ударов в минуту. Аускультативно: приглушены тоны, акцент на аорте, ритм правильный. Одышки в покое нет, ЧД = 18 движений в минуту. Стул, мочеиспускание не нарушены, живот мягкий, печень под краем реберной дуги. Край печени мягкий, эластический, подвижный.  | Sol. Magnesii sulfatis 25%По 25 мл. в/в на физ. р-ре.Sol. Pyridoxini 5% - 1 ml.По 1мл. в/в 2 раза и день. Sol. Thiamini chloridi 25% - 1ml. По 1мл. в/мExtr. Aloe vera 1ml.По 1мл. п/кКарбамазепин 0,2 – 3 р/сут. |
| 19.12.08 |  Состояние больного удовлетворительное, больной в сознании, нарушений мышления не выявлено. Мнестические функции не нарушены, настроение хорошее. Сон не нарушен.АД 160/90, ПС=70 уд/мин, темп=36,8, дыхание везикулярное, стул и мочеиспускание не нарушены. За прошедшие дни судорожных припадков небыло, сознание не терял.  | Sol. Magnesii sulfatis 25%По 25 мл. в/в на физ. р-ре.Sol. Pyridoxini 5% - 1 ml.По 1мл. в/в 2 раза и день. Sol. Thiamini chloridi 25% - 1ml. По 1мл. в/мExtr. Aloe vera 1ml.По 1мл. п/кКарбамазепин 0,2 – 3 р/сут. |
| 22.12.08. |  Состояние больного удовлетворительное, больной в сознании, нарушений мышления не выявлено. Мнестические функции не нарушены, настроение хорошее. Сон не нарушен.АД 160/90, ПС=70 уд/мин, темп=36,8, дыхание везикулярное, стул и мочеиспускание не нарушены. За прошедшие дни судорожных припадков не было, сознание не терял.  | Sol. Magnesii sulfatis 25%По 25 мл. в/в на физ. р-ре.Sol. Pyridoxini 5% - 1 ml.По 1мл. в/в 2 раза и день. Sol. Thiamini chloridi 25% - 1ml. По 1мл. в/мExtr. Aloe vera 1ml.По 1мл. п/кКарбамазепин 0,2 – 3 р/сут. |

**Клинический диагноз с его обоснованием**

Предварительный диагноз подтверждают данные амбулаторного наблюдения:

Больной на учёте у эпилептолога с 1997 г. Периодически поступает на лечение в дневной стационар. Постоянно принимает лекарственные препараты.

Клинический диагноз: Эпилептическая болезнь, смешанного генеза, с судорожными припадками и выраженными изменениями личности. Постприступная астения. Психоорганический синдром, 2 стадия.

Дифференциальный диагноз.

Необходимо дифференцировать собственно эпилепсию с эписиндромом, эпилептическими реакциями, истерическими припадками.

Эписиндром характерен для многих экзогенно органических заболеваний головного мозга. Так появление пароксизмов нередко бывает признаком опухолей мозга, и других объемных процессов. Эпилептические припадки могут быть проявлением внемозговых гормонально активных опухолей, сифилиса мозга, церебрального атеросклероза, б-ни Альцгеймера.

Эпилептические реакции возникают эпизодически, тесно связаны с действием внешнего патологического фактора, при отсутствии фактора могут никогда не проявляться. Специального лечения не требуется.

Истерические припадки: для них характерны демонстративность поведения, припадки полиморфны, лишены строгой фазности и стереотипности.

**План лечения**

Терапия для больного эпилепсией должна придерживаться трёх принципов: 1. быть комплексной; 2. быть преемственной; 3. быть индивидуальной.

Все лечебные мероприятия при эпилепсии можно разбить на три группы: 1. медикаментозная терапия для данного больного должна включать противоэпилептические препараты общеукрепляющие и рассасывающие препараты (т.к. есть органическое поражение головного мозга), ноотропные препараты, витамины.

1. Карбамазепин
2. Магния сульфат
3. Кавинтон
4. Алоэ

Витамины группы Вэ

2 .правильная организация режима труда и отдыха и особенно режима питания.

Больной должен избегать переутомления, стрессовых ситуаций, должен больше отдыхать. Диетотерапия: ограничение употребления жидкости, не употреблять острые и солёные блюда; ограничивать белковую пищу.

**Прогноз**

Может быть неблагоприятным, так как эпилепсия имеет хроническое-проградиентное течение, с постепенным патологическим изменением личности (нарастание своеобразных изменений мышления вплоть до выраженного слабоумия, характерологические изменения) и угрозой для жизни больного (эпистатус, суицид, несчастный случай во время припадка).

**Рекомендуется:**

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

Принимать: поливитаминные препараты (Алфавит по 1 таб х 3 раза в день), ноотропы (Пирацетам по 1 капс. 2 раза в день), гипотензивные средства, консультация у невропатолога 2 раза в год, консультация психиатра 1 раз в год.

**Литература:**

* «Психиатрия» Коркина, Лакосина, Личко, Сергеев Москва, Медпресс, 2004 г.
* «Психиатрия» Самохвалов В.П., Ростов н/Д., Феникс, 2002 г.
* «Лекции по психиатрии», АГМУ, 2005 г.
* Справочник «Видаль». 2003 г.