**Паспортные данные**

1. Ф.И.О.:

2. Возраст:

3. Национальность: русская

4. Семейное положение:

5. Полученное образование: 9 классов

6. Профессия, место работы и должность: не работает

7. Место жительства:

8. Кем направлен: врачом диспансерного отделения

9. Госпитализирован в добровольном или в недобровольном порядке: в добровольном

10. Поступает первично или повторно: первично

11. Дата поступления:

**Жалобы**

На плохое настроение, головные боли.

**Анамнез со слов больной и объективный**

Семейный анамнез

Отягощенная наследственность – родная сестра страдает умственной отсталостью.

Анамнез жизни

Является вторым ребёнком в семье, есть старшая сестра. Со слов больной у матери во время беременности заболеваний не было. Роды физиологические, своевременные. Посещала детский сад, особенностей в воспитании не было. Вышла замуж в 20 лет впервые. На данный момент разведена в связи с заболеванием.

В коррекционной школе с 7 лет, училась посредственно, классы не дублировала. Закончила 9 классов. По окончании школы нигде не училась. Работала техничкой с девятого класса. Дисциплинарных взысканий и правонарушений не было.

Первые менструации в 13 лет, не регулярные, с умеренной болезненностью, нервными явлениями не сопровождались. Беременность одна, течение без патологии. Абортов не было. Роды без осложнений. Имеет дочь, о состоянии её здоровья ничего сказать не может. Ребенок живет с мужем. Отношение больной к половой жизни адекватное. Бытовые условия удовлетворительные, живет с родителями.

Из перенесенных заболеваний ОРВИ, ангина. Последствий инфекционных заболеваний не было.

Снохождения, сноговорения, ночного недержания мочи, припадков не было. Употребление алкоголя, наркотиков отрицает. Утверждает наличие ЧМТ в детстве. Упала с двухэтажной кровати, была потеря сознания, вызывали скорую. После травмы несколько дней ничего не помнила. Покушений на самоубийство не было.

**Особенности темперамента и характера до болезни:**

А. работоспособность снижена, быстрая утомляемость.

Б. преобладающие астенические эмоциональные реакции, тип эмоционального реагирования снижен

В. к новым условиям приспосабливается с трудом, замкнута.

Г. засыпает и просыпается медленно

Анамнез заболевания

Больной себя считает с 2004 года когда появился страх, что за ней следят, казалось, что люди смотрят на неё. Не могла спать, не справлялась с работой, была тревожна, беспокойна. Были приступы тоски, но без мыслей о самоубийстве. Со слов больной в начале заболевания имелось наличие без причинного плача и смеха, нервные срывы на близких, нарушение памяти. Галлюцинаций, припадков не было.

4 раза лечилась в ПНД города Белебей с диагнозом: «депрессивные расстройства с психотической симптоматикой». Последняя выписка из ПНД 09.06.06. с диагнозом: «параноидная шизофрения, эпизодического течения, параноидный синдром». Последние 2 года не работает.

**Данные обследования больного**

Соматический статус

Температура 36,2. Рост 160, вес 51кг. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Кожные покровы сухие, чистые, рубцов, кровоподтеков, сыпи нет.

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 110/70, пульс 74.

Язык не обложен, зев чистый. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

Неврологический статус

Глазные щели равномерные, зрачки ровные. Реакция зрачков на свет в норме. Носогубные складки ассиметричные. Пальценосовая проба в норме. В позе Ромберга устойчива. Сухожильные рефлексы равномерные, живые. Патологические рефлексы отсутствуют. Менингиальные знаки отсутствуют. Расстройства речи, парезов, параличей нет.

Данные клинических анализов.

*Биохимия крови*: 9.10.06.

Глюкоза 4,6 ммоль/л

Билирубин прямой 1,5 мкм/л

Билирубин общий 6,8 мкм/л

*Общий анализ крови*: 6.10.06.

Hb 89 г/л

Эритроциты 3,3\*1012 /л

Лейкоциты 5,2\*109/л

ЦП 0,81

Полочкоядерные 2

Сегментоядерные 61

Эозинофилы 1

Лимфоциты 32

Моноциты 4

СОЭ 10 мм/ч

Микроциты + гипохромные

*Общий анализ мочи*: 6.10.06.

Количество 180 мм

Цвет светло-желтый

Реакция щелочная

Удельный вес 1020

Белок отр.

Сахар отр.

Эпителиальные клетки: плоские 25-30

Лейкоциты 0-1-2-0

Слизь +

*ЭКГ*: 9.10.06.

Ритм синусовый. ЧСС 74. патологии не выявлено.

*Консультация психолога*: 11.09.06.

Заключение: краткосрочная и долговременная память снижена. Внимание концентрируется медленно, повышенная истощаемость. Мышление замедленно с элементами соскальзывания. Эмоционально-волевая сфера: неустойчивость, лабильность, ригидность. Трудности социальной адаптации, контакты резко ограничены.

Выявлено: умеренное снижение мыслительной деятельности и эмоционально-волевой сферы. Усиление социальной дезадаптации.

*Консультация гинеколога:* 12.10.06.

Матка нормальной величины, безболезненна. Придатки безболезненны. Бели.

Заключение: здорова.

Психический статус

Внешний вид больной подавленный, поза сутулая, гипомимична, речь медленная, тихая. В одежде опрятна. Доступна к контакту, интерес к беседе не проявляет, замкнута, формальна. Двигательно спокойна, настроение ровное, эмоционально снижено.

Сознание не нарушено. Ориентирована полностью и правильно. К контакту доступна. На вопросы отвечает по существу.

Расстройств ощущения и восприятия нет, иллюзии и галлюцинации отрицает.

Внимание истощено. На таблицу по Шульте потратила 2 мин 16 сек. Начала быстро, затем внимание истощилось. При просьбе считать от 100 до 1 остановилась на 62, дальше счет не продолжила, что свидетельствует о неустойчивости и слабости внимания.

Память на прошлое не нарушено, плохо фиксирует текущие события. Из предложенных 10 слов на память (дом, стол, дождь, кот, бег, газон, свет, удар, река, камень) запомнила 6, через пять минут воспроизвела 4 слова, еще через пять минут только три, что свидетельствует о нарушении памяти. В анамнезе наличие антеградной амнезии. Псевдореминисценций и конфабуляций больная не демонстрирует.

Рассказывает, что бывают состояния, когда кажется, что за ней следят, боится, что кто-то есть рядом, испытывает сильный страх, не может работать, т.е. имеется бред преследования. На этом фоне снижено настроение. Мышление в замедленном темпе, конкретное. Пословицы трактует следующим образом:

«один в поле не воин» - один в поле не справится, нужны помощники

«рука руку моет» - человек помогает человеку.

Различие между самолетом и птицей видит в том, что у самолета есть мотор, а у птицы нет. Обстоятельности, резонерства не наблюдается.

Запас школьных знаний значительно снижен, не может назвать формулу воды, не знает, кто написал поэму «Онегин». Не помнит главных героев из произведений классиков.

Эмоционально малодифференцированна. О дочери и родных говорит с формальной теплотой. Критика по состоянию формальная. В поведении спокойна. К лечению интереса не проявляет. Преобладающий фон настроения пониженный.

Усиление или ослабления влечений не выявлено. Ступора, мутизма, негативизма не выявлено. Больная в разговоре формальна, замкнута. Режим соблюдает, контакта с другими больными избегает. Склонности к побегу не выказывает, от пищи не отказывается. Засыпает и просыпается плохо, интереса к лечению не проявляет. Планов на будущее не имеет.

**Дневник наблюдений**

Находится в режиме Б. Сознание ясное, настроение снижено. Эмоционально малодифференцированна. Речь замедленная, тихая, внимание снижено. Критика формальная. Двигательно спокойна. К лечению интереса не проявляет. Аппетит снижен. Фиксация текущих событий затруднена. Мысли о суициде отрицает.

Спит плохо. В функциях дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной системах патологии не обнаружено.

Уход соответствующий. Лечение по назначениям.

Сознание ясное, настроение снижено. Критика формальная. Двигательно спокойна. В одежде опрятна. Доступна к контакту, интерес к беседе не проявляет, поза сутулая, гипомимична, речь медленная, тихая. Сознание не нарушено. Ориентирована полностью и правильно. К контакту доступна. На вопросы отвечает по существу.

Дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, живот мягкий, безболезненный. Лечение продолжает.

Сознание ясное, настроение спокойное. К контакту доступна, куратора вспомнила. Завтракала и обедала с удовольствием. Двигательно спокойна. В одежде опрятна, речь медленная, тихая. Контактов с другими больными по- прежнему избегает. Скучает по дому. Мышление замедленно, внимание снижено. Бред преследования не отмечает.

Дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, живот мягкий, безболезненный. Лечение продолжает.

**Клинический диагноз**

На основании жалоб на плохое настроение, головные боли; анамнеза из которого следует, что больная имеет отягощенную наследственность – родная сестра страдает умственной отсталостью, сама пациентка с детства отставала в развитие, имеется наличие ЧМТ. В клинической картине эпизоды депрессивной симптоматики с идеями отношения, преследования на фоне сниженного интеллекта можно думать об органическом заболевании головного мозга с депрессивно-бредовым синдромом и умственной отсталостью в стадии дебильности.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференцировать органическое заболевание головного мозга с депрессивно-бредовым синдромом можно с шизофренией, реактивной депрессией, маниакально-депрессивным психозом.

Шизофрения чаще возникает как наследственное заболевание, в данном случае в анамнезе врожденная олигофрения, осложненная ЧМТ. При шизофрении возникают различные галлюцинации, типичны псевдогаллюцинации, которые мы в данном случае не наблюдаем. Мыслительные процессы утрачивают нормальные ассоциативные связи, больной часто не способен сосредоточится. Различные виды шизофренического бреда, в том числе преследования и насилия. При шизофрении отсутствует эмоциональная реакция на ситуацию, ранее ее пробуждавшую, либо выражение эмоции, которая не соответствует ни ситуации, ни собственным мыслям больного. Движения могут быть неловкими, жесткими, судорожными, неестественными; в течение длительного времени сохраняются позы, кажущиеся неудобными. Характерно для кататонической формы шизофрении. Никогда нет нарушения памяти, что противоположно нашим исследованиям. Для шизофренических депрессий характерны эндогенные качества (витальная окраска, суточные колебания аффекта, сезонность возникновения), а также кататонические включения, бредовая симптоматика, не являющаяся вторичной по отношению к меланхолическому аффекту и психические автоматизмы.

Реактивные депрессии вызваны психической травмой, например ситуация эмоционального лишения, т.е. потеря близкого, его смерть, уход. При чистой депрессии наблюдается тоскливое настроение с двигательной заторможенностью, замедление течения мыслительных процессов. Все переживания сконцентрированы на случившемся, отвлечься не удается, возникают идеи самообвинения. Депрессия сопровождается вегетативными расстройствами. При истерическом варианте депрессии аффект тоски менее выражен, сочетается с недовольством, раздражительностью и капризностью. Тоска сопровождается демонстративным поведением, театральностью, стремлением вызвать к себе сочувствие окружающих. На фоне депрессии могут наблюдаться «стигмы», расстройства походки, блефароспазм, параличи. При тревожной депрессии часто наблюдаются аффективно-шоковые реакции гиперкинетического типа. Депрессия сопровождается двигательным беспокойством, тревогой. Эти больные могут совершить самоубийство.

Для маниакально-депрессивного психоза характерно чередование аффективных психотических приступов и светлых промежутков, отсутствие изменений личности. Характерна сезонность возникновения фаз. При депрессивном состоянии мучительными бывают переживания «предсердечной тоски» с ощущением тяжести в области сердца. Характерен «взрыв тоски» с суицидальными попытками. Четкие суточные колебания: тоска и тревога в ранние утренние часы. Внешний вид соответствует переживаниям: мимика говорит о скорби, глаза сухие, мигание редкое. Внутренняя часть века образует угловатую складку Верагута. Больные сидят с опущенной головой. Любое интеллектуальное напряжение кажется больным непреодолимым. У больных одно желание – умереть. Нарушение мышления выражается в сверхценных идеях, больные жалуются на отсутствие чувств. Вегетативные и соматические расстройства.

**Лечение**

Режим Б.

Применяются психотропные вещества:

Rp: Tab. Aethaperazini 10 mg

D.S. по 1 таб. 2 р/д

Предупреждает обострение психосоматической симптоматики

Как корректор:

Rp: Tab. Cyclodoli 2 mg

D.S. 1 таб. в день

Антидепрессанты:

Rp: Tab. Amitriptylini 25 mg

D.S. 2 раза в день

С седативной целью на ночь можно назначить:

Rp: Tab. Phenazepami 1 mg

D.S. на ночь

Необходимо назначить ноотропы:

Rp: Sol. Pyracetami 20% - 5ml

D.t.d. №10 in amp.

S. 10 мл в/в

Rp: Tab. Cinnarizini

D.S. по 1 таб. 2 р/д

Необходимо провести психотерапию, для повышения социального статуса можно порекомендовать трудоустройство на более легкую работу в адаптивной для больной сфере, прививка трудовых навыков. Избегать травм головного мозга.

**Прогноз**

В отношении жизни и здоровья прогноз сомнительный, так как возможны стойкие изменения личности с дальнейшим прогрессированием на фоне травмы головного мозга.

Трудоспособность полностью не восстановится, 3 группа инвалидности.

Судебно-психиатрическая экспертиза: невменяема по психическому состоянию (бредовые высказывания).

**Эпикриз**

Больная поступила в больницу 5.10.06. с жалобами на плохое настроение, головные боли. За время исследования выяснилось, что отягощенная наследственность – родная сестра страдает умственной отсталостью. В коррекционной школе с 7 лет, училась посредственно. Утверждает наличие ЧМТ в детстве. Упала с двухэтажной кровати, была потеря сознания, вызывали скорую. После травмы несколько дней ничего не помнила. Покушений на самоубийство не было.

**Особенности темперамента и характера до болезни:**

А. работоспособность снижена, быстрая утомляемость.

Б. преобладающие астенические эмоциональные реакции, тип эмоционального реагирования снижен

В. к новым условиям приспосабливается с трудом, замкнута.

Г. засыпает и просыпается медленно

Больной себя считает с 2004 года когда появился страх, что за ней следят, казалось, что люди смотрят на неё. Не могла спать, не справлялась с работой, была тревожна, беспокойна. Были приступы тоски, но без мыслей о самоубийстве. Со слов больной в начале заболевания имелось наличие без причинного плача и смеха, нервные срывы на близких, нарушение памяти. Галлюцинаций, припадков не было.

4 раза лечилась в ПНД города Белебей с диагнозом: «депрессивные расстройства с психотической симптоматикой». Последняя выписка из ПНД 09.06.06. с диагнозом: «параноидная шизофрения, эпизодического течения, параноидный синдром». Последние 2 года не работает.

При объективном исследовании выявлено: внешний вид больной подавленный, поза сутулая, гипомимична, речь медленная, тихая. В одежде опрятна. Доступна к контакту, интерес к беседе не проявляет, замкнута, формальна. Двигательно спокойна, настроение ровное, эмоционально снижено. Расстройств ощущения и восприятия нет, иллюзии и галлюцинации отрицает. Внимание истощено. Память на прошлое не нарушено, плохо фиксирует текущие события. Рассказывает, что бывают состояния, когда кажется, что за ней следят, боится, что кто-то есть рядом, испытывает сильный страх, не может работать, т.е. имеется бред преследования. На этом фоне снижено настроение. Мышление в замедленном темпе, конкретное. Эмоционально малодифференцированна. К лечению интереса не проявляет. Преобладающий фон настроения пониженный.

В больнице больная была осмотрена и ей были проведены лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, электрокардиография.

Проведена консультация психолога из которого выяснилось, что краткосрочная и долговременная память снижена. Внимание концентрируется медленно, повышенная истощаемость. Мышление замедленно с элементами соскальзывания. Эмоционально-волевая сфера: неустойчивость, лабильность, ригидность. Трудности социальной адаптации, контакты резко ограничены. Выявлено: умеренное снижение мыслительной деятельности и эмоционально-волевой сферы. Усиление социальной дезадаптации.

Данные исследований позволили поставить диагноз: органическое заболевание головного мозга с депрессивно-бредовым синдромом и умственной отсталостью в стадии дебильности.

Проводилось лечение: медикаментозное: психотропные, антидепрессанты, ноотропы, коррекоры. После лечения состояние больной улучшилось, исчезли бредовые идеи.

После выписки рекомендуется продолжить лечение в ПНД города Белебей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Психиатрический диагноз/ И.Я. Завилянский, В. М. Блейхер, И.В. Крук, Л. И. Завилянская.- 2-е изд., перераб и доп. – К.: Выща шк., 1989. – 311 с.
2. Психиатрия: Учебник для студентов мед. Вузов/ М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс – информ, 2004.-576с.
3. Справочник врача общей практики, под ред. Н.Р. Палеева, т.2, с.725, М.,2002.
4. Рецептурный справочник врача/ М.Б. Ингерлейб, А.Н. Иньякова – изд. 3-е, испр. И доп. – Ростов – н/д: «Феникс», 2004. – 672 с.