**Официальные данные** (официальный анамнез)

**Фамилия, имя, отчество больного:**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата поступления:** 24.07.2003

**Дата выписки:**

**Пол:** муж

**Возраст: 41** года **Дата рождения:** 27.04.1963

**Место рождения**: Томская область с. Вороново

**Место жительства, адрес**: г. Томск

**Семейное положение:** женат

**Место работы, должность:** механик-строитель, тракторист

**Диагноз:**

Клинический диагноз:

**Состояние отмены алкоголя с делирием (F10.40)**

**Алкогольный амнеcтический синдром (F10.6)**

Сопутствующее заболевание:

**Синдром зависимости от алкоголя II ст. (F10.212)**

**АНАМНЕЗ**

**Жалобы, предъявляемые больным при поступлении:**

1. Головная боль
2. Расстройства сна
3. Потеря памяти на недавние события.

**Анамнез настоящего заболевания:**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* на протяжении двух лет активно злоупотреблял алкогольными напитками. Четкую причину злоупотребления алкоголем при сборе анамнеза выявить не удалось. Сам пациент вербализировать причину не может, но указывает на многочисленные жизненные проблемы, которые кажутся ему неразрешимыми.

После очередного многодневного запоя пациент поступил в ТОКПБ 24.07.2003. с предварительным диагнозом: Алкогольный психоз. В момент поступления пациент был дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Больного преследовали зрительные галлюцинации: совершал какие-то действия в вымышленными предметами. Пациенту была оказана своевременная квалифицированная медицинская помощь, состояние стабилизировалось: появилась ориентация во времени и пространстве, зрительные галлюцинации исчезли. В настоящее время пациент предъявляет жалобы на головную боль и снижение памяти, особенно на недавние события, ключевые моменты жизни воспроизводит удовлетворительно.

В связи с частыми запоями жена подала на развод. Ранее на учете не состоял. Фактов употребления психотропных препаратов установлено не было.

**Личный анамнез больного:**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился 27.04.1963 в Томской области. В срок, желанным первым ребенком в семье. Вскармливание грудное. Рос в благополучной, полноценной, материально обеспеченной семье. Родители внимательно относились к воспитанию сына. В удовлетворительных бытовых условиях. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников в развитии не отставал. В школу пошел с семи лет, закончил 8 классов в дневной школе и 10 в вечерней. Прошел срочную службу в танковых войсках ВС РФ. Затем работал трактористом. Женат, в настоящее время жена подала на развод. Не имеет места жительства, как следствие неудовлетворительные бытовые и санитарные условия. К религии относится спокойно. Отклонений в сексуальной жизни не отмечает. К своей госпитализации относится спокойно. Отмечает хорошую работу персонала больницы и доброжелательное отношение к пациентам.

**Перенесенные заболевания:**

Из перенесенных детских инфекций указывает на ветряную оспу и паротит.

1976- сотрясение головного мозга (упал с кедра)

1979- закрытая ЧМТ (дорожно-транспортное проишествие)

1981-сотрясение головного мозга ( драка ), экстренная аппендэктомия

1986- закрытая ЧМТ (дорожно-транспортное проишествие)

1996- сотрясение головного мозга ( драка )

Наличие сифилиса, патологии обмена веществ, венерических заболеваний отрицает. Контузий не было. Вакцинация в детском возрасте по календарю.

Психиатрический анамнез: ранее на учете не состоял.

**Аллергологический анамнез:**

Не отягощен. Факт аллергических реакций на лекарственные средства, продукты питания и другие факторы отрицает.

**Семейный анамнез:**

В настоящее время не женат.

Мать пациента: хронических заболеваний не отмечает. Вредных привычек нет. Работает продавцом. Воспитанию сына уделяла достаточное время.

Отец пациента работает шофером. Страдает гипертонической болезнью, хроническим бронхитом.

Младших братьев и сестер нет. Наличие какой-либо семейной патологии не отмечается.

**Вредные привычки:**

Курит сигареты без фильтра приблизительно по 0.5 пачки в день с 11 лет. Злоупотребляет алкоголем ( в анамнезе факты запоя ).Фактов употребления наркотических веществ

установлено не было.

**Общие исследования.**

**Положение больного:**  активное

**Кожа:** кожные покровы физиологической окраски. Тургор тканей сохранен. Высыпаний нет. Геморрагического синдрома нет. Склеры иктеричны.

**Подкожно-жировой слой:** развит умеренно, распределён равномерно.

**Костная система**: видимых деформаций со стороны костного скелета нет.

**Суставы:** видимых деформаций суставов нет.

**Мышечная система:** развита умеренно, одинаково на симметричных участках тела. Рельеф не выражен, тонус сохранен, болезненности при пальпации не отмечается.

**Объективное исследование по органам:**

**Дыхательный аппарат:** Проходимость верхних дыхательных путей сохранена. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, одинаковой глубины. Грудная клетка цилиндрической формы, эластична, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания,вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает.

**Пальпация грудной клетки**: болевые точки не определяются. Голосовое дрожание над симметричными отделами грудной клетки одинаковое.

**Перкуссия лёгких**: Перкуторный звук лёгочный. Гамма звучности сохранена.

**Аускультация лёгких**: Бронхофония на периферических участках легких не проводится.

При аускультации над передними, боковыми и задними отделами грудной клетки дыхание везикулярное. Побочных дыхательных шумов не обнаружено.

**Органы кровообращения:** Деформаций и выпячиваний в области сердца не обнаружено. Пульсации в яремной ямке, эпигастральной области нет.

**Пальпация**: верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье кнутри на 2 см от среднеключичной линии, не разлитой не усилен, диаметром 2 см.

**Аускультация сердца**: Ритм правильный, соотношение 1 и 2 тона правильное. Выслушиваемые тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. Выслушивается акцент II тона на аорте.

**Желудочно – кишечный тракт:**

**Осмотр живота***:* живот округлой формы, видимой перистальтики нет, грыжевидных выпячиваний нет. Кожа живота не пигментирована. Пальпация живота: поверхностная и глубокая пальпация безболезненна. Послеоперационный рубец от аппендэктомии.

**Поджелудочная железа:** Проекция поджелудочной железы при пальпации безболезненна, болезненности в зонах Шофара, Губергрица и точке Мейо-Робсона не определяется.

**Печень:** Перкуссия - верхняя граница абсолютной тупости находится на уровне VI ребра, относительной тупости на уровне V ребра. Нижняя граница не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по М.Г.Курлову - 10 х 9 х 8 см.

Пальпация: край печени эластичный, ровный, острый, поверхность гладкая, при пальпации безболезненная.

**Желчный пузырь**: пальпация в точке желчного пузыря безболезненная

**Почки, мочевыводящие пути:**Правая и левая почки не пальпируются.

Синдром Пастернацкого отрицательный. Болевые точки в области мочевого пузыря отсутствуют. Мочеиспускание свободное безболезненное.

**Неврологический статус.**

В анамнезе неоднократные сотрясения головного мозга и ЧМТ (1976,1979,1981,1986,1996 гг.).Обоняние сохранено, глазные щели широкие, движения глазных яблок активные; нистагма нет. Диаметр зрачков – 8, реакция на свет положительна; конвергенция и аккомодация сохранена. Асимметрия лица не определяется, носогубные складки, уголки рта расположены правильно, симметрично. Чувствительность на лице сохранена. Красный дермографизм сменяет белый. Сила, тонус мышц сохранён. В позе Ромберга – устойчив. Пальценосовая проба выполняется правильно. Патологические рефлексы не определяются. Слух сохранен.

**Психический статус.**

Больной выглядит аккуратно одетым, причёсанным,чисто выбритым. Участвует в хозяйственных мероприятиях (уборка территории). Принимает пищу аккуратно, тщательно пережёвывая. Бессонницы нет (на фоне лечения). С пациентами в отделении общается, хорошо адаптирован в отделении. Во время беседы пациент спокоен, хорошо понимает вопросы. При разговоре не производит лишних движений. Во время беседы смотрит на куратора, хорошо реагирует на изменения настроения разговора, на некоторые вопросы реагирует улыбкой. Пациент плохо ориентирован в себе, в окружающем пространстве, ситуации, календарном времени. На все вопросы отвечает медленно, задумываясь перед ответом.

**Восприятие.** В разговоре пациент отрицает наличие любых видов галлюцинаций, иллюзий; ощущения дереализации и деперсонализации не отмечается; расстройства чувствительности не наблюдаются.

**Настроение.** Внешне пациент держится спокойно, на вопросы о самочувствии, настроении отмечает «нормально, как обычно». Настроение за время беседы не менялось.

Сам пациент не отмечает колебаний настроения в течение суток. В разговоре о своём пребывании в стационаре пациент проявляет абсолютное понимание необходимости данного пребывания, но отмечает желание поскорее вернуться домой. Пациент отрицает наличие суицидальных мыслей.

**Речь и мышление.** Пациент в разговоре немногословен. Речь нормальная, последовательная, контекст беседы сохранён. Пациент весь период беседы не отвлекался

на другие раздражители. Необычных ритмов и акцентов не наблюдается. Ответы неточные, узко по теме.

Мышление непоследовательное. Не понимает условного смысла поговорок. Какие-либо патологические мысли пациент отрицает. Испытывает трудности работы с математическим материалом. Удовлетворительно выполняет лишь задания с простейшими арифметическими операциями.

**Сознание и ориентировка.** Пациент находится в ясном сознании, полностью не ориентирован: может назвать своё имя, определить себя в пространстве, называет сегодняшнюю дату, определяет время своего пребывания в стационаре. Плохо ориентирован в событиях недавнего времени.

**Внимание.** Во время беседы пациент плохо удерживает внимание и концентрируется на заданном вопросе. Перед ответом думает и часто ошибается.

**Память.** Демонстрирует сохранность прежних знаний, ориентирован в простейших жизненных ситуациях. Хорошо помнит события большой давности и ключевые моменты жизни. Плохо воспроизводит недавние события. Кратковременная память сохранена.

Способность к запоминанию снижена.

**Интеллект.** Уровень интеллекта в пределах нижней границы возрастной нормы. Iq=81. Осуществляет арифметический счет, читает правильно и понимает прочитанное, исторические события не помнит.

**Адекватность самооценки.** Своё настоящее состояние пациент оценивает критически, считает, что необходимо пройти лечение.

**Личностные проявления.** Эмоциональное огрубление. Снижение побуждения и интересов. Социальная дезадаптация. Выраженная алкогольная заинтересованность.

**Квалификация психического статуса:**

На основании психического статуса удается выделить **амнестический синдром**, который проявляется в снижении способности воспроизводить недавние события, при сохранении способности воспроизвести ключевые моменты жизни. Кратковременная память сохранена. Перед ответом пациент задумывается на некоторое время и затем дает ответ, зачастую неточный.

Выявлена низкая возрастная норма интеллекта ( Iq=81), снижение концентрации внимания.

Также наблюдается изменение личности по алкогольному типу. Эмоциональное огрубление, сужение круга интересов, безынициативность, выраженная алкогольная заинтересованность.

**Лабораторные исследования.**

### ОАК от 30.07.2003 – патологических изменений не выявлено.

**ОАМ от 30.07.2003** – патологических изменений не выявлено.

**Обоснование диагноза.**

На основании данных анамнеза:\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*. активно злоупотреблял алкогольными напитками низкого качества на протяжении нескольких лет. Злоупотребление связывает с неразрешимостью проблем в жизни. Пол года назад жена подала на развод, места жительства в данный момент не имеет. После очередного многодневного запоя пациент поступил в ТОКПБ 24.07.2003. м предварительным диагнозом: Алкогольный психоз. В момент поступления пациент был дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Больного преследовали зрительные галлюцинации: совершал какие-то действия в вымышленными предметами. Пациенту была оказана квалифицированная медицинская помощь, состояние стабилизировалось: появилась ориентация во времени и пространстве, зрительные галлюцинации исчезли.

В настоящее время пациент предъявляет жалобы на головную боль и снижение памяти, особенно на недавние события, ключевые моменты жизни воспроизводит удовлетворительно.

На основании психического статуса:

На основании психического статуса удается выделить **амнестический синдром**, который проявляется в снижении способности воспроизводить недавние события, при сохранении способности воспроизвести ключевые моменты жизни. Кратковременная память сохранена. Перед ответом пациент задумывается на некоторое время и затем дает ответ, зачастую неточный. Выявлена низкая возрастная норма интеллекта ( Iq=81), снижение концентрации внимания. Также наблюдается изменение личности по алкогольному типу. Эмоциональное огрубление, сужение круга интересов, безынициативность, выраженная алкогольная заинтересованность.

Также нельзя отрицать влияние органического поражения в формировании амнестического синдрома в связи с перенесенными травмами : 1976- сотрясение головного мозга (упал с кедра), 1979- закрытая ЧМТ(дорожно-транспортное проишествие), 1981-сотрясение головного мозга ( драка ), 1986- закрытая ЧМТ (дорожно-транспортное проишествие), 1996- сотрясение головного мозга ( драка ).

На основании вышеизложенных данных ставится диагноз:

**Состояние отмены алкоголя с делирием (F10.40)**

**Алкогольный амнеcтический синдром (F10.6)**

Сопутствующее заболевание:

**Синдром зависимости от алкоголя II ст. (F10.212)**

**Дифференциальный диагноз.**

Прежде всего необходимо дифференцировать с делириями другой этиологии.

**Абортивный делирий.**

Для данного вида делирия характерны иллюзии и галлюцинации, но ориентировка в пространстве и времени сохраняется. Длительность составляет несколько часов.

В данном случае длительность делирия составляла несколько дней с потерей ориентировки в пространстве и времени.

**Муситирующий делирий.**

Наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения. Для данного пациента это состояние характерно не было.

**Профессиональный делирий.**

При данном виде у больного наблюдается автоматизированные двигательные действия, характерные для его профессиональной деятельности. Галлюцинаторные переживания при этом менее выражены и отчетливы. Автоматизированных двигательных действий не наблюдалось, галлюцинаторные переживания носили отчетливый характер.

**Интоксикационный делирий**.

Проявляется яркими зрительными галлюцинациями, к которым могут присоединяться тематически связанные слуховые, обонятельные и вкусовые. Критического отношения к галлюцинациям нет. Ориентировка в окружающем нарушена. Интоксикационный делирий развивается при употреблении некоторых психотропных средств, отравления угарным газом, тетраэтилсвинцом, анилином, грибами.

В анамнезе не удалось выявить факт употребления психотропных веществ, либо промышленного или бытового отравления.

**Дифференциальный диагноз амнестического синдрома представляет сложность т.к. имеет предположительно смешанную алкогольную и органическую природу.**

**Лечение.**

*Rp: Solutio Sibazoni 0, 5 % pro injectionibus*

*D.t.d. № 10 in amp.*

*S: Вводить внутремышечно.*

Препарат действует успокаивающе, снимает эмоциональное напряжение, уменьшает чувство тревоги, страха, беспокойство. Оказывает миорелаксантный и противосудорожный эффект. Сибазон назначают при различных нервно-психических заболеваниях: неврозах, психопатиях, а также при неврозоподобных и психопатоподобных состояниях при шизофрении, органических поражениях головного мозга, в том числе при цереброваскулярных заболеваниях, при соматических болезнях, сопровождающихся признаками эмоционального напряжения, тревоги, страха, повышенной раздражительностью, сенестоипохондрическими, навязчивыми и фобическими расстройствами, при нарушениях сна.

*Rp: Sol. Haemodesi 400.0*

*D.S. Вводить внутривенно капельно.*

Применяют для дезинтоксикации организма при токсических формах острых желудочно-кишечных заболеваний (дизентерия, диспепсия, сальмонелезы и др.), ожоговой болезни в фазе интоксикации, послеоперационной интоксикации, инфекционных заболеваниях, токсикозах беременных и других патологических процессах, сопровождающихся интоксикацией.

*Rp: Sol. Glucosae 5% 800,0*

*Sol. Аcidi ascorbinici 5% 3,0*

*Sol. Сосаrboxylasi 2,0*

*D.S. Вводить внутривенно капельно со скоростью 30 капель в минуту.*

##### *Rp: Sol. Droperidoli 0.25% 5.0*

*D.t.d. № 10 in amp*

*S: Вводить внутремышечно при возбуждении, под контролем артериального давления.*

Нейролептическое средство из группы бутирофенонов. Оказывает быстрое, сильное, но непродолжительное действие. В психиатрической практике дроперидол применяют при психомоторном возбуждении, галлюцинациях.

##### *Rp: Sol. Pyracetami 20% 5.0*

*D.t.d. № 10 in amp*

*S: Вводить внутремышечно*

Пирацетам оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение мозга. Стимулирует окислительно-восстановительные процессы, усиливает утилизацию глюкозы, улучшает регионарный кровоток в ишемизированных участках мозга. Препарат увеличивает энергетический потенциал организма за счет ускорения оборота АТФ, повышения активности аденилатциклазы и ингибирования нуклеотид фосфатазы. Улучшение энергетических процессов под влиянием пирацетама приводит к повышению устойчивости тканей мозга при гипоксии и токсических воздействиях.

##### *Rp: Tab. Glycini 0.1*

*D.t.d. № 50*

*S: Принимать под язык по 1 таблетке 3 раза в день.*

По современным данным, является центральным нейромедиатором тормозного типа действия. Оказывает седативное действие. Улучшает метаболические процессы в тканях мозга. Рекомендован для применения как средство, ослабляющее влечение к алкоголю, уменьшающее явления абстиненции, депрессивные нарушения, повышенную раздражительность, нормализующее сон, а также при других явлениях у больных хроническим алкоголизмом.

*Rр.: Sol. Руridoxini 5% 1 ml*

*D.t.d. N. 10 in ampull.*

*S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в день через день.*

*Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2, 5 % 1 ml*

*D.t.d. N. 10 in ampull.*

*S. Пo 1 мл внутримышечно, чередуя с B6.*

##### *Rр.: Sol. Glucosi 40 % 20 ml*

*D.t.d. N. 6 in ampull.*

*S. Для внутривенных вливаний № 10 Вводить медленно!*

При введении в вену гипертонических растворов повышается осмотическое давление крови, усиливается ток жидкости из тканей в кровь, повышаются процессы обмена веществ, улучшается детоксикационная функция печени, усиливается сократительная деятельность сердечной мышцы, расширяются сосуды, увеличивается диурез.

**Экспертиза.**

***Трудовая.***

Трудоспособность после курса терапии восстанавливается полностью.

***Судебная.***

В момент совершения общественно опасных действий больные признаются невменяемыми и нуждающимися в принудительном лечении. При экспертизе лиц, в прошлом перенесших делирий, следует учитывать возможность намеренного воспроизведения бывших ранее симптомов.

***Военная.***

Согласно статье 20 приказа №315 Министра обороны РФ, лица, страдающие алкоголизмом, признаются негодными к военной службе в мирное и военное время.

**Прогноз.**

При прохождении полного курса лечения и соблюдении всех рекомендаций лечащего врача, полном отказе от алкоголя прогноз благоприятный. При продолжении злоупотребления алкоголем делирии будут повторяться, будет и прогрессирование амнестического синдрома. Высокий риск социальной дезадаптации и деградация личности.

**Рекомендации.**

Рекомендован отказ от алкоголя. Курс терапии алкогольной зависимости. Наблюдение психотерапевта по месту жительства.

**Список использованной литературы.**

1. «Практикум по психиатрии» учебно-методическое пособие, Томск 2000 г.
2. М.В. Коркина «Психиатрия» Москва, Медицина 1995
3. Лекционный материал 2004 г.
4. Машковский «Лекарственные средства» 2002 г.
5. М.А. Лакосин «Лечение алкогольных психозов» Москва, 1999г.