

Министерство здравоохранения
Самарский Государственный
Медицинский Университет
Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
Заведующий кафедрой: профессор, Д.М.Н. Носачёв Геннадий Николаевич
Преподаватель: доцент, К.М.Н. Носачёв И.Г.
История болезни
Клинический диагноз: Шизоаффективный психоз

Выполнил: студент V курса
лечебного факультета
группы №501
Бусов Вадим Николаевич
Самара, 2007
Паспортная часть

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Дата рождения: 20.08.1983г., 23 года

Образование: незаконченное высшее

Профессия: экономист

Место работы, должность: работает в банке экономистом

Семейное положение: разведена

Место жительства: Самарская обл, Богатовский р-н, _____

Поступила в стационар: самотёком

Вид стационарирования: в добровольном порядке

В психиатрический стационар поступает: повторно (с 16/03-07г,
госпитализаций две, данная госпитализация вторая)

Дата поступления: 24.04.2007г.

Дата начала курации: 23.05.2007г.

Жалобы, предъявляемые больной, на момент курации

Жалоб нет

Субъективный анамнез

Со слов больной психическими нарушениями страдал её отец, который злоупотребляет алкоголем в течение многих лет. Находился на лечении в Самарской психиатрической больнице в 1996 году в течение месяца. Диагноз отца пациентка не знает. Из анамнеза жизни: развивалась и росла нормально, в возрасте от 1 года до 3 лет имела излишний вес (в 1 год весила 16 килограмм). В детстве переболела краснухой и желтухой. Пошла в среднюю школу в 7 лет, где очень успешно обучалась. Проблем в общении со сверстниками никогда не наблюдалось. С подростковых лет

тянет к мужскому полу. Первые менструации с 12 лет, цикл регулярный - 28 дней, продолжительность 4-5 дней, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 16 лет (с будущим мужем). В возрасте 18 лет вышла замуж, в 22 года - развод по инициативе мужа (разговора с мужем небыло, бумаги из суда о расторжении брака пришли по почте). Причина развода в муже, который ушёл, а затем и женился на её подруге. Развод и новость о повторной женитьбе очень тяжело переживала. Специально ездила посмотреть на свадьбу со стороны. Беременностей небыло. В 2006 году поступила в Самарскую Экономическую Академию. Акушерский анамнез: роды вторые, родилась доношенной с нормальным весом и ростом. Особенности не знает. Вредные привычки отрицает. В данный момент проживает в съёмной квартире с братом и двумя девушками (студентками). Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит В и С отрицает. Операций и травм небыло. Аллергических заболеваний в семье нет. Аллергические реакции на пищевые продукты, бытовую пыль, шерсть животных, пыльцу растений, химические вещества и медикаментозные препараты отрицает. Реакций на введение сывороток и вакцин нет. Переливаний крови и её заменителей не было.

Из анамнеза заболевания: болезнь началась в марте 2007 года, когда стала слышать голос в голове, принадлежащий человеку, с которым она встречалась 1,5 месяца на тот момент. Голос ей приказывал, и если она сделает всё, что он пожелает, то он женится на ней. В голове возникали мысли о свадьбе. Наскакивали друг на друга и мешались. Через неделю 15 марта отмечает, что начала вести себя странно по приказам голоса: обнажённая ползла с 4 этажа вниз. Надевала свою шубу на собаку. После чего мать с братом отвезли её в самарскую психиатрическую больницу, где была добровольно госпитализирована 16.03.2007 года. Находилась на лечении в течении 2-х месяцев, после чего почувствовала себя хорошо. В конце апреля выписана, назначено лечение. С каким диагнозом не интересовалась. Препараты не купила ссылаясь на высокую стоимость. Пробыла дома 3 дня в течение которых одна ходила в цирк, ночной клуб, кафе, ездила с незнакомыми мужчинами. 23 апреля стал преследовать страх смерти, ночью не спала, вызывала скорую, были введены сильные успокоительные средства, без эффекта. Были мысли о суициде, дабы облегчить участь. 24 апреля 2007г с братом обратилась в самарскую психиатрическую больницу, где добровольно госпитализирована повторно. Сейчас, после проведённого лечения, чувствует себя удовлетворительно.

Объективный анамнез

шизоаффективный психоз диагностика реабилитация

Выписана из самарской психиатрической больницы 20 мая 2007 года с диагнозом: Шизоаффективный психоз. Тревожно-параноидный синдром. Были прописаны препараты из группы нейролептиков. В остальном субъективный и объективный анамнез совпадают.

Соматическое состояние

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Температура тела 36,5 С, рост 167 см, вес 59кг. Кожные покровы бледно-розовые,

слизистые бледные. Напряжение и эластичность, влажность кожи нормальные. Слизистые чистые, незначительный налёт на языке. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Форма черепа - нормоцефалическая, рубцов, дефектов в области головы нет. Конфигурация позвоночника s-образная. Деформации костей и суставов нет, болезненность при пальпации и поколачивании не отмечается. Перкуссия остистых отростков позвоночника, паравертебральных точек безболезненна. Форма грудной клетки правильная. При дыхании отмечается равномерное движение правой и левой сторон. Дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту. Хрипов и шумов нет. Сердечно-сосудистая система в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 76 в минуту. АД 120 и 80 мм. рт. ст. Живот симметричный, округлой формы, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Область почек без изменений. Почки не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Глазных симптомов нет. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Неврологический статус

Без особенностей.

Психический статус

Больная следит за собой, волосы вымыты, косметикой не пользуется, но лицо ухоженное. Ногти чистые. Халат слегка помят, застёгнут на все пуговицы, чистый. В беседу вступает легко, с излишним энтузиазмом. Откровенна, не скрывает психопатологических переживаний. Порой чересчур откровенна. Хорошо ориентируется в датах и времени. Знает, что находится на лечение в психиатрической больнице по поводу психических нарушений. Легко говорит паспортные данные, историю жизни, анамнез. Изречение мерное, последовательное. При разговоре не отвлекается. Сознание ясное. Настроение эйфоричное. Разговор ведёт с улыбкой.

За полтора месяца до первой госпитализации познакомилась с молодым человеком, вскоре возникли близкие отношения. Первый раз мысли о свадьбе появились через месяц после знакомства - вдруг невыносимо захотелось замуж и детей от этого человека. На какой-то праздник он подарил пациентке календарь с рисунком дома, она тут же поняла, что нарисован их будущий дом, и делала всё чтобы воплотить всё в реальность. Была уверена, что молодой человек тоже хочет жениться на ней, но по каким-то причинам не делает её предложения, чего она каждый день очень ждала. Хотя он каждый день косвенно намекал ей своим поведением, жестами, взглядом. Говорит, что тогда же начала слышать голос своего друга у себя в голове, который приходил как собственные мысли. 15 марта во дворе просигналил автомобиль и она поняла, что это именно за ней приехал он. В голове голос говорил ей что делать, а она ему повиновалась, думая, что если сделает всё, как он сказал, то он на ней жениться. Голос сказал раздеться донага и проползти по лестнице на улицу. На выходе встал

брат и не пускал её. Она целовала ему ноги и просила отпустить, сама была уверена, что брат и её друг заодно и весь «спектакль» разыгрывается для матери. Надевала свою шубу на пробегающую мимо собаку. Мама с братом отвезли в психиатрическую больницу, потому что, как пациентка и сама понимала, вела себя достаточно странно. Пролежала 2 месяца, в течение которых её молодой человек не навещал.

Почувствовала себя лучше. Не поинтересовалась с каким диагнозом выписывается. Прописанных ей лекарств не купила, так как стоили они 7 тысяч, а денег не было. Сразу после выписки посетила цирк, ночью пошла одна в ночной клуб, затем в кафе, так как ей очень сильно хотелось танцевать. Утверждает, что очень хорошо чувствует музыку, очень хорошо танцует, двигается исключительно в такт. Все в кафе смотрели только на неё и она это чувствовала, так как лучше всех танцевала. Все 3 дня после госпитализации ездила только на дорогих машинах с незнакомыми парнями, потому что отлично выглядела, и вообще отличается хорошим вкусом. Вечером, на третий день после выписки стало преследовать чувство тревоги, переросшее позже в страх смерти. Ночью отказывалась ложиться спать, говорила, что лёжа люди умирают. Просила брата позвонить матери или в скорую помощь. Говорила, что если брат позвонит отцу, то отец каким-то образом убьёт её. Мысли в голове насаживали друг на друга. Думала о суициде, чтобы быстрее покончить с мучениями. 24 апреля приехала с братом в психиатрическую больницу, где просила о госпитализации. Сейчас говорит, что здорова. Расстраивает факт, что должна уволиться с работы, но понимает, что с её болезнью работать с деньгами никто не доверит.

Клинический диагноз: Шизоаффективный психоз.

Синдромальный диагноз: депрессивный синдром.

Подпись куратора: Бусов В.Н. 01.06.07г.

Квалификация психического статуса

Первичный бред отношения ставится на основании рассказа больной: «...через месяц после знакомства вдруг невыносимо захотелось замуж и детей от этого человека. На какой-то праздник он подарил пациентке календарь с рисунком дома, она тут же поняла, что нарисован их будущий дом, и делала всё чтобы воплотить всё в реальность. Была уверена, что молодой человек тоже хочет жениться на ней, но по каким-то причинам не делает её предложения, чего она каждый день очень ждала. Хотя он каждый день косвенно намекал ей своим поведением, жестами, взглядом.»

На основании того, что больная указывает на наличие голоса возникающего внутри головы (в голове голос говорил ей что делать, а она ему повиновалась, думая, что если сделает всё, как он сказал, то он на ней жениться. Голос сказал раздеться донага и проползти по лестнице на улицу), что может быть оценено как слуховые псевдогаллюцинации и вторичный любовный бред.

Со слов больной, сразу после выписки посетила цирк, ночью пошла одна в ночной клуб, затем в кафе, так как ей очень сильно хотелось танцевать. Утверждает, что очень хорошо чувствует музыку, очень хорошо танцует, двигается исключительно в такт. Все в кафе смотрели только на неё и она это чувствовала, так как лучше всех танцевала. Все 3 дня после госпитализации ездила только на дорогих машинах с

незнакомыми парнями, потому что отлично выглядела, и вообще отличается хорошим вкусом, что доказывает у больной проявления маниакального синдрома. Наличие депрессивного синдрома доказывает то, что вечером, на третий день после выписки стало преследовать чувство тревоги, переросшее позже в страх смерти. Ночью отказывалась ложиться спать, говорила, что лёжа люди умирают. Просила брата позвонить матери или в скорую помощь. Говорила, что если брат позвонит отцу, то отец каким-то образом убьёт её. Мысли в голове насакивали друг на друга. Думала о суициде, чтобы быстрее покончить с мучениями.

Параклинические методы диагностики

1. Экспериментально-психологическое исследование

· Исследование памяти. Пиктограмма.

«Телефонная проба». По прошествии 5-7 минут разговора пациентка воспроизвела номер без ошибки.

· Исследование внимания. Счёт по Крепелину.

При счёте отмечались равные интервалы между правильными ответами. Больная во время счёта не отвлекалась на посторонние раздражители.

· Исследование мышления. Исключение четвёртого лишнего.

1. Лист, почка, кора, дерево, сук (лист - потому что он может быть и тетрадным).

2. Минута, секунда, час, вечер, сутки (вечер - потому что понятие абстрактное, а другие точные).

3. Василий, Фёдор, Семёнов, Иван, Георгий (Семёнов - потому что это фамилия)

4. Сливки, сметана, молоко, сыр, сало (сало - потому что это не молочный продукт).

· Исследование на понимание перенесённого смысла.

Светлая голова - умный человек

Глухая ночь - тёмная ночь

Золотые руки - мастер на все руки

Белая ворона - не такой как все

Волчий аппетит - сильный голод

Ежовые рукавицы - строгость, ограниченность

Пламенная речь - красноречивость

Свинцовые тучи - тяжёлые, тёмные облака

Крутой нрав - человек с характером

Заячья душа - мелкая трусливая душонка

2. Лабораторные исследования и консультации специалистов

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимический анализ крови на глюкозу, общий белок, билирубин,

4. Кровь на сифилис методом микрореакции и РПГА

5. Кровь на Вич, НвSAg методом ИФА.

6. ККФ

Общий анализ мочи от 25.04.2007г.

Цвет: светло-жёлтый

Прозрачность: мутная
Плотность: 1,025
Белок: отр
Глюкоза: норма
рН: 6,5
Лейкоциты: 2-5 в п/зр
Эритроциты: ед
Эпителий плоский: 3-4 в п/зр
Слизь: +
Соли: ураты+
Общий анализ крови от 25.04.2007г.
СОЭ - 8 мм/ч
Лейкоциты - $4,6 \cdot 10^9$ /л
Нв - 110 г/л
Эритроциты - $3,6 \cdot 10^{12}$ г/л
Цветной показатель - 0,92
Биохимический анализ крови от 25.04.2007г.
Глюкозу - 5,4 ммоль/л
Общий белок - 75,6 г/л
Билирубин - 14,0 мкмоль/л
Реакция на сифилис от 27.04.2007г.
Микрореакция отрицательная
РПГА отрицательная
Реакция на ВИЧ и НвSAg от 27.04.2007г.
Методом ИФА антитела не определяются
ККФ от 23.05.2007г. Без патологии
Обоснование диагноза

Диагноз: Шизоаффективный психоз ставится на основании того, что у больной отмечается картина чередования атипичных маниакальных (первичный бред отношения, вторичный любовный бред с слуховыми псевдогаллюцинациями, проявления маниакального синдрома) и депрессивных (проявления депрессивного синдрома) фаз, смена фаз в течение дня - биполярное течение, отсутствие просветления без приёма медикаментов.

Депрессивный синдром ставится на основании наличия суицидального настроения, страха смерти, нарушения сна по типу бессонницы. Имеются анамнестические данные о наследственной предрасположенности больной к психическим заболеваниям.

Подпись куратора: Бусов В.Н. 01.06.07г.
Реабилитация

Медицинская реабилитация:

1.Режим «открытых дверей» (3)

2. Стол № 15

3. Rp: Sol. Sibazoni 0,5% - 4 ml

Signa. Внутримышечно 2 раза в день в течение 3 дней.

(Транквилизатор, производное бензодиазепина. Действие обусловлено усилением ГАВА-эргического тормозного влияния, прежде всего в подкорковых структурах.

Оказывает анксиолитическое, седативное, миорелаксирующее, противосудорожное действие, не вызывает экстрапирамидных расстройств.)

Rp: Sol. Galoperidoli 0,5% - 1 ml

Signa. Внутримышечно 2 раза в день (утро, обед) в течение 5 дней.

(Нейролептик, блокирует допаминовые рецепторы в ЦНС. Оказывает антипсихотическое действие, имеет умеренный седативный эффект.)

Rp: Tabl. Finlepsini 200mg

Signa. По 1 таблетке 3 раза в день в течение 7 дней.

(Противоэпилептический препарат, оказывает умеренное антимианиакальное, антипсихотическое действие)

Бусов В.Н. 01.06.07г.

Профессиональная реабилитация:

Больной рекомендуется сменить характер выполняемой работы, на менее ответственную не связанную с денежными операциями.

Социальная реабилитация:

Больная страдает Шизоаффективным психозом, что является прогностически благоприятным, при соблюдении больным рекомендаций. Разъяснить родственникам о необходимости постоянного наблюдения за приемом препаратов и состоянием пациентки.

Экспертиза

Трудовая: в связи с постановлением правительства РФ от 13.08.1996 года №965 « О порядке признания граждан инвалидами » пациентка признается трудоспособной и способной к самообслуживанию, обучению, передвижению, ориентации, общению. После выписки пациентки из стационара рекомендуется выход на работу.

Судебная:

В случае совершения больной общественно-опасных действий больная подлежит уголовной ответственности, что учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера по статье 22 УК РФ.

Военная:

Согласно существующему приказу МО РФ в соответствии с положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным постановлением Правительства РФ от 20.04.1995 года № 390 графой 1 пунктом Д признать Витковскую М.И. не годной к военной службе.

Клинический и социально-трудовой прогноз и рекомендации

1. Медицинский прогноз - сомнительный. Возможности возвращения к

преморбидному уровню нет. Формирование стойких изменений личности и интеллекта вероятно.

2. Социально - трудовой прогноз - относительно благоприятный.

3. Рекомендации:

1. Амбулаторное наблюдение у врача - психиатра в поликлинике по месту жительства.

2. Зипрекса (нейролептик) 5 мг по 2 таблетке 1 раз в день (контроль дозировки препарата у психиатра ежемесячно).

3. Паксил (антидепрессант) 20 мг по 1 таблетке утром (контроль дозировки препарата у психиатра ежемесячно).

4. Наблюдение у эндокринолога в поликлинике по месту жительства.

Используемая литература

1. Носачёв Г.Н., Баранов В.С. «Написание студенческой истории болезни по курсу психиатрии и наркологии»

2. Носачёв Г.Н., Баранов В.С. «Семиотика психических заболеваний», Самара 2002г.

3. Методическое пособие в написании студенческой истории болезни по курсу «Психиатрия, наркология». Г.Н. Носачёв, И.Г. Носачёв, В.С. Баранов, Самара 2007г.

4. Патология сознания под редакцией Н.Н. Крюкова.

5. «Психиатрия» М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, Москва «Медицина» 1995г.

Список литературы

* Функциональные и пограничные психические состояния // 2dip - студенческий справочник. URL:

https://2dip.su/теория/психология/психическое_состояние_человека_и_его_свойства/функциональные_и_пограничные_психические_состояния/