**ФИО:** Красавцева Юлия Михайловна

**Дата рождения:** 01апреля 1985

**Образование**: среднее

**Профессия:** инвалид 11группы

**Семейное положение**: не замужем, детей нет

**Адрес постоянного места жительства**: г.Запорожье Жовтневый район ул. Героев-Сталинграда д.40 кв.22

**Дата поступления в клинику**:20 июня 2003

Поступила повторно, без направления, по инициативе матери.

Жалоб нет.

На момент окончания курации продолжала находится в стационаре.

**Жалобы:**

Жалобы диффузную головную боль преимущественно во второй половине дня, головокружение, чувство тяжести в голове и повышенное АД, со слов больной 140/90, при нормальном для нее 100/60.

# Анамнез жизни:

Наследственность неизвестна. Настоящие родители приемные. Удочерена в возрасте 4-х лет. Была подброшена в 3-х месячном возрасте в детскую больницу. О настоящих родителях ничего не известно. Со слов больной, у нее родовая травма. С детства отставала в развитии. Плохо говорила, занималась у логопедов. С 4,5 лет посещала детсад, где никого не признавала, самостоятельно уходили из садика, дралась с детьми. С 6 лет в школе трудности в учебе, плохо усваивала материал, по повадкам походила на мальчика, поведение в школе неудовлетворительное. Била детей, грубила родителям, агрессировала к учителям. Со слов больной, в 5 июня 1997 получила травму головы, сотрясение мозга. С 1997 года бродяжничала, уходила с уроков; во время учебы в интернате для слабовидящих пыталась выбросится в лестничный проем, наносила себе повреждения. С 1997г связалась с асоциальными подростками, нюхала клей, выносила вещи из дома, наблюдались эпизоды немотивированной злобы к родителям.

Жилищно-бытовые условия ниже среднего. Мать преподаватель пенсионерка 54г, отец умер в 2001г.

**Типологические особенности:**

**А)** физическая сила повышенная, в повадках резкая; недисциплинирована; вынослива; поведение в момент опасности неадекватное; жизненные трудности воспринимает остро, что часто является причиной суицидных попыток. Упряма, умеет постоять за себя и за других, но оценивает ситуации своеобразно и однобоко. Настроение чаще хорошее. Размах жизненных планов скуден, круг интересов сужен (см. Приложения 1 и 2).

**Б)** неуровновешена, настроение может резко меняться на противоположное. Неспособность ограничивать свои побуждения и проявления чувств, себя не контролирует и не осуждает, со слов больной: «так легче жить».

**В)** решения принимает легко и быстро, не отказывается от них, даже если понимает что они ошибочны, со слов больной «доведу до конца, а если не права, то потом буду исправлять». Легко знакомится с новыми людьми, привязывается, в отношениях не постоянна. Обидчива, злопамятна. В общении не настораживает, речь спокойная. Любимые занятия, со слов больной, общение с интересными людьми. Авторитетами для себя считает: Веру Ивановну (лечащий врач), санитарку Надю и дедушку. Мимика однообразна.

**Г)** интересуется музыкой, спортом; говорит, что любит играть в шахматы. Поступки свои не обдумывает перед тем как начать действовать, хотя наблюдается спланированность действий, когда дело касается сверх ценных целей. Говорит, что анализирует свои поступки, хотя при рассказе о негативных ситуаций сожаления нет, а наоборот присутствует гордость. Процесс формирования суждений минимален, чаше больная использует заученные абстрактные понятия, принятые от других. (см. Приложение 3)

В соответствии, с вышеизложенным, можно сделать вывод об типологических особенностях пациентки, которыми является изменение личности по эпитипу в сфере характера и интеллекта.

**Анамнез болезни:**

Считает больной себя с рождения, говорит о родовой травме. С 1997г трижды была госпитализирована в ЗОПБ с поведенческими расстройствами. После последней выписки была переведена на обучение на дому, однако от учебы отказалась. С 2000г была госпитализирована в ГПНКД по поводу психопатоподобной симптоматики. В 12 лет наблюдался эпипараксизм в виде психомоторного эквивалента, после которого сильно избила девочку, после чего залезла на трубу котельни. Свое поведение амнезировала. В последние годы поведение в вечернее время стереотипно, наблюдаются приступы жара, сердцебиения, расплывчатости зрения, головные боли, после чего становится агрессивной и неуправляемой. В возбужденном состоянии с разрушительными тенденциями, направленными на окружающих или себя. В последующем период амнезии.

Со слов матери наблюдались генерализованные судорожные припадки, последний 17.08.01, после чего и была госпитализирована. Припадок, якобы длительностью 40 мин: «не приходила в сознание, стонала, кричала, извивалась». Внезапно вскочила и побежала выбивать дверь.

Вирусный гепатит перенесла в 1987г.

ЧМТ с потерей сознания в детстве.

Страдает миопией средней степени.

Аппендектомия в августе 2001г.

В отделении состояние не стабильное. Эмоционально лабильно. Легко раздражается. Аффектирует. Назойлива. Постоянно подходит с различными просьбами к врачу. В случае отказа исполнить его, требовала – возбуждается, начинает бить кулаками по двери, ругается нецензурной бранью. Шантажирует персонал перебить все окна и кровати. Дистанцию с персоналом не соблюдает. Может носить медсестер на руках, гордится своими мужскими повадками. Режим отделения не соблюдала. Пыталась избить санитарку. Отказывалась принимать таблетированные препараты. Однажды закрылась в кладовке, подперев дверь изнутри. При выбивании двери, была тревожна. Лицо бледно, топчется на месте, с ноги на ногу, учащенное дыхание. Стереотипно повторяла: «Я не хочу, чтобы делали укол!». При этом узнает окружающих, отвечает по существу.

Была выписана 6 ноября 2001, по просьбе матери (в связи с похоронами отца). В течение 10 дней до выписки поведение больной было упорядоченное, благодушное, асоциальных тенденций не выявляла.

Поступила очередной раз без направления, по инициативе матери. Больная объясняет это тем, что ее мать не хочет жить с ней, т.к. они постоянно ссорятся, а мать мотивирует свою правоту болезнью дочери. Жалобы на головную боль и повышенное АД, со слов больной 140/90, при нормальном для нее 100/60.

**Соматический статус:**

Общее состояние больного средней степени тяжести. Положение в постели активное. Сознание сохранено, контактен, общителен, обстоятелен. Гиперстеник. Кожные покровы блед­но-розового цвета, чистые, умеренной влажности. Подкожно-жировой слой развит умеренно, толщина кож­ной складки в подреберьях - 3,5 см. Отеков нет. Периферические л/у (затылочные, подчелюстные, шейные, над- и подключичные, под­мышечные, паховые) не увеличены, при пальпации безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.

Деформаций костей и суставов не обнаружено. Мышечный тонус диффузно снижен. При пальпации мышцы безболезненны.

Грудная клетка нормостеническая, правильной формы, симмет­ричная. Тип дыхания брюшной. ЧДД - 19 в минуту. Перкуторно разме­ры легких и подвижность их края в пределах нормы. При аускульта­ции по всем легочным полям выслушивается везикулярное дыхание.

Область сердца не изменена. Верхушечный толчок умеренной силы, опре­деляется в 5 межреберье по среднеключичной линии. Пульс на луче­вых артериях симметричный на обеих руках, удовлетворительного на­полнения и напряжения, частота 76 в минуту, ритмичен.

Границы относительной тупости сердца:

правая - 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины

левая - 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

верхняя - на 3 ребре по левой окологрудинной линии

поперечник сердца - 11 см.

Границы абсолютной тупости:

правая - 4 межреберье по правому краю грудины

левая - 5 межреберье на 3 см кнутри от среднеключичной линии

верхняя - 4 ребро по левой окологрудинной линии.

Аускультация сердца: Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС - 76 в минуту. АД - 120/80 мм рт.ст.

Язык влажный, розовый, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание произвольное, свободное, безболезненное. Естественные отправления не нарушены.Признаков дисфункции желез внутренней секреции нет.

**Неврологический статус**

**1)** Черепные нервы: . **I пара** - n. olfactorius ( обонятельный нерв ).Обоняние исследуется при помощи различных пахучих веществ, хоро­шо известных больному (одеколон, свежий хлеб, мята, этиловый спирт и др.). Одна ноздря закрывается, другой определяются запа­хи. Обычно используют пузырьки с пахучими растворами. Больной ощущает различные запахи одинаково с обеих сторон. **II пара** - n. opticus (зрительный нерв).Острота зрения исследуется с помощью таблицы Сивцева, состоящей из 12 строчек букв. Больной находится на расстояние 5 метров от хорошо освещенной таблицы. Больной поочередно закрывает левый и правый глаз и старается различить буквы 10-ой строки (в таком случае зрение считается нормальным). Острота зрения право­го глаза 1,0, левого глаза 1,0. . Поля зрения исследуются с помощью периметра, а также с помощью молоточка. Для этого больному предлагается зафиксировать взгляд на любом предмете, а затем исследующий вносит и выносит из поля зрения больного молоточек. Больной отмечает моменты, когда перес­тает видеть молоточек. Ориентировочные границы полей зрения для левого глаза: наружная - 80°, верхняя - 50°,нижняя - 60°. Для правого глаза наружняя - 90°, верхняя - 50°, нижняя - 60°. . Цветоощущение исследуются с помощью различно окрашенных предме­тов. Цветоощущение больного не нарушены. . **III пара** - n. oculomotorius (глазодвигательный нерв) . **IV пара** - n trochlearis ( блоковый нерв ) . **VI пара** - n. abducens (отводящий нерв)Исследуют форму и величину зрачков. У больного зрачки округлые, одинакового размера, симметричные. Исследование реакции зрачков на свет. У больного зрачки на свет реагируют содружественно. Исследование конвергенции зрачков производится путем поднесения молоточка к переносице. При поднесении молоточка к переносице у больного достаточная конвергенция с обеих сто­рон. Синдром Арджилла-Робертсона (выпадение реакции зрачка на свет при сохранении реакции аккомодации и конвергенции) не выявляется. Больной двоения перед глазами не отмечает. Глазные щели равномерны D=S. Исследование нистагма проводится при перемещении молоточка из стороны в сторону. У больного нистагма не выявляется. **V пара** - n . trigeminus (тройничный нерв ). Исследование болевой чувствительности на кожи лица проводят пу­тем покалывания иголкой по ходу иннервации ветвей тройничного нерва (зонам Геда). У больного снижения чувстви­тельности нет. Исследование корнеального рефлекса. У больного при прикладывании мягкой бумажки к роговице наблюдается смыкание век обоих глаз. Исследование силы жевательных мышц проводят путем прикладывания рук на m.masseter, при этом больного просят сделать жевательное движение. V больной не отмечается снижения силы жевательных.мышц. **VII пара** - n. facialis (лицевой нерв). При наморщивании лба наблюдается образование кожных складок. Гла­за зажимает полностью. Зубы при их показывании обнажаются пол­ностью. Сглаженности носогубных складок нет. **VIII пара** - n. vestibulocochlearis (преддверно-улитковый) Исследование остроты слуха - больная слышит шепотную речь на рас­стоянии 4 метров. Слуховые галлюцинации, синдром Меньера не выяв­лены. **IX пара** - n. glossopharingeus (языкоглоточный нерв). **X пара** - n. vagus (блуждающий нерв) Исследование акта глотания - при прикосновении шпателем к слизис­той оболочке задней стенки глотки у больного должно возникнуть глота­тельное движение. Глоточный рефлекс не снижен. Исследование небного рефлекса проводится путем прикосновения к мягкому небу - рефлекс живой, симметричный. Носовой оттенок голо­са, афония, дизартрия не отмечаются. **XI пара** - n. accessorius (добавочный нерв). При поворотах головы m. stemocleidomastoideus хорошо контурируют­ся. Свисания головы не наблюдается. Затруднений при поднятие плеч больной у себя не отмечает. **XII пара** - n. hypoglossus (подъязычный нерв). Наблюдается легкая девиация языка влево. Атрофия и фибриллярные подерги­вания языка не выявлены.

**2)** **Чувствительная сфера**

Беспокоят головные боли преимущественно во второй половине дня, головокружение, чувство тяжести в голове. Болевая чувствительность в точках Валле не снижена (исследование болезненности нервных стволов в паравертебральной области, под­ключичной ямке и по ходу седалищного нерва). Симптомы натяжения: Симптом Нери. Наклон головы приводит к боли в зоне иннервации пораженного ко­решка. Данный симптом не выявлен. Симптом Вассермана. При сгибании ноги в тазобедренном суставе боль проводится по пе­редней поверхности бедра в паховую область. Симптом не выявляется. Симптом Ласега. Сгибание ноги в тазобедренном суставе вызывает боль в пояснице и по задней поверхности бедра и голени, при сгибании в коленном суставе боль исчезает. Данный симптом не выявляется. Менингеальные симптомы: Ригидность затылочных мышц не выявлена. Симптом Кернига. Разгибание ноги в коленном суставе, ранее согнутой под прямым уг­лом в тазобедренном и коленном суставах, не производится. Данный симптом не выявляется. . Симптом Брудзинского верхний. Пассивное сгибание головы приводит к сгибанию ног и подтягиванию их к животу. Данный симптом не выявляется. Симптом Брудзинского средний. При давлении на область лобкового симфиза ноги сгибаются в тазо­бедренном и коленных суставах и подтягиваются к животу. Данный симптом не выявляется. Симптом Брудзинского нижний. При проверке с одной стороны симптома Кернига другая нога, сги­баясь в коленном и тазобедренном суставах, подтягивается к живо­ту. Данный симптом не выявляется. **Поверхностные виды чувствительности**: . Болевую чувствительность проверяют путем нанесения уколов иглой на симметричные участки. У больного снижения болевой чувствительности нет. Тактильную чувствительность проверяют путем прикосновения к телу мягкой кисточкой. У больного снижения тактильной чувствительности нет. Температурную чувствительность проверяют, прикасаясь к коже пред­метами с разной температурой поверхности. У больного снижения температурной чувствительности нет. . **Глубокие виды чувствительности**: . Мышечно-суставное чувство проверяют путем выяснения способности больного определять характер пассивных движений, производимых об­следующим в различных суставах его конечности. У больного мышечно-суставное чувство не нарушено. . Вибрационную чувствительность проверяют с помощью камертона. Нож­ка звучащего камертона устанавливается на кожу над костью. Выяс­няется, ощущает ли больной вибрацию камертона. У больного время ощущения вибрации справа и слева симметрично. . Чувство давления исследуется путем надавливания на симметричные участки тела. У больного чувство давления не нарушено. **Сложные виды чувствительности: .** Стереогноз. Больной при ощупывании ранее знакомого предмета должен опреде­лить его характер. Распознает предметы на ощупь, т. е. стереог­ноз сохранен. Двумерно пространственное чувство. Проверяют путем выяснения способности больной определять харак­тер элементарных геометрических фигур (крест, круг, треугольник и т. п.), цифр или букв, которые исследующий вычерчивает на коже больной тупым предметом. У больного двумерно пространственное чувство сохранено. . Сознание положения тела и его частей в пространстве. Данный больной с закрытыми глазами осознает положение тела и ко­нечностей в пространстве.

**3)** **Двигательная сфера** **и рефлексы**:

Активные движения в соответствии с заданием должен производить сам. Объем и темп движения определяют визуально. Данный больной правильно осуществляет активные движения. . Мышечная сила. Исследуется мышечная сила симметричных мышечных групп путем соп­ротивления силе исследуемого. Снижение мышечной силы не выявлено. . Мышечный тонус. Исследуется путем проведения пассивных движений в суставах. Мышечный тонус не снижен. . Атрофия мышц. Исследуется путем обмера мышц сантиметровой лентой. У больного атрофия мышц не выявляется. . Фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц. Определяются визуально. У данной больной фибриллярные и фасци­кулярные подергивания мышц не выявляются . **Координация движений** проверяется путем проведения следующих проб: Пальце-носовая проба. Больная с закрытыми глазами должен отвести руку, а затем, не то­ропясь, указательным пальцем попасть в кончик носа. Больноя не вы­полняет пробу слева. Пяточно-коленная проба. Больная, лежащего на спине с закрытыми глазами предлагают высо­ко поднять одну ногу и затем пяткой ее попасть в колено другой ноги. Больная не выполняет пробу слева. Проба на адиадохокинез. Больной предлагается закрыть глаза, вытянуть вперед руки и быс­тро, ритмично супинировать и пронировать кисти рук. Отмечается незначительный тремор рук. . Указательная проба. Больной предлагается несколько раз попасть указательным пальцем в кончик направленного на него пальца исследующего. Это же дей­ствие повторяется с закрытыми глазами. Больная выполняет дан­ную пробу. . Устойчивость в позе Ромберга. Больному предлагается встать, плотно сдвинув ступни, слегка при­поднять голову. В позе Ромберга покачивается, отмечается тремор пальцев рук. Походка. Походка больного устойчивая. **Речь**. Элементов дизартрии не выявлено. **Гиперкинезы**. Гиперкинезов нет. . **Сухожильные рефлексы**. Рефлекс с двуглавой мышцы плеча вызывается ударом молоточка по сухожилию мышцы над локтевым сгибом, рука больного при этом нахо­дится в полусогнутом и расслабленном состоянии. Ответная реакция - сгибание предплечья. У данного больного рефлекс снижен с обеих сторон. Рефлекс с трехглавой мышцы плеча вызывается ударом молоточка по сухожилию мышцы над локтевым отростком, рука при этом пассивно отведена назад и кнаружи и не полностью разогнута в локтевом сус­таве. Ответная реакция - разгибание предплечья. У данного больного рефлекс снижен с обеих сторон. Рефлекс с ахиллова сухожилия вызывается ударом молоточка по сухожилию. Ответная реакция - подошвенное сгибание стопы. У данного больного рефлекс снижен с обеих сторон. Коленный рефлекс вызывается ударом молоточка по сухожилию четырехглавой мышцы бедра под коленной чашечкой. Ответная реакция - разгибание голени. У данного больного рефлекс снижен с обеих сторон. **Кожные рефлексы**. Брюшные рефлексы вызываются штриховым раздражением кожи живота, раздражение производят по направлению к средней линии живота. Ответная реакция - сокращение мышц передней брюшной стенки. Верхний брюшной рефлекс. Вызывается в результате раздражения кожи параллельно реберным ду­гам. Средний брюшной рефлекс. Вызывается в результате раздражения кожи на уровне пупка. Нижний брюшной рефлекс. Вызывается в результате раздражения кожи над паховой складкой. У больной вызываются все брюшные рефлексы. Подошвенные рефлексы. Вызываются штриховым раздражением кожи подошвенной поверхности стоп. Ответная реакция - подошвенное сгибание пальцев стопы. У данной больной рефлекс снижен с обеих сторон. Карпо-радиальный рефлекс. Вызывается ударом молоточка по шиловид­ному отростку лучевой кости, рука больного при этом согнута в локтевом суставе, пронирована. У данного больного рефлекс снижен с обеих сторон.

**Патологические рефлексы**. **а)** На лице: хоботковый рефлекс - при ударе молоточком по нижней челюсти вызы­вается сокращение круговой мышцы рта, с вытягиванием губ вперед. У данного больного рефлекс не вызывается; ладонно-подбородочный рефлекс - раздражение кожи ладони в облас­ти тенара вызывает сокращение подбородочной мышцы на той же сто­роне со смещением кожи подбородка кверху. Рефлекс не вызывается; **б)** На руках: рефлекс Россолимо - при ударе по кончикам второго - пятого пальцев вызывается сгибание концевой фаланги большого пальца. У данной больной рефлекс не вызывается; **в)** На ногах: разгибательная группа: рефлекс Бабинского - при раздражении наружного края стопы наблю­дается разгибание большого пальца и веерообразное расхождение ос­тальных пальцев стопы. Рефлекс не вызывается; рефлекс Оппенгейма - вызывается проведением с нажимом большим и указательным пальцами по гребню болыпеберцовой кости сверху вниз по голеностопному суставу. Рефлекс не вызывается; рефлекс Гордона - вызывается сдавливанием икроножной мышцы. Реф­лекс не вызывается; рефлекс Шеффера - вызывается сдавливанием ахиллова сухожилия. Рефлекс не вызывается; сгибательная группа: рефлекс Россолимо - вызывается короткими, легкими ударами пальцев руки исследующего по подошвенной поверхности концевых фаланг вто­рого - четвертого пальцев стопы больной. Ответная реакция сводит­ся к быстрому кивательному подошвенному сгибанию пальцев стопы. У данной больнойрефлекс не вызывается; рефлекс Бехтерева-Менделя вызывается постукиванием молоточка по тылу стопы над третьим - четвертым плюсневыми костями. У данной больной рефлекс не вызывается; рефлекс Жуковского-Корнилова - вызывается постукиванием молоточ­ка по центральной части подошвы. У данной больной рефлекс не вы­зывается;

Клонусы стоп исследуются следующим образом: больной лежит на спине, исследующий сгибает ногу больного в коленном и тазобедрен­ном суставах и придерживает голень его одной рукой, а другой в это время резко производит тыльное сгибание стопы. При этом нас­тупает клоническое сокращение икроножных мышц, вследствие чего ступня ритмично сгибается и разгибается в течение всего периода, пока исследующий натягивает ахиллово сухожилие. У данной больной клонус не вызывается. Клонус коленной чашечки вызывается у больной, лежащей на спине с выпрямленными ногами. Исследующий большим и указательным пальца­ми руки захватывает верхний полюс коленной чашечки, после чего резко смещает ее в сторону голени. При этом происходит натяжение сухожилия четырехглавой мышцы и возникает ее клоническое сокраще­ние. У данного больного клонус не вызывается.

**4) Нейро-вегетативные расстройства**. Синдром Арджилла-Робертсона (выпадение реакции зрачка на свет при сохранении реакции аккомодации и конвергенции) не выявляется. Синдром Бернара-Горнера (миоз, птоз, экзофтальм) у больного не выявлен. Трофические расстройства в доступных исследованию тканях (пролеж­ни, артропатии, трофические язвы) не наблюдаются. Оволосение по женскому типу. Внутрисекреторные расстройства (тиреотоксикоз, микседема, акроме­галические и др. расстройства роста, тетания) не выявляются. Симптом Хвостека: при постукивании молоточком по стволу лицевого нерва кпереди от наружного слухового прохода возникает сокраще­ние мышц лица. У больного данный симптом не выявлен. Симптом Труссо: при пережатии плеча жгутом до исчезновения пульса на 2-3 минуты возникают тетанические контрактуры в виде "руки акушера". У больной данный симптом не выявлен. Вазомоторные расстройства: исследование дермографизма производят путем проведения тупым кон­цом палочки по коже. У больного дермографизм розовый, нестойкий. Пиломоторный рефлекс. Наблюдается сокращение мышц поднимающих волосы с появлением "гусиной кожи" в результате пощипывания надплечий. У больной рефлекс не вызывается. Салоотделение и потоотделение не нарушены. Расстройства мочеиспускания и акта дефекации (по типу задержки или недержания) не выявлены. **5) Нейро-психическая сфера.** Сознание сохранено, контактена, общителена, обстоятелена. В отношении самой себя, места и времени ориентируется правильно. Поведение спокойное. Память и внимание не снижены, тест на внимание: при выполнении теста А - 45секунд, тест Б - 30 секунд, тест на переключение 2минуты и 40 секунд. Возбуждения, депрессии не выявлено. Критическая оценка и эмоциональная реакция на свое заболевание формальна. Психопатологических явлений (галлюцинации, бред, навязчивые состояния) не выявлено. Больная легко идат на контакт, во время курации вела себя спокойно, доброжелательно. Охотно тестировалась и учавствовала в заданиях, которые ей предлогались в промежуткаж между курационными часами. Все задания выполняла добросовестно. В общении с больной отмечается сужение круга интересов до “Я и моя болезнь”, личность хакактерезуется эгоцентричностью, что приводит к множественным конфликтам. Т. о. Наблюдается формирование характерологических черт личности свойственных больным именно эпилепсией. Наблюдается также склонность к уходу от главной темы с рассуждением о случайных, попутно возникших обстоятельствах. Снижена переключаемость, что видно по результатам теста на внимание и переслючаемость. Больная назойлива и однообразна, требует повышенного внимания, слащава. Наблюдается, характерный для больных эпилепсией, очень тяжелый взгляд Чижа, что снижало возможность отслеживать как точно реагирет больная на то или иное слово, вопрос, утверждение Больная отмечает скрытность в сфере своих переживаний, особенным потрясение отмечает смерть отца в 2001году, говорит, что потеряла смысл жизни и чуть было, очередной раз, не покончила с собой. Хотя обьективно отмечается прямое отражение внутренних преживаний снаружи, что часто негативно сказывается на окружающих. Учитывая ее тяжелое семейное положение можно понять стремление к лучшему, но отмечается конкретность мышления, отсутсвие критического тоношения к себе, изменениям в личности, заметна переоценка своих способностей.

Тест Дембо-Рубенштейна на самооценку:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Физ.здоровье | Псих.здор. | Ум | Характер | Счастье |
|  |  |  |  |  |

**6) Кора больших полушарий.** Больная выговаривает слова, может повторить фразы. Расстройств речи не выявлено. Больной пишет, правильно читает и считает, правильно ориентируется в пространстве, отличает правое и левое. Зрительные, вкусовые, слуховые, обонятельные галлюцинации не выявляются.

**7) Исследование оболочек и желудочков мозга.** Беспокоят диффузные головные боли преимущественно во второй половине дня, головокружение, чувство тяжести в голове. Размеры, форма и положение головы обычные. Синдром Брукса (усиление болей от изменения положения головы) не выявлен.

Менингиальные симптомы отсутствуют.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

- Общий анализ крови

- Общий анализ мочи

- Анализ крови на сахар

- Анализ крови на RW и ВИЧ

- Анализ кала на я/г

- ЭКГ

- Флюорография органов грудной полости

- Биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, билирубин, креатинин, мочевина, АлТ, АсТ, коагулограмма)

- ЭхоЭГ

- Электроэнцефалография

* Компьютерная томография черепа

**Результаты роведенных исследованний**

Общий анализ крови

эритроциты - 4,1 х 10

гемоглобин - 150 г/л

лейкоциты - 8,8 х 10

э - 1 %

с - 64 %

л - 31 %

м - 4 %

СОЭ - 18 мм/ч

ОАК: в пределах нормы

Анализ крови на сахар

сахар крови - 4,55 ммоль/л – в пределах нормы

Общий анализ мочи

цвет - желтый

прозрачность - прозрачная

уд. вес - 1015

реакция - кислая

белок - нет

лейкоциты - 1-2 в п/зр

эпителий - 0-1 в п/зр

ОАМ: в пределах нормы

Анализ кала на я/г : Яйца глистов не обнаружены

Электрокардиография: Синусовый ритм с частотой 68 в минуту. Вертикальное положение ЭОС.

Флюорограмма:Органы грудной полости без видимой патологии.

**Клинический диагноз и его обоснование:**

**Клинический диагноз:**

основной – Эпилепсия. Генегализованные судороги с редкими припадками и ссумеречными состояниями сознания

осложнения - нет

сопутствующие заболевания - нет

**выставлен на основании:**

**1)** жалоб больного диффузную головную боль преимущественно во второй половине дня, головокружение, чувство тяжести в голове.

**2)** истории развития заболевания - Больной себя считает рождения, когда впервые появились приступы, сопровождающиеся или только потерей сознания, или кроме потери сознания протекали с судорожными припадками клонико-тонического типа. Начало заболевания сама связывает со смертью отца. Подобные приступы сначала беспокоили 1-2 раза в год, потом постепенно учащались. В 1997 году проходила курс лечения вЗОПБ, после которого незначительное улучшение. В течение года приступы не беспокоили совсем. Однако они вновь появились в конце 2001года, такого же характера. В 2001 году вновь проходил курс терапии в г. Запорожье, однако в этот раз с эффектом. Неоднократно лечилась ГПНКД, с незначительным эффектом. На данный момент приступы не возникают. Данная госпитализация плановая, направлен в стационар для обследования.

**3)** неврологического статуса – В сознании, контактена, общителена, обстоятелена. Движения глазных яблок в полном объеме. Глазные щели, зрачки одинаковые с обеих сторон. Отмечается легкая девиация языка влево. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. В позе Ромберга покачивается, наблюдается тремор пальцев рук. Координационные пробы выполняет с промахиванием.

**Диференциальный диагноз:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ЭПИЛЕПСИЯ | ИСТЕРИЯ | СИНКОП |
| Преобладающий пол и градация по возрату | Мужчины, и женщины | Женщины | Юноши и девушки |
| Уровень поражения | Нейроны | I > II | Сосуды |
| Предрасполагаю-щий фактор или непосредственная причина | Часто спонтанно | Психотравмирую-щая ситуация, психогения | Ортостатическая ишемия или ишемия мозга в результате других факторов |
| Длительность припадка и наличие потери сознания | Секунды, минуты (чаще), сознание утрачено | Часы, сознание сохранено | Минуты, сознание уменьшено или утрачено |
| Послеприпадочное состояние | Глубокий сон, головная, мышечная боль | - | Вялость, апатия, слабость, снижение работоспособности |

**Этиопатогенез:**

Эпилепсия - хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями.

В основе эпилепсии лежит повышенная нейронная активность с высоковольтными гиперсинхронными разрядами (эпилептический очаг). В происхождении эпилепсии основное значение имеет взаимодействие наследственной предрасположенности и поражения головного мозга. При большинстве форм эпилепсии отмечается полигенная наследственность, причем в одних случаях она имеет большую, в других - меньшую значимость. При анализе наследственности нужно учитывать прежде всего явные признаки болезни, придавая определенное значение и таким ее проявлениям, как заикание, учитывать характерологические особенности личности (конфликтность, злобность, педантизм, назойливость). К предрасполагающим факторам относятся органические церебральные дефекты перинатального или приобретенного (после нейроинфекций или черепно-мозговой травмы) характера.

Патогенез эпилепсии включает ряд механизмов. Это прежде всего фокальность, которая характерна не только для парциальной эпилепсии, но и для первично генерализованных приступов. Наиболее часто генерализованные приступы возникают при очаговых поражениях медиобазальной височной и орбитофронтальной локализации. По мере прогрессирования заболевания формируется эпилептическая система и процесс распространяется на весь мозг.

Биохимические механизмы эпилепсии связаны с расстройством ионных, медиаторных и энергетических процессов, Так, ионные сдвиги ведут к повышению мембранной проницаемости и усилению в результате этого деполяризации нейронов, их сверхвозбудимости. Снижение запасов глюкозы и накопление молочной кислоты в ткани головного мозга во время приступа являются причиной ацидотических сдвигов; усугубляющих гипоксию и снижающих уровень фосфатных соединений. Перед приступом часто обнаруживается метаболический алкалоз. Имеют значение и иммунологические реакции с образованием при повторных приступах противомозговых антител, циркуляторные расстройства и другие факторы, расширяющие зону поражения. Специфических патологоанатомических изменений при эпилепсии не находят. Вместе с тем эпилептический процесс может вызывать тяжелые дистрофические изменения и уменьшение количества ганглиозных клеток, прогрессирующий глиоз, особенно - в височных долях.

**Лечение:**

Принципы лечения:

1. Постоянное и длительное:

* раннее начало лечения антиэпилептическими препаратами;
* предпочтительность монотерепии;
* выбор антиэпилептического препарата в соответствии с типом эпилептических припадков данного больного;
* использование рациональных комбинаций антиэпилептических ссредств, когда контроль над припадками не достигается приемом одного препарата;
* назначение антиэпилептических средств в дозах, обезпечивающих терапеатический эффект, вплоть до максимально переносимых;
* Оценка эффективности препарата в случае неэййективности используемого препарата;
* Контроль уровня препарата в крови;
* Переход на другой препера в случае неэффективности используемого преперата;
* Недопустимо внезапное прекращениеприема одного антиэпилептического преперата или замена его на другой (кроме случаев индивидуальной непереносимости);
* Длительность и непрерывность терапии с полстепенной отменой преперата при достижении полной ремисии эпилепсии;
* Проведение повторных курсов лечения преператами оказывающими положительное действие на механизы развития эпилепсии4
* Вопрос об отмене антиэпилептических средств решается не ранее, чем через 3 года после прекращения после прикращения последнего пипадка и при отсутствии пароксизмальных проявлений на ЭЭГ;

2) Противосудорожная терапия, снятие пипадка.

3) Дегидратационная терапия

4) Рассасывающая терепия

5) Антиоксидантная и витаминная терапии

Режим III (общий)

Диета - стол №15

Медикаментозная терапия:

1) Для улучшения мозгового кровообращения, обменных и энергети­ческих процессов в головном мозге

Rp.: Tab. Cinnarizini 0,025 N.50

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp: “Memoplant” – 40mg

D.S. по 1 капсуле 3 р/день (экстракт гинго-билобо)

Rp.: Sol. Pyracetami 20% - 5ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 5 мл в/в струйно 1 раз в день

Rp.: Sol. Ac. nicotinici 0,1% - 1 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 1 мл раз в день

1. Противосудорожные препараты:

Rp.: Tab. Diphenini N.20

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp.: Tab. Acediproli 0,3 N.100

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день во время еды

1. Средства для купирования припадков:

Rp.: Sol. Manniti 15% - 400 ml

D.t.d.N. 5

S. В/в капельно 1 раз в день

Rp.: Sol. Furosemidi 1% - 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/в струйно медленно после инфузии маннита

4) Общеукрепляющая терапия

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

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 1 мл через день, чередуя с витамином В6

Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 1 мл через день

1. Средства комбинированной терапии:

Rp: Sol. Korteksini 10 mg

D.t.d. 10 in amp

S. в/м по 1 флакону 1 р/сутки, предварительно развести физ.раствором

**Течение заболевания**: на фоне лечения отмечается незначительное улучшение самочувствия

**Прогноз:** для жизни – благоприятный, для выздоровления и трудоспособности – неблагоприятный.

**Дневникик:**

8.10.2003

Предъявляет жалобы на диффузную головную боль преимущественно во второй половине дня, головокружение, чувство тяжести в голове.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Ды­хание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 120/70 мм рт.ст. ЧСС - 80 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и се­лезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной облас­ти отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

Неврологический статус: В сознании, контактена, общителена. Движения глазных яблок в полном объеме. Глазные щели, зрачки одинаковые с обеих сторон. Отмечается легкая девиация языка влево. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. В позе Ромберга покачивается, наблюдается тремор пальцев рук. Координационные пробы выполняет без промахивания. Менингеальных знаков нет.

10.10.2003

Сохраняются жалобы на вялость, сонливость, однако отмечает что головные боли стали беспокоить реже. Настроение испортилось, “со веми ссорюсь, довели”.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 110/80 мм рт.ст. ЧСС - 82 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увели­чены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

Неврологический статус: В сознании, контактен, общителен. Движения глазных яблок в полном объеме. Глазные щели, зрачки одинаковые с обеих сторон. Отмечается легкая девиация языка влево. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. В позе Ромберга покачивается, наблюдается тремор пальцев рук. Координационные пробы выполняет с промахиванием. Менингеальных знаков нет.

**Эпикриз:**

Больная Красавцева Юлия Михайловна, находится на стационарном лечении в неврологическом отделении ЗПБ, с 20.06.2003 с диагнозом: Эпилептическая болезнь, генерализованные судороги с редкими припадками и сумеречными состояниями сознания. Дисфории злобно-гневливого и депрессивного типов. Изменение личности, в сфере характера.

При поступлении предъявлял жалобы на диффузную головную боль преимущественно во второй половине дня, головокружение, чувство тяжести в голове.

Из истории развития заболевания – считает больной себя с рождения, говорит о родовой травме. С 1997г трижды была госпитализирована в ЗОПБ с поведенческими расстройствами. После последней выписки была переведена на обучение на дому, однако от учебы отказалась. С 2000г была госпитализирована в ГПНКД по поводу психопатоподобной симптоматики. В 12 лет наблюдался эпипараксизм в виде психомоторного эквивалента, после которого сильно избила девочку, после чего залезла на трубу котельни. Свое поведение амнезировала. В последние годы поведение в вечернее время стереотипно, наблюдаются приступы жара, сердцебиения, расплывчатости зрения, головные боли, после чего становится агрессивной и неуправляемой. В возбужденном состоянии с разрушительными тенденциями, направленными на окружающих или себя. В последующем период амнезии.

Объективно выявлено – В сознании, контактена, общителена, обстоятелена. Движения глазных яблок в полном объеме. Глазные щели, зрачки одинаковые с обеих сторон. Отмечается легкая девиация языка влево. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. В позе Ромберга покачивается, наблюдается тремор пальцев рук. Координационные пробы выполняет с промахиванием. Менингеальных знаков нет.

Проводится лечение: Режим III (общий), диета - стол №15,

1. Сосудистая терапия

2. Противосудорожная терапия

3. Дегидратационная терапия

1) Rp.: Tab. Cinnarizini 0,025 N.50

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp.: Sol. Pyracetami 20% - 5ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 5 мл в/в струйно 1 раз в день

Rp.: Sol. Ac. nicotinici 0,1% - 1 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 1 мл раз в день

2) Rp.: Tab. Diphenini N.20

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp.: Tab. Acediproli 0,3 N.100

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день во время еды

Rp: Tab. Aminasini 0.2 N 100

D.S.. По одной таблетке 3р/день после еды

3) Rp.: Sol. Manniti 15% - 400 ml

D.t.d.N. 5

S. В/в капельно 1 раз в день

Rp.: Sol. Furosemidi 1% - 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/в струйно медленно после инфузии маннита

На фоне лечения отмечает незначительное улучшение самочувствия.

**Прогноз:**

Для жизни - благоприятный, для выздоровления и трудоспособности - неблагоприятный.

Приложение 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пословица | T ” | Расшифровка, заложенного смысла |
| 1. Не все золото, что блестит. | 6 | «Человек некрасивый, о умный» |
| 2. Один в поле не воин. | 10 | «Один может сделать не много, а много - много» |
| 3. Куй железо пока горячо. | 25 | «Делай дело пока не поздно» |
| 4. Шило в мешке не утаишь | 3 | «Правду не скроешь» |
| 5. Не плюй в колодец, напиться придется. | 35 | «Не ссорься с человеком, он тебе может понадобиться» |
| 6. Монета рубль бережет | 15 | «Экономия» |
| 7. С миру по нитке – голому рубашка | 6 | «Экономия» |
| 8. Рука руку моет | 6 | «Взаимопомощь» |