

## Содержание

---

Предисловие .....	3
Случай 1. Х., 1942 г.р. ....	6
Случай 2. К., 1975 г.р. ....	16
Случай 3. А., 1982 г.р. ....	24
Случай 4. К., 1982 г.р. ....	35
Случай 5. Р., 1980 г.р. ....	44
Случай 6. И., 1964 г.р. ....	50
Случай 7. О., 1951 г.р. ....	56
Случай 8. О., 1976 г.р. ....	69
Случай 9. Х.Ф., 1967 г.р. ....	77
Случай 10. Я., 1986 г.р. ....	87
Случай 11. Т., 1996 г.р. ....	96
Случай 12. С., 1989 г.р. ....	101
Случай 13. Г., 1982 г.р. ....	109
Случай 14. П., 1940 г.р. ....	119
Случай 15. Ш., 1976 г.р. ....	125
Случай 16. М., 1988 г.р. ....	132
Случай 17. Д., 1985 г.р. ....	138
Случай 18. К., 1990 г.р. ....	147

Случай 19. Ш., 1987 г.р. ....	152
Случай 20. А., 1975 г.р. ....	162
Случай 21. З., 1979 г.р. ....	170
Случай 22. Р., 1984 г.р. ....	177
Случай 23. Я., 1972 г.р. ....	183
Случай 24. В., 1981 г.р. ....	192
Случай 25. М., 1980 г.р. ....	199
Случай 26. М., 1987 г.р. ....	207
Случай 27. А., 1999 г.р. ....	217
Случай 28. Б., 1990 г.р. ....	221
Случай 29. Б., 1994 г.р. ....	226
Случай 30. Б., 1999 г.р. ....	230
Случай 31. Г., 1991 г.р. ....	235
Случай 32. Т., 1990 г.р. ....	241
Случай 33. Р., 1980 г.р. ....	247
Случай 34. М., 1988 г.р. ....	255
Случай 35. П., 1978 г.р. ....	268
Заключение .....	300
Список литературы .....	301

# Случай 31

Г., 1991 г.р.

---

*Находился на лечении в отд. дневного стац. ПНД с 14.07.14 г. по 12.09.14 г. Жалобы со слов мамы: состояние неустойчивое: «Иногда все нормально делает, а иногда сидит в одной позе, может ни с того ни с сего начать кричать». Иногда смотрит на маму, слышит вопросы и ничего не отвечает. Боится выходить на улицу, целыми днями сидит дома, ни с кем не разговаривает, отказывается отвечать по телефону. Устраиваясь на работу, не выполняет режим предприятия, может самовольно уйти раньше, прийти рано. Часто задает вопросы не по существу, спрашивает, зачем он пришел сюда, что делает врач во время осмотра, для чего врач это делает, зачем пить таблетки? По мнению пациента, они отравят больного. Высказывает жалобы на давящие боли в области глаз и затылочной области.*

**Анамнез по данным амб. карты.** *Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родился от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды раньше срока на месяц, оперативные (причину объяснить не могут). Из роддома перевели в детскую больницу. Психомоторное развитие с небольшой задержкой, пошел около 1 года 3 месяцев, речь сформировалась к 3 годам. По данным амбулаторной карты известно, что «поступила в роддом по поводу тяжелого гестоза на фоне пиелонефрита. Лечение не проводилось. Клиника гестоза прогрессировала. Родоразрешение по жизненным показаниям. ДЗ: беременность 35 недель. Преждевременные роды, первые, оперативные. Тяжелый сочетанный гестоз на фоне пиелонефрита. Родился с весом 2290 г, выписан из роддома на 11-е сутки. Заключение невропатолога от 12.03.92 г.: недоношенность, перинатальное поражение ЦНС. Взят*

на учет с 5 месяцев по поводу «последствий натальной травмы ЦНС, гипертензионно-гидроцефального синдрома, миотонического синдрома».

Осмотр психологом от 7.04.94 г. Проведено обследование, педагогически запущенный ребенок, **наблюдается ЗПР и задержка развития связной речи**. Детский сад посещал мало (около года перед школой), сидел с матерью, которая не работала. В школу пошел с 7 лет. Учился «удовлетворительно», классы не дублировал. Из школьной характеристики в личном деле «... успевает по всем предметам, он настойчив в достижении своих целей. Среди сверстников пользуется авторитетом, проявляет чуткость, доброту по отношению к своим товарищам, с уважением относится к учителям. По характеру спокойный, уравновешенный, скромный, развита культура речи. От трудовых поручений не отказывается, проявляет инициативу и самостоятельность. Собственные неудачи в учебе принимает с пониманием и старается исправлять свои ошибки. За время обучения в школе нарушения Устава школы и правил поведения со стороны мальчика не было». Воспитывается родителями. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ, наблюдался с «болезнью почек», повышенным артериальным давлением в возрасте 11–12 лет. В тот период жаловался на головные боли. Наблюдался и лечился у педиатра, невропатолога, лечился в стационаре.

По данным амбулаторной карты, обращение к невропатологу 24.03.04 г. с жалобами на «головные боли в лобной области, сдавливающего характера иногда с тошнотой... повышенная возбудимость». ДЗ: **вертебробазиллярная недостаточность с в/ч гипертензией**. Назначен курс амбулаторного лечения. Стационарное лечение в неврологии ДГБ № 2 с 24.05.04 г. по 7.06.04 г. с диагнозом **ВСД по симпатотоническому типу**, обращение 25.10.04 г. с жалобами на периодические головные боли, головокружение, перепады АД, иногда с захватом глазных яблок, побледнением лица, тошнотой... ДЗ: **ВСД по смешанному типу, период пубертата, заключение невропатолога от 17.08.06 г. ВБН. Гипертензионный синдром в ст. компенсации, 26.08.08 г.: ВБН с ВЧГ в стадии компенсации**. По характеру, со слов матери, «мягкий», внимательный, заботливый, в меру общительный, «друзья есть, но не разговорчивый». Пациент прошел обследование в дневном стационаре ПНД с 21.10.08 г. по 12.11.08 г. с диагнозом: **Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, обусловленное перинатальной травмой ЦНС**. После окончания школы прошел обучение в училище на повара-кондитера. В течение года работал помощником повара в школе № 58. В связи с тем что не справлялся с работой, был уволен. В течение последнего года нигде не работает.



26.05.14 г. пациент обратился на прием к участковому психиатру в сопровождении матери с жалобами, со слов мамы, на то, что не выходит на улицу, боится того, что все на него смотрят, ничего не воспринимает с первого раза, все нужно повторять по несколько раз. С целью исключения объемного образования головного мозга пациент был направлен на МРТ головного мозга. По данным МРТ от 27.05.14 г.: Признаков объемного процесса и очаговой патологии головного мозга не выявлено. Легкая внутренняя симметричная сообщающаяся и наружная гидроцефалия. Ретроцеребеллярная киста. Во время проведения медосмотра при устройстве на работу в должности повара пациенту в допуске к данной специальности было отказано. Рекомендовано пройти курс стационарного обследования и лечения в условиях стационара первого психотического эпизода. РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ: ЭхоЭС от 24.04.08 г. (личное дело): патологических эхо-признаков не выявлено; ЭЭГ от 17.04.08 г. (личное дело): асимметрии биопотенциалов мозга не выявлено, А-ритм с частотой 8–12 кол. в секунду. Амплитуда достаточная. Физиологические пробы выполняет правильно и своевременно. Локально очаговой патологии не выявлено. Заключение: патологии не выявлено. Патопсихологическое заключение от 21.10.08 г.: темп психической деятельности не нарушен. Внимание концентрируется недостаточно, истощаемое. Выявляет нарушение памяти всех видов, как следствие аттензивных нарушений. Мышление без грубых нарушений по темпу: уровень обобщения колеблется (конкретно-ситуационные и понятийные). Переносный смысл пословиц в основном объяснить не может. Интеллектуальный уровень соответствует низкой норме (IQ = 82–84). Обследование личности выявляет установочное отношение к тестированию, стремление приблизить ответы к норме, усиление защитных механизмов, повышенную тревогу, осторожность, недоверчивость. На рентгенограмме черепа в боковой проекции кости свода черепа не изменены. Швы прослеживаются, не расширены. Усилен рисунок пальцевых вдавлений в лобной, теменной областях. Расширены каналы диплоических вен. Турецкое седло — внутренние контуры, спинка дифференцируются. Заключение: признаки в/ч гипертензии. Соматическое состояние: среднего роста, астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. В легких дыхание везикулярное по всем легочным полям, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. АД 130/80 мм рт. ст.: ЭЭГ от 17.07.14 г.: Изменения биоэлектрической активности мозга в сторону

десинхронизации корковой ритмики. Патологической медленной и эпизодической не выявлено. РЭГ от 17.07.14 г.: Мозговой кровоток умеренно снижен. Снижения тонуса в бассейне правой внутренней сонной артерии. Венозный отток нарушен в бассейне правой позвоночной артерии. Патопсихологическое обследование от 31.07.14 г.: Мышление своеобразное, бессодержательного типа. Снижение эмоционально-волевой сферы. Индивидуально-психологические особенности достигают значительного превышения акцентуационного характера. **Неврологическое состояние:** ЧМН — зрачки равные. Мимическая мускулатура симметричная. Сухожильно-периостальные рефлексы вызываются без заметной разницы с обеих сторон, живые. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена. Мышечный тонус в норме. В локтевом сгибе Ромберга покачивается. ПНП выполняет уверенно. Менингеальных знаков нет.

**Психическое состояние.** В отделение пришел в назначенный день в сопровождении матери. В кабинет вошел вслед за постовой сестрой, быстрой, нескладной, суетливой походкой. Внешне опрятен благодаря уходу со стороны матери. Сознание не помрачено, ориентирован правильно, в полном объеме: называет свое имя, место пребывания, текущую дату. Во время беседы с трудом удерживается на одном месте, переминается и подсакивается на стуле, задает нелепые вопросы, причем повторяет их по многу раз. Увидев, как мама собирается отдать врачу амбулаторную карту из территориальной поликлиники, стал возбужденным, начал говорить, что смотреть ее нельзя, это его вещь. На вопрос врача, почему нельзя посмотреть, заявил: «Нельзя, это мое». По словам матери, большую часть времени проводит в одиночестве, когда родители смотрят телепередачи, то быстро заглядывает в комнату и тут же уходит, как будто чего-то боится. Время от времени смеется сам с собой, перестает реагировать на окружающую обстановку, слова матери. По словам девушек, с которыми работал пациент, он требует постоянной помощи, контроля со стороны окружающих, самостоятельно выполнить задание не может, делает все очень медленно. В течение последнего года не работает, говорит о том, что хочет искать работу, но при этом фактически ничего не делает. В последнее время стал более замкнутым, неразговорчивым, скрывает от матери особенности своего состояния. Мышление непоследовательное, пациент перескакивает с одной мысли на другую. Внимание привлекается с трудом, удерживает недостаточно. Фон настроения неустойчивый, эмоции пациента часто становятся непредсказуемыми, не соответствующими содержанию беседы. Выражение



лица несколько взбудораженное, взгляд бегающий. Ознакомлен с графиком работы стационара, после долгих уговоров со стороны матери дал согласие на лечение в условиях отделения.

**Установлен диагноз. F20.09 Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года. Галлюцинаторный синдром.** Проведено лечение: ЛФК, общеукрепляющий курс; музыкотерапия + ароматерапия; Занятия в рамках многопрофильной бригады (ВНСА); Посещение «Клуба по интересам»; Участие в праздновании дней рождений, праздников в помещении отделений и реабилитационном отделении. Реабилитационные мероприятия: посещение концертов в конференц-зале НЧ ПНД; посещение театров, концертных залов города, Дворца спорта, стадионов; Sol. Vit. B6 0,5% — 2,0 мл в/м № 10; Sol. Magnesium sulfatis 25% — 5,0 мл + Sol. NaCl 0,9% — 10 мл в/в № 10; Tab. Amdoali 0.01530—0—0 ЕД; Tab. Norantami 0,250 500—500—500 ЕД; Tab. Циклодол 0,002 2—2—0; Sol. Vit. B10,5% — 2,0 мл в/м № 10. Отделение посещал регулярно, неохотно, неоднократно обращался к врачу с вопросом о преждевременной выписке. В отделении держался обособленно, практически все время сидел в коридоре, глядя прямо перед собой. В беседе с врачом немногословный, говорит односложно по наводящим вопросам врача, затрудняется в характеристике и оценке своего состояния.

Выписан по настоятельной просьбе для продолжения терапии в амбулаторных условиях.

## Анализ случая

После постановки диагноза органического, эмоционально-лабильного расстройства прошло целых шесть лет, пока на фоне декомпенсации эндогенного процесса не случилась повторная госпитализация в тот же дневной стационар, где был установлен истинный диагноз. Потеряны шесть лет для оказания адекватной патогенетической терапии. На примере данного пациента мы видим очень часто диагностируемое в последние годы органическое расстройство. Что случилось, почему все последнее время очень многие юноши (особенно юноши) проходят через этот диагностический трамплин? Неужели так резко выросло количество перинатальной патологии? Рост, конечно, наблюдается — в силу многих причин, но он не настолько велик, чтобы кардинально повлиять на массовость диагностирования данной патологии. Более значимым является фактор улучшения ранней диагностики поражения ЦНС, повсеместное внедрение параклинических методов обследования

детей с более высокой разрешающей способностью, чем просто рентгенография черепа. И если врач-невролог и даже детский психиатр получает результаты с признаками внутрочерепной гипертензии, венозной недостаточности или полнокровности, общемозговыми изменениями на ЭЭГ, он всегда больше перестрахуется и диагностирует эмоционально-лабильное расстройство, ставшее своеобразным накопительным сундуком, корзиной диагностических суждений. В последние годы сплошным потоком из военкоматов идут юноши, которых направляют с некоторых районов исключительно с этим диагнозом. А между тем сама по себе астеническая патология, как и эмоциональная лабильность, встречается в структуре как пограничных психических расстройств, так и в дебюте многих психических расстройств не экзогенно-органического плана. Уже на стадии обследования призывника, у нашего пациента отмечались трудности с трудоустройством, невыполнение производственных заданий, ограничения общения. Но настораживает даже не столько недоявление эндогенного заболевания на ранней стадии, сколько оставление призывника без последующего психиатрического наблюдения. Он уже был уволен с работы, он уже год нигде не работал, а до психиатра не дошел, хотя освобожден от службы был врачами-психиатрами. Диагностика разветнутого шуба не представляла уже никаких трудностей, в виду массивности симптоматики и появления первых негативных расстройств.

### Ключевые положения

1. Диагностирование органического расстройства заметно участилось в последние годы, в ущерб правильной диагностики процессуального заболевания.
2. Десятки однотипных направлений из военкоматов с данным диагнозом демонстрируют некий диагностический тренд военно-врачебной экспертизы и экспертизы призывников.
3. Раздача таких направлений своей массовостью маскирует многие случаи дебютов хронического психического расстройства, замедляя оказание необходимой помощи.