

Клінічна задача № 1

Хворий N., 67 р. з'явився в супроводі сусідки зі скаргами на забудькуватість на поточні події, самостійно не може себе обслуговувати в побуті, забуває вимкнути газ, воду, може піти з дому і заблукати. У хворого приблизно протягом п'яти років прогресує зниження пам'яті. Цереброваскулярних катастроф в анамнезі не було.

Психічний статус: дезорієнтований в місці, часі, правильно орієнтований у власній особистості. Спостерігається фіксаційна амнезія, аграфія, акалькулія, алексія, агнозія. Не засвоює нову інформацію, постійно перепитує. Мислення тугорухоме, повільнопереключаєме, відповіді деталізовані. Інструкції не розуміє і не виконує. Апатичний.

При експериментально-психологічному дослідженні діагностовано зниження пам'яті та інтелекту вираженого ступеню.

Психодіагностичне обстеження: результат за короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) – 12 балів; клінічна рейтингова шкала деменції (CDR) – 2,5 бала (рівень деменції помірного ступеню вираженості).

КТ – ознаки атрофії півкуль мозку та мозочку, неоклюзійної гідроцефалії.

Запитання:

1. Встановіть попередній діагноз.
2. З якими захворюваннями слід провести дифдіагностику?
3. Визначте тактику лікування та перелічіть групи препаратів.
4. Назвіть представників препаратів кожної групи.
5. Зазначте дози, кратність застосування.

Клінічна задача № 2

Хворий В., 37 років, слюсар. Три дні тому з'явилася незрозуміла тривога, неспокій. Здавалося, що його кімната наповнена народом, якісь люди з-за стіни кричать, погрожують вбити, звуть «піти випити». Вночі не спав, бачив, як з-під ліжка повзе чудовисько з рогами і блискучими очима, по кімнаті бігає сірі миші, полусобаки-полукошки, чув стукіт у вікно, крики про допомогу. У страху вибіг із хати й кинувся в відділення міліції, рятуючись від «переслідування». Звідти і був доставлений в психіатричну лікарню. У стаціонарі збуджений, особливо у вечірній час, рветься до дверей, до вікон. При розмові увагу на темі розмови зосереджує з працею, тремтить, з тривогою оглядається по сторонам. Раптово починає струшувати з себе щось, каже, що струшує повзаючих по ньому комах, бачить перед собою «кривляючіся пики», показує на них пальцем, голосно сміється.

Питання до задачі:

1. Виділіть основний клінічний синдром.
2. Проведіть диференційний діагноз.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу і які зміни характерні для даного захворювання.
5. Сформулюйте остаточний клінічний діагноз з використанням сучасних класифікацій (МКХ-10).
6. Тактика ведення хворого, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічних дій, показань і протипоказань. Немедикаментозні методи терапії, в т. ч. і психотерапевтичні.
7. Ускладнення при даному захворюванні.
8. Прогноз, трудова експертиза.

Клінічна задача № 3

52-річна медична сестра відвідує свого сімейного лікаря протягом 3 місяців зі скаргами на біль у спині, біль у всьому тілі та постійну втому. Вона відчуває себе абсолютно виснаженою і їй було важко йти на роботу. Вона відчуває себе настільки втомленою та незацікавленою, що припинила відвідувати сім'ю дочки, онуків на вихідних. Біль локалізується в нижній частині спини, за характером стискаючий неіррадіюючий біль, який зменшується у горизонтальному положенні пацієнтки. Однак турбують також труднощі при засинанні, часто прокидається рано вранці. Іноді жінка продовжує лежати в ліжку до обіду. Біль у спині та біль у тілі, здається, зменшуються у другій половині дня. Пацієнтка фіксована на своїх внутрішніх відчуттях, не насолоджується смаком їжі і втратила вагу 6 кг за останні 2 місяці. На роботі вона стала повільна і не настільки "продуктивна", як зазвичай. Вона приймала парацетамол та ібупрофен без особливого ефекту.

Медичний огляд.

Без особливостей.

Психічний статус.

Зоровий контакт підтримує, але обличчя гіпомімічне. Зовні повільна, втомлена, загальмована, на питання відповідає після пауз, голос тихий. Повідомила, що відчувається спустошеною і млявою, мало цікавиться роботою, нічого не приносить радості. Має почуття провини через те, що не хоче бачити своїх онуків. Має труднощі з концентрацією уваги. Розладів

мислення не виявлено. Фон настрою знижений. Пацієнтка не повідомляє про періоди підвищеного настрою або будь-які симптоми тривоги.

Дослідження:

Гемоглобін 130 г / л (нормальний 120–140 г / л)

Середній об'єм тіл (MCV) 87 fL (нормальний 80–99 fL)

Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) 9 мм / год (норма <10 мм / год)

Кількість лейкоцитів $7,2 \times 10^9$ / л (нормальне $3,5-11,0 \times 10^9$ / л)

Тиреостимулюючий гормон 3,5 мО / л (нормальний 0,3–6,0 мО / л)

Вільний тироксин 13,9 пмоль / л (нормальний 9,0–22,0 пмоль / л)

Ревматоїдний фактор: негативний; антиДНК антитіла: негативні.

Запитання:

- 1. Напишіть основний клінічний синдром.**
- 2. Диференціальний діагноз.**
- 3. Встановіть попередній діагноз.**
- 4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.**

Клінічна задача №4

Хворий О., 35 років. Доставлений бригадою швидкої до психіатричного стаціонару. Швидку викликали родичі, перебував в тому ж стані що і зараз з вечора минулого дня. Неспокійний, здійснює різноманітні безцільні рухи руками і ногами. Агресивний, руками б'є по ліжку, собі по голові. Інколи намагається напасти на інших хворих та працівників лікарні. В ліжку лежить неспокійно, стягує одяг, то навпаки намагається натягнути на себе ковдру. На запитання лікаря не відповідає, більшість часу мовчить, інколи вигукує безглузді фрази, нецензурні слова. Вираз обличчя злісний, дещо затьмарений, інколи показує гримаси. Інколи на заміну мовчанню хворий багато не замовкаючи говорить, фрази зазвичай беззмістовні. Психогенії в анамнезі відсутні.

Визначте провідний психопатологічний синдром.

Встановіть попередній діагноз.

Проведіть диференційну діагностику з подібними станами.

Визначте план обстеження та лікування.

Клінічна задача №5

Хворий Н., 17 років, впродовж останніх двох років почав змінюватися у поведінці: спостерігалось підвищення настрою, неадекватність емоцій;

помітна дурашливість, що супроводжувалась кривлянням, голосним хіхіканням, манерністю та різними гримасами. Став байдужим до рідних; при будь-яких зауваженнях або покараннях міг голосно кричати, лягав та кидався на підлогу; іноді був агресивним та злісним. При відповідях на запитання була помітна непослідовність та розірваність мислення; без кінця міг повторювати: «Не існує більше нічого, окрім порожнечі...». Згодом втратив інтерес до всього, став повністю замкненим в собі.

Запитання:

- 1. Напишіть основний клінічний синдром.**
- 2. Диференціальний діагноз.**
- 3. Встановіть попередній діагноз.**
- 4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.**
- 5. Встановіть остаточний клінічний діагноз, використовуючи сучасні класифікації (МКБ-10).**
- 6. Тактика ведення пацієнта, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічні ефекти, показання та протипоказання. Немедикаментозні методи терапії, включаючи психотерапевтичні.**
- 7. Ускладнення захворювання.**
- 8. Прогноз, трудова експертиза.**

Клінічна задача № 6

36-річна шкільна вчителька була доставлена до приймального відділення каретою швидкої допомоги. За останні 4 тижні це відбулось вп'яте.

Минулого тижня вона прокинулася уночі, тому що відчула сильний стискаючий біль у грудях, була мокра від поту. Тоді пацієнтка повідомила про сильне серцебиття, утруднене дихання та непереборний страх, що ось-ось помре. Викликала бригаду 103, яка доставила її до приймального відділення, де всі проведені обстеження виявились без патології. Пацієнтку відпустили додому з діагнозом "панічна атака", але вона мала аналогічний напад через два тижні. Коли остання була доставлена до приймального відділення втретє її направили до психіатра. Минулого тижня у неї був ще один епізод.

Однак сьогодні жінка повідомила, що біль у грудях набагато інтенсивніший, є запаморочення, задуха, оніміння і поколювання у лівій руці,

впевнена, що пережила інфаркт. Фельдшер спробував її заспокоїти, але пацієнтка почала кричати і розмахувати ногами і руками, вимагала доставити її до приймального відділення.

Під час бесіди пацієнтка відмічає передчуття, що вона може померти або втратити здоровий глузд. Жінка боїться залишатись одна, відмовляється виходити з дому без свого чоловіка. Вона засмучена тим, що викликала 103, але каже, що лікарі швидкої допомоги врятували їй життя. Вона уникає своєї спальні, оскільки там відбулися чотири з п'яти нападів. Вона уникає лежати і замість цього проводить ніч у своєму кріслі. Її чоловік надзвичайно стурбований. Він особливо стурбований тим, що в її батька перенесений інфаркт міокарда, а у матері перенесений інсульт. Сім'я проживає у власному будинку, не мають дітей і не мають фінансових труднощів.

Медичний огляд:

Пацієнтка зовні виглядає спокійнішою, але стурбована своїм станом. Вона спітніла і все ще тремтить. У неї тахікардія та тахіпное. Артеріальний тиск 130/84 мм рт.ст. є нормальним. Інших патологічних змін не виявлено.

Дослідження:

ЕКГ в нормі. Показники цукру в крові, тиреоїдний профіль, сироватковий аналіз кальцію та сечі в сироватці також є нормальними.

Запитання:

- 1. Напишіть основний клінічний синдром.**
- 2. Диференціальний діагноз.**
- 3. Встановіть попередній діагноз.**
- 4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.**
- 5. Встановіть остаточний клінічний діагноз, використовуючи сучасні класифікації (МКБ-10).**
- 6. Тактика ведення пацієнта, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічні ефекти, показання та протипоказання. Немедикаментозні методи терапії, включаючи психотерапевтичні.**
- 7. Ускладнення захворювання.**
- 8. Прогноз, трудова експертиза.**

Клінічна задача № 7

24-річний чоловік вчинив бійку, був впевнений, що за ним спостерігають та відчував загрозу. Травмував великий палець, але відмовився проходити рентгенологічне обстеження. Чоловік виглядає підозріло і насторожено. На запитання про свою поведінку пояснює, що протягом останніх кількох місяців його почали контролювали урядові установи. В голові чує «голос», що коментує його думки, які передаються уряду. Будь-який апарат дозволяє уряду потрапити всередину його голови, і «голос» попереджає його, що було б нерозумно робити дослідження рентгенівським апаратом. «Голос» іноді зневажливо говорить йому, що він дурний тому що безкоштовно віддає свої думки. Спочатку «голос» вчувався періодично, але протягом останніх кількох тижнів він присутній майже постійно, порушився сон, бо навіть коли пацієнт спить, голос коментує те, про що він думає. Чоловік виснажений своїми переживаннями.

Пацієнт абсолютно впевнений, що уряд стежить за ним, але він не може пояснити для чого. Попередньої історії хвороби немає, і пацієнт заперечує вживання психоактивних речовин. Кілька тижнів тому він працював кухонним помічником, але його звільнили через те, що він залишив незакінчену роботу. Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена.

Оцінка психічного статусу:

Чоловік виглядає неохайно. Він насторожений, наляканий та схвильований. Зоровий контакт нестійкий, пацієнт постійно здивовано озиряється навколо себе. Мова прискорена, непослідовна. Використовує неологізми, повторює їх, наче вони мають велике значення. Депресивних розладів не виявлено. Висловлює маячні ідеї переслідування. Має слухові галюцинації, які дають коментують кожен аспект його поведінки. Відчуває трансляцію та чужерідність своїх думок. Орієнтований у власній особистості, але не може вказати поточний час. Здається, він усвідомлює, що перебуває в лікарні, але не зовсім впевнений, чому.

Запитання:

- 1. Напишіть основний клінічний синдром.**
- 2. Диференціальний діагноз.**
- 3. Встановіть попередній діагноз.**
- 4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.**

5. Встановіть остаточний клінічний діагноз, використовуючи сучасні класифікації (МКБ-10).

6. Тактика ведення пацієнта, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічні ефекти, показання та протипоказання. Немедикаментозні методи терапії, включаючи психотерапевтичні.

7. Ускладнення захворювання.

8. Прогноз, трудова експертиза.

Клінічна задача № 8

Хворий 26 років. Народився від першої вагітності, яка тривала з загрозою переривання у першому та другому триместрі. Пологи у терміні гестації 29 тижнів. Вага при народженні: 1280 г. Під наглядом лікарів з раннього віку у зв'язку з відставанням у моторному розвитку. Самостійно ходить з 2 років. Перші слова почав говорити у 4 роки. Навички самообслуговування формувалися із затримкою. Функцію тазових органів контролює з 6 років. Дошкільний навчальний заклад не відвідував. У школі навчався слабо. Таблицю множення вивчив лише на 2. При письмі допускає багато помилок. Пубертатний період протікав важко. Конфлітував з однокласниками та вчителями. Часто пропускав школу без поважної причини. Сперечався з батьками, не ночував удома. Навчався в училищі за спеціальністю муляр-штукатур, але був відрахований після першого курсу у зв'язку з порушенням дисципліни. Не працює. Друзів не має. Останнім часом став дратівливим, палить у квартирі, вживає нецензурні слова, агресивний до матері.

Запитання:

1. Визначте основний клінічний синдром.
2. Проведіть диференційний діагноз.
3. Встановіть попередній діагноз.
4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.

5. Встановіть остаточний клінічний діагноз, використовуючи сучасні класифікації (МКХ-10).

6. Тактика ведення пацієнта, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічні ефекти, показання та протипоказання. Немедикаментозні методи терапії, включаючи психотерапевтичні.

7. Ускладнення захворювання.

8. Прогноз, трудова експертиза.

Клінічна задача № 9

Хворий 36 років. Працював інженером у приватному підприємстві. Близько одного року тому помітив недоброчливе ставлення до себе з боку співробітників, став з ними обережним, недовірливим. Згодом звернув увагу на те, що на вулиці незнайомі люди при його появі починають посміхатися, плювати за його спиною, чихати і кашляти. Особливо неприємно почував себе у громадському транспорті, відчував, що пасажери спеціально штовхають його. Згодом помітив, що з'явилися «переслідувачі» у всіх місцях, де він знаходився. Був настільки стривожений цією ситуацією, що не міг працювати. Звернувся до лікаря за наполяганням дружини. Після лікування стан покращився. Вийшов на роботу, але з навантаженням не справлявся, звільнився за наполяганням адміністрації. Більше не працював. Порушилися стосунки з сім'єю, почав випивати. Місяць тому стан погіршився, став підозрілим, агресивним, розмовляє сам з собою, порушився нічний сон.

Запитання:

- 1. Напишіть основний клінічний синдром.**
- 2. Диференціальний діагноз.**
- 3. Встановіть попередній діагноз.**
- 4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.**
- 5. Встановіть остаточний клінічний діагноз, використовуючи сучасні класифікації (МКБ-10).**
- 6. Тактика ведення пацієнта, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічні ефекти, показання та протипоказання. Немедикаментозні методи терапії, включаючи психотерапевтичні.**
- 7. Ускладнення захворювання.**
- 8. Прогноз, трудова експертиза.**

Клінічна задача № 10

32-річний чоловік скаржиться на дивні переживання протягом багатьох місяців. Іноді він має дивний металевий присмак у роті, який може тривати від кількох секунд до 1 хвилини. Потім чоловік виявляє симптоми, які йому важко описати. Пацієнт уявляє, що це трохи схоже на «життєвий досвід». Бувають випадки, коли у нього виникає відчуття, що все навколо нього – вже колись відбувалось, а в іншому випадку знайомі люди та навколишнє середовище його повністю збивають з пантелику. Через декілька хвилин він знову стає самим собою, але часто трохи дезорієнтований, оточуючі часто говорять чоловіку про те, що він поведився досить дивно, наприклад, повторюючи автоматичні дії, такі як прикусування губ. Пацієнт сам про це не

пам'ятає. Має відчуття, що щось втрачено, але він не зовсім впевнений, що саме. Ці епізоди збільшуються за частотою, і його поведінка стає ще більш дивною під час них, що є причиною звернення за медичною допомогою. Ще одна особливість, яка його хвилювала, - це те, що останнім часом він пережив слухові галюцинації. Галюцинаторні переживання тривали недовго, але вкрай налякали пацієнта. Зараз чоловік зрозумів, що металевий присмак і слухова галюцинація передують епізодам і поведінці, які він не може згадати. Він не спостерігав будь-яких тонічних або клонічних рухів тіла. За останні кілька місяців у нього також були досить сильні головні болі, але вони не збігаються з описаними раніше епізодами.

Звернувся уперше за медичною допомогою, ЧМТ заперечує. Спадковість не обтяжена психозами чи судомними нападами. Лікування не приймає.

При огляді без патології. Соматоневрологічний статус: в межах норми. Психічний статус: пацієнт на питання відповідає дуже деталізовано, підкреслено ввічливий. При патопсихологічному обстеженні виявлені в'язкість мислення, труднощі при перемиканні уваги.

Запитання:

- 1. Напишіть основний клінічний синдром.**
- 2. Диференціальний діагноз.**
- 3. Встановіть попередній діагноз.**
- 4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.**
- 5. Встановіть остаточний клінічний діагноз, використовуючи сучасні класифікації (МКХ-10).**
- 6. Тактика ведення пацієнта, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічні ефекти, показання та протипоказання. Немедикаментозні методи терапії, включаючи психотерапевтичні.**
- 7. Ускладнення захворювання.**
- 8. Прогноз, трудова експертиза.**

Клінічна задача № 11

34-річна керівниця колл-центру звернулася до свого сімейного лікаря зі своїм хлопцем. Вона скаржиться на втому та відсутність ентузіазму до життя. Ці скарги почалися рік тому, але погіршилися за останні 2 місяці. Пацієнтка була вимушена взяти відпустку, оскільки постійно сперечалася зі старшим керівником і було важко залишатись спокійною та справлятися з своїми обов'язками. Постійно дратувалась та сперечалась зі своїм хлопцем, легко засмучувалась та ображалась, якщо він намагається її "мотивувати".

Пацієнтка розуміє, що він намагається допомогти, але все ж вважає це дуже дратівливим, відчуває провину за те, що реагує на його вчинки таким чином. Вона втратила інтерес до статевого життя і незважаючи на велику підтримку зі сторони свого партнера постійно переживає, що він її покине. За останні 6 тижнів, коли жінка була вдома, вона проводила більшу частину часу в ліжку. Розповідає, що бувають дні, коли вона не миє і навіть не чистить зуби. Пацієнтка вдома дивиться телевізор, не в змозі зайнятись чимось продуктивним. Вона дивиться телевізор до пізнього вечора, спостерігаються труднощі при засинанні. Вранці вона відчуває себе розбитою та виснаженою, прагне лежати в ліжку до пізнього часу. У неї були суїцидальні думки, але пацієнтка боролась з цими думками, оскільки не хоче принести горе своєму хлопцю чи матері, яка живе одна.

Народилась єдиною дитиною у сім'ї. Проживає зі своїм хлопцем у його квартирі. Живе недалеко від матері та щотижня відвідує її. Батько помер після інсульту минулого року. Вона здорова і не має соматичних захворювань. Не вживає алкоголь та наркотики. Пацієнтка пам'ятає, при яких обставинах була прийнята до психіатричного відділення у віці 19 років, мала занадто «підвищений настрій». Пам'ятає, що приймала літій деякий час, але давно припинила його приймати. Єдиний інший психіатричний епізод, який вона може згадати, - це було у відпустці в Греції, у піднесеному настрої поїхала на місцевий ринок, оголена до поясу, була переконана, що вона - Венера, богиня кохання. Працівники поліції доставили жінку в місцеву психіатричну лікарню. Її лікували в стаціонарі протягом 2 тижнів, було призначене підтримуюче лікування. Має неповні спогади про той епізод, але точно пам'ятає, що не приймала ліки після повернення додому.

Запитання:

- 1. Напишіть основний клінічний синдром.**
- 2. Диференціальний діагноз.**
- 3. Встановіть попередній діагноз.**
- 4. Призначте додаткові обстеження, необхідні для уточнення діагнозу та які зміни характерні для захворювання.**
- 5. Встановіть остаточний клінічний діагноз, використовуючи сучасні класифікації (МКХ-10).**
- 6. Тактика ведення пацієнта, режим, дієта, медикаментозне лікування із зазначенням дози, побічні ефекти, показання та протипоказання. Немедикаментозні методи терапії, включаючи психотерапевтичні.**
- 7. Ускладнення захворювання.**
- 8. Прогноз, трудова експертиза.**

Клінічна задача № 12

Хворий 26 років. Народився від першої вагітності, яка тривала з загрозою переривання у першому та другому триместрі. Пологи у терміні гестації 29 тижнів. Вага при народженні: 1280 г. Під наглядом лікарів з раннього віку у зв'язку з відставанням у моторному розвитку. Самостійно ходить з 2 років. Перші слова почав говорити у 4 роки. Навички самообслуговування формувалися із затримкою. Функцію тазових органів контролює з 6 років. Дошкільний навчальний заклад не відвідував. У школі навчався слабо. Таблицю множення вивчив лише на 2. При письмі допускає багато помилок. Пубертатний період протікав важко. Конфліктував з однокласниками та вчителями. Часто пропускав школу без поважної причини. Сперечався з батьками, не ночував удома. Навчався в училищі за спеціальністю муляр-штукатур, але був відрахований після першого курсу у зв'язку з порушенням дисципліни. Не працює. Друзів не має. Останнім часом став дратівливим, палить у квартирі, вживає нецензурні слова, агресивний до матері.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Визначте тактику лікування.