МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

 УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии и наркологии

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ №277**

#### Зав. кафедрой: доцент, к.м.н.,

#### Преподаватель: старший преподаватель,

Куратор: студентка курса, группы

Медико-психологического факультета

Гродно, 2019

1. Паспортная часть
2. ФИО пациента: К.Р.М.
3. Дата рождения (возраст): 05.06.1953, 65 лет
4. Адрес: г.Гродно,
5. Семейное положение: состоит в браке.
6. Место работы, должность: пенсионерка
7. Инвалидность: 2 группа по психическому здоровью
8. Жалобы пациента

2а. На момент поступления жалоб не предъявляет.

2б. На момент осмотра жалоб не предъявляет.

“Сейчас что вас беспокоит?” – “ Ничего меня не беспокоит”. “ Может быть со здоровьем есть проблемы?” – “Вчера давление повышалось, а сегодня нормальное”.

1. АНАМНЕЗ (СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ)

3а. Анамнез жизни (ANAMNESIS VITAE)

Психопатологическая отягощенность наследственности

Со слов пациентки, наследственность психопатологически отягощена: брат имеет алкогольную зависимость, состоит на наркологическом учёте. В данный момент находится в местах лишения свободы, так как нанёс тяжкое повреждение ножом женщине.

 Отец и другой брат умерли от сердечно-сосудистых заболеваний, мать от онкологии. Суициды и парасуициды у родственников отрицает.

Семейный анамнез

Из медицинской документации известно, что родилась пятой по счёту от третьей беременности в паре близнецов в полной социально-благополучной семье крестьян. Со слов пациентки, беременность и роды у матери протекали нормально, матери на момент рождения ребёнка было 42 года.

Дошкольный период

 Со слов пациентки, моторное и речевое развитие в соответствии с возрастом. Детское дошкольное учреждение не посещала. Была характерна повышенная чувствительность. Болела ревматизмом. Взаимоотношения между родителями были нормальные, мать уважала отца. Психическими расстройствами детского возраста не страдала.

Школьный период

С субъективного анамнеза, в школу пошла в 7 лет, обучалась нормально, окончила 9 классов. Затем пошла в вечернюю школу. Адаптировалась в школьном коллективе нормально, общалась с одноклассниками и соседками, имела склонность к техническим наукам. Была общительным ребёнком. Дома любила помогать матери, брала на себя домашние обязанности. Говорит, что в школе учиться не любила. Себя характеризует как ребёнка чувствительного, впечатлительного.

Профессиональная и трудовая деятельность

Из медицинской документации, образование средне-специальное по профессии продавец, окончила торгово-кулинарное училище. С 20.06.2002 года получила вторую группу инвалидности по психическому здоровью (Биполярное аффективное расстройство).

Проработала 45 лет по специальности в одном магазине, продавала машины, мотоциклы, велосипеды. Со слов пациентки, работа очень нравилась и выполнялась успешно, пациентка любила общаться с покупателями, консультировать. Радуется, что покупатели узнавали её на улице. Знает наизусть цены товаров, которые продавала, когда работала. В коллективе были благоприятные отношения.

В настоящее время на пенсии по возрасту.

Половое развитие и половая жизнь

С субъективного анамнеза, половое созревание в срок. Менструации начались в 14 лет, установились сразу, безболезненные, обильные. Предменструального синдрома не наблюдалось. Менструальный цикл был стабильный. Изменений характера в пубертатный период не отмечает. Начало половой жизни в 20 лет. Менопауза началась в 50 лет, климактерический период протекал нормально. Половая ориентация гетеросексуальная. Расстройства половой идентификации, сексуального предпочтения, половой функции не выявлены.

С объективного анамнеза, у пациентки было 3 беременности, 2 из которых закончились родами: в 1981(29 лет пациентке) и 1984(31 год) годах. Беременность и роды протекали нормально. В 1983 году совершила криминальный аборт. После аборта в 1983 году была депрессивная симптоматика с суицидальными мыслями, через 2 месяца после аборта совершила парасуицид. При беседе пациентка не сообщает о совершённом аборте, говорит, что совершила парасуицид в связи с послеродовой депрессией (а именно, не было интереса ни к людям, ни к деятельности, беспокоили навязчивые мысли о суициде, жить не хотелось).

Употребление ПАВ

Согласно субъективному анамнезу, употребление наркотических веществ и никотина отрицает. Употреблять алкоголь начала с 18 лет. Алкоголь действует возбуждающе, пациентка становится активной, весёлой, многоречивой, появляется желание общаться, танцевать. Данные о вредных последствиях отрицает, по объективному анамнезу также нет таких указаний. Принимает алкоголь раз в 3-4 месяца, толерантность 100 мл вина, тяги не испытывает.

Семейное, социально-бытовое окружение

Со слов пациентки, в детстве жила в частном доме в г.Щучин. После поступления в торгово-кулинарное училище г.Гродно, жила на съемной квартире, далее в общежитии вместе с сестрой. После устройства на работу жила на съемной квартире. Говорит, что жить было не тяжело, дефицита в финансах не испытывала. Вышла замуж в 27 лет, рассказывает, что были чувства к мужу, находится в браке до настоящего времени. Материальная обеспеченность после заключения брака была нормальная, у мужа была хорошая зарплата. Говорит, что “сейчас нищие стали”, так как сама на пенсии, а муж работает на низкооплачиваемой работе. Имеет квартиру, благоустроенность нормальная.

По данным медицинской документации, родила двух сыновей. Старший (1981 года рождения) умер в 10 лет, младший (1984 года рождения), работает дальнобойщиком.

С субъективного анамнеза, муж участвовал в воспитании детей, помогал по дому. С сыном поддерживает контакт, характеризует его, как хороший. Созванивается с ним, когда он в рейсе. С невесткой контактирует, но рассказывает, что иногда она бывает грубой. Любит проводить время с внуком, участвует в его воспитании. На мужа жалуется, говорит, что тот её оскорбляет, бьёт, издевается. Собирается с ним развестись. 21.01.2019 должен был быть суд о разводе, жалуется, что муж “сдал её сюда”, чтобы не идти в суд. “ Запёк меня сюда, а сам не приходит. Я не тряпка, чтобы об меня ноги вытирать”. На вопрос, как давно начались проблемы в отношениях с мужем, отвечает: “А давно такое, всю жизнь. Всю жизнь он меня ругает, любит выпить. Выкручивает мне руки, чтобы купила ему вина ”.

Личностные особенности

Со слов пациентки, она с детства деятельная, любила помогать матери по дому. Коммуникабельная, имела в школе, училище и на работе широкий круг контактов. Характеризует себя как добрую, душевную, отзывчивую. Иногда тревожится за своих родных. Человек верующий, часто посещает церковь. При наводящем вопросе о негативных чертах характера, отвечает: “Не люблю, когда женщины курят”. В конфликтных ситуациях сразу высказывает свои претензии, не сдерживает себя в эмоциях и выражениях. На трудные жизненные ситуации реагирует поиском возможных вариантов решения проблем. После возникновения заболевания изменений в характере не наблюдает.

Перенесенные заболевания:

Инфекции: простудные

Черепно-мозговые травмы: сотрясение головного мозга в 10 лет, везла племянника на санках, ударилась головой, потеряла сознание.

Острые интоксикации: отрицает.

Соматические заболевания: ИБС: диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий. АГ3, риск4,Н2А. Сахарный диабет 2 типа. Мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит единственной левой почки. Перенесла рак правой почки, нефрэктомия правой почки в 2007 году. Желчнокаменная болезнь.

Аллергологический анамнез: отрицает

Суицидальные попытки в анамнезе: парасуициды в 1983 и 2003 годах.

3б. Анамнез настоящего заболевания (ANAMNESIS MORBI)

Состоит на диспансерном учете у психиатра с 1983 года, когда впервые проходила курс стацлечения с диагнозом “Циклотимия, депрессивная фаза, усугубленная соматогенией” в связи с совершённым парасуицидом.

Обстоятельства парасуицида по данным медицинской документации: Имела ребёнка 1,5 года. За 2 месяца до парасуицида совершила криминальный аборт. В гинекологической больнице после чистки пыталась повеситься на ремне от носилок, но остановилась. Была доставлена в психиатрический стационар. Сама пациентка информацию о совершенном криминальном аборте умалчивает. Связывает парасуицид с послеродовой депрессией (рассказывает, что не хотелось жить, были навязчивые мысли о суициде, не было желания ни к общению, ни к чему-либо другому).

Многократно (по медицинской документации 21 раз) проходила стацлечение с диагнозом “Биполярное аффективное расстройство”. Диагноз “Циклотимия” был заменен на “Биполярное аффективное расстройство” в 2002 году в связи с яркой выраженностью депрессивных и маниакальных симптомов по сравнению с циклотимией. С 2002 по 2005 годы чередовались фазы мании и депрессии (5 госпитализаций). В 2003 году совершила парасуицид в фазе тяжёлой депрессии. Хотела выпить бутылку уксуса, но муж помешал, высказывала идеи греховности, была госпитализирована в стационар. С 2006 по 2008 госпитализировалась 10 раз, с гипоманиакальные и маниакальными фазами (с психотическими и без психотических симптомов). В 2005 имел место эпизод гневливой мании. Психотические симптомы проявлялись бредом отношения (госпитализация в 2007 году). В 2014 году находилась на стацлечении по поводу фазы умеренной депрессии с соматическими симптомами, 2016 – мании, 2017 – умеренной депрессии. Таким образом обострения происходили с разной частотой: от пару дней до нескольких лет. Ремиссии длились до 6 лет. Предыдущая госпитализация 07.07.18- 26.07.18 с диагнозом “Биполярное аффективное расстройство. Текущий эпизод умеренной депрессии без соматических симптомов”.

С объективного и субъективного анамнезов, фаза депрессии проявляется вялостью, гипобулией, ухудшением памяти. Пациентка лежит целый день на кровати, спит, не может выполнять домашние дела, возникает чувство вины. Фаза мании проявляется повышенной говорливостью, суетливостью, снижением потребности во сне, наблюдается нарушение социальной дистанции, придирчивость, недовольство окружающими. Эпизоды мании, сопровождающиеся психотическими симптомами, включали в себя бредовые идеи отношения: “Меня хотят убить. Я обо всём сообщила в КГБ”

Со слов пациентки, после выписки поддерживающее лечение принимала нерегулярно. Указывает, что раз в месяц делала инъекцию модитен-депо, периодически принимала также энкорат хроно.

Состояние изменилось в течение последней недели: стала суетливой, многоречивой, перестала спать ночью, угрожала убить мужа и себя. Спала только после приёма таблетки клозапина. Поведение нарушено: многоречивая, суетливая, ходит, инструкции выполняет под принуждением. Эмоции выразительные, переживания неадекватные. Мышление непоследовательное, паралогичное. Мужем вызвана скорая помощь, доставлена в стационар в 22 часа 19.01.2019, госпитализирована.

1. ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

 (ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ)

Состояние сознания

Состояние сознания ясное

Доступность контакту

Доступна продуктивному контакту, вступает в беседу охотно. Легко отвлекается на соседок по палате, на входящих в палату людей. Без наводящих вопросов рассказывает о себе.

Ориентировка

Правильно ориентирована в собственной личности, месте, времени и окружающих лицах.

Внешний вид, моторная активность

Пациентка предложила сесть рядом на стул, отказалась выйти в коридор. Внешний вид соответствует возрасту. Телосложение гиперстеническое. Поза активная, свободная, мимика живая, активно жестикулирует, зрительный контакт не избегает.

Оценка внешнего вида пациента

Пациентка полная, выглядит на свой возраст, одета в халат с ярким разноцветным рисунком, волосы собраны в хвост, несколько растрёпанный. Ногти на руках не подстрижены, концы их кривые. Внешний вид не вызывающий, обычный.

В ходе беседы пациентка активно жестикулирует, сидит на кровати, часто меняет позу. Поддерживает зрительный контакт, рассматривает внешний вид собеседника, глаза “бегают” с одного места на другое. Мимика живая, выражение лица изменяется от недовольного, недоброжелательного к равнодушному и приятному.

Речь

Пациентка многоречивая, речь быстрая, смазанная, громкая. Говорит громко, несмотря на то, что в палате спят соседки, выйти из палаты не хочет. Не соблюдает социальную дистанцию, обращается ко мне на “ты”, называет “деточка”, указывает на отсутствие у меня маникюра. Не дослушав вопрос до конца, начинает свою речь: “А может быть…” – “ Голоса? Голосов у меня никаких нет”. В начале беседы указывает: “Пишете левой рукой? Ужас”. Непоследовательно излагается с быстрой сменой тематик. На вопрос о выписке, начинает рассказывать про врачей и про то, какие её дома ждут обязанности после выписки. Быстро теряет нить разговора. Рассказ излишне детализированный, акцентирует внимание на второстепенной информации, которая не имеет отношение к вопросу.

 “Скажите пожалуйста, а родители ваши чем-то болели?” – “Нет, отец умер от старости, мать от рака по женскому. Надо же такое. Хотели делать операцию, но сказали, что не выдержит наркоза, умерла у меня на руках, и отец тоже”.

Патология ощущений и восприятия

Объективные признаки галлюцинаций отсутствуют. Субъективно нарушения отрицает. Патология ощущений и восприятия во время обследования не выявлена.

Патология мышления

Наблюдается некоторое ускорение мышления, которое проявляется ускорением темпа речи, многоречивостью пациентки и отвлекаемостью (быстрому переходу от одной темы к другой). Рассказ пациентки излишне детализирован, детали занимают всё большее место в линии повествования, отвлекая её от цели изложения.

“Скажите пожалуйста, а каким образом умер брат?” – “Тромб оборвался. Утром встал, только прилёг, уже кричит на весь дом. Я из Щучина сама. Закричал и умер. Умер, кстати 1 сентября, как и папа, но брат утром, а папа к обеду. И брата, и папу звали Миша”.

Таким образом наблюдается обстоятельность мышления.

Имеют место бредовые идеи отношения. Рассказывает о том, как мать её невестки должна была забрать внука с церкви, пациентка случайно его заметила и хотела забрать его к себе домой, но тот отказался, сказал, что должен ждать другую бабушку. И он некоторое время ждал её приезда. “Вот зачем они это делают? Надо мной поиздеваться?” – возмущается пациентка.

Уверена в том, что муж специально её сдал в больницу, чтобы не идти в суд. Однако достоверно разобраться в данных ситуациях сложно. Необходима объективная информация от родственников.

Патология аффективной сферы (патология эмоций)

Фон настроения характеризуется дисфоричностью: она постоянно чем-то недовольна, подозрительна к окружающим. Жалуется на мужа, на других родственников, не хочет находиться в больнице, соседи по палате ей так же мешают. “ Было трое нас в палате, теперь пятеро. Дают клозепина 50 как коню. Разговаривать тяжело. Не хотят выписывать ”. В тоже время себя характеризует крайне положительно: “я добрая, отзывчивая, душевная”. Негативные качества после наводящего вопроса вспомнить не может. Таким образом имеет место повышенная самооценка.

Пациентка чрезмерно разговорчивая, речь несколько ускоренная. Социальный контроль снижен: называет меня “деточкой”, в присутствии спящих соседок говорит громко, жалуется на них. “А вы левой рукой пишете? У меня есть врач знакомый плохой, тоже левой рукой пишет”.

Легко отвлекается, как с одной темы на другую, так и на соседок.

Пациентка деятельная. Скорее хочет выписаться. “ Надо заплатить за квартиру. У меня зубы вон какие, надо вырвать корень и вставлять. А я всё тут лежу на солнце”.

Суицидальных мыслей на момент осмотра выявить не удалось. Агрессивные интенции отсутствуют.

Внимание

Наблюдается повышенная отвлекаемость внимания, нарушение концентрации внимания. Пациентка отвечает на вопрос и, не закончив ответ до конца, отвлекается на соседок по палате, задаёт им вопросы, после возвращается к ответу. Легко переходит с одной темы на другую. “Часто вам сын звонит?” – “ Сын звонит невестке. У меня простой телефон. Сестра живет в Эстонии, работает главным бухгалтером. Ждёт, что я к ней поеду”.

Расстройства памяти

На вопрос о памяти, говорит, что память хорошая. Память на отдаленные и недавние события не страдает. Парамнезии не выявлены, субъективные данные соответствуют объективным.

Интеллект

Интеллект соответствует возрасту и уровню образования.

Критика к своему состоянию

Критика к состоянию формальная. Указывает, что заболела, знает, что у неё имеется психическое заболевание, но считает, что в данный момент с ней всё в порядке, муж её сдал в больницу, чтобы не идти в суд, обратившись за помощью в скорую помощь. В лечении не заинтересована.

5.НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Речь несколько смазанная. Другие неврологические нарушения не выявлены.

6. СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС

Общее состояние

Телосложение гиперстеничное, вес 110 кг, рост 170 см. Кожные покровы чистые бледно-розового цвета, костно-суставная система в норме, отложение подкожно-жировой клетчатки по женскому типу. Лимфатические узлы не увеличены, щитовидная железа не пальпируется.

Органы дыхания

Строение грудной клетки нормальное. Преобладает грудной тип дыхания. Дыхание везикулярного, хрипов нет. Частота дыханий 18 раз в минуту.

Сердечно-сосудистая система

Пульс 72 раза в минуту. Тоны сердца приглушены. Видимой пульсации в области сердца и крупных сосудов не наблюдается. Артериальное давление 120/75

Органы пищеварения

Глотание и слюноотделение нормальное. Язык чистый. Аппетит повышенный. Диспептические явления не наблюдаются. Живот при пальпации мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Стул регулярный, обычной консистенции и цвета.

Мочеполовая система

Мочеиспускание регулярное, свободное. Симптом Пастернацкого отрицательный слева (справа почка удалена).

7. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 F31.2 Биполярное аффективно расстройство: текущий эпизод мании с психотическими симптомами.

8. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

8а. Лабораторные методы обследования

Общий анализ крови 30.01.2019

Эритроциты 3,97\*1012/л

Гемоглобин 109г/л – анемия

Гематокрит 33,3 – снижен

Средний объём эритроцита 84фл

Среднее содержание гемоглобина в эритроците 27,5 пг

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците 32,8 г/дл

Тромбоциты 217\*109/л

Лейкоциты 6,0\*109/л

Базофилы 1%

Эозинофилы 3%

Нейтрофилы:

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 57%

Лимфоциты 37%

Моноциты 2%

СОЭ 21 мм/час

Заключение: Анемия лёгкой степени тяжести, ускорение СОЭ.

Биохимический анализ крови 08.02.19

Билирубин общий 14,5 ммоль/л – в пределах нормы

Глюкоза 4,2 ммоль/л – в пределах нормы

ИФА на сифилис 22.01.19 – отрицательный

Общий анализ мочи 22.01.19

Цвет: соломенно-жёлтый

Мутность: прозрачная

Реакция: 5,0

Плотность: 1024

Белок: отрицательный

Глюкоза: отрицательный

Эпителий плоский: 2-3 в поле зрения

Лейкоциты: 0-2 в поле зрения

Заключение: результаты анализа соответствуют норме

8б. Инструментальные методы обследования

Электрокардиография 21.09.2019

ЧСС 72 удара в минуту, положение горизонтальное, умеренные изменения в миокарде боковой стенки левого желудочка.

Профиль АД

19.01.19 200/120 140/90

20.01.19 130/90 135/90

21.01.19 140/90 140/90

23.01.19 140/90 150/100

25.01.19 125/60 130/80

26.01.19 140/100 130/80

27.01.19 120/85 140/100

28.01.19 130/80

8в. Экспериментально-психологические методы обследования

Данные об их проведении отсутствуют.

8г. Консультации специалистов

Данные об их проведении отсутствуют.

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Биполярное аффективное расстройство нужно дифференцировать с F25: шизоаффективными расстройства. В клинической картине у данной пациентки имеются аффективные симптомы, которые характерны как для БАР, так и для шизоаффективного расстройства маниакального типа: сочетание некоторой приподнятости настроения неадекватно ситуации с раздражительностью и возбуждением. Пациентка суетлива, многоречива, переоценивает свой характер, не может заснуть без снотворного, не соблюдает социальную дистанцию. Данные симптомы длятся более 1 недели. С объективного анамнеза, имеется чередование маниакальной и депрессивной симптоматики с ремиссиями и обострениями, поэтому можно предполагать F25.2 “Шизоаффективное расстройство, смешанный тип”. Депрессивная симптоматика включает в себя у данной пациентки сниженное настроение, ненормальное для данной пациентки почти целый день, потерю интереса к ранее интересной деятельности, повышенную утомляемость. Данные симптомы длятся более 2 недель.

Однако в клинической картине не наблюдаются шизофренические симптомы (F20), такие как эхо-мыслей, вкладывание, открытость или отнятие мыслей, бред воздействия, бредовые идеи другого рода неадекватные по содержанию для данной культуры и так далее.

Таким образом можно исключить диагноз F25 “Шизоаффективное расстройство”.

10. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Для обоснования диагноза F31.2 “Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами” необходимо:
1) Соответствие критериям F30.2 Мании с психотическими симптомами.

А.У данной пациентки имеются симптомы: раздражительное и подозрительное настроение: придирчивость, недовольство окружающими.

Б. Так как настроение раздражительное, то должно присутствовать 4 симптома из 9 предложенных. У пациентки имеется: 1)повышение активности и физическое беспокойство (при поступлении не сидит на месте, ходит, активно жестикулирует), 2) повышенная говорливость (легко вступает в контакт, без вопросов долго рассказывает о себе, активно общается с соседками), 3) ускорение мышления (проявляется в ускорении речевой продукции, быстрому переходу от одной темы к другой), 4) снижение нормального социального контроля (социальную дистанцию не соблюдает, обращается к врачам на “ты”, указывает на ,по её мнению, недостатки, громко разговаривает при спящих соседках и жалуется на них), 5) сниженная потребность во сне (засыпала только после приёма таблетки клозапина), 6) повышенная самооценка (о себе отзывается исключительно положительно: “я добрая, отзывчивая, душевная”), 7) отвлекаемость и постоянные изменения в планах (при разговоре постоянно отвлекается на соседок, на внешний вид собеседников). Таким образом соблюдается 7 критериев из 9.

В. Присутствует бред отношений (хотела убить мужа и себя, трактует события в свою пользу: якобы ей пытались навредить).

Г. Психоактивных веществ накануне не принимала, органическое поражение мозга отсутствует.

2) В анамнезе у данной пациентки имеются другие аффективные эпизоды (умеренные и тяжелые депрессивные, маниакальные без и с психотическими симптомами, гипоманиакальные).

Бредовые идеи отношения конгруэнтны настроению (раздражительное, придирчивое).

Окончательный диагноз:

F31.20 “Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с конгруэнтными настроению психотическими симптомами”

11. ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Лечение проводится в психиатрическом стационаре, нередко возникает необходимость принудительной госпитализации.

Этап купирующей терапии

Лечение острой аффективной симптоматики начинается от момента начала лечения приступа болезни (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или значительной редукции болезненных симптомов.

Продолжительность этапа: при стационарном лечении – от 1 до 3 месяцев.

Для купирования психотических симптомов целесообразно использовать нейролептики. При этом необходимо постепенное повышение дозы до минимальной терапевтической, предпочтительна монотерапия.

Внутрь в первый день назначают в дозе 12.5 мг 2 раза/сут после еды. Во второй день назначают в дозе 25 мг 2 раза/сут. При хорошей переносимости препарата в течение последующих 7-14 дней дозу можно постепенно увеличивать на 25-50 мг в сутки до достижения средней суточной дозы 200 мг. Приём при достижении суточной дозы:

Clozapini 0,025 по схеме 2таблетки утром- 2таблетки днём- 2таблетки вечером.

Для данной пациентки необходимо использование препаратов из группы нормотимиков для купирования мании и стабилизации настроения. При высокой частоте обострений БАР и быстрой цикличности (4 и более обострения в год) предпочтительнее использование противоэпилептических препаратов по сравнению с солями лития. Препаратом выбора являются вальпроаты.

Encorati chromo 0.5 по 1 таблетке 3 раза в день (утром, днем и вечером)

Этап поддерживающей терапии

Этап долечивающей и стабилизирующей терапии начинается от времени достижения ремиссии или значительной редукции симптомов болезни и продолжается вплоть до полного окончания фазы. Включает «дозревание» ремиссии, исчезновение колебаний настроения и другой остаточной симптоматики.

Продолжительность этапа составляет 4-6 месяцев.

Для поддержания эффекта стабилизации настроения продолжаем использование нормотимика:

Encorati chromo 0.5 по 1 таблетке 2 раза в день (утром и вечером)

После достижения максимального терапевтического эффекта нейролептика рекомендуется перевести пациента на поддерживающее лечение более низкими дозами препарата до такого уровня, чтобы не вызывать побочных эффектов. Поддерживающую дозу следует подбирать индивидуально, проводя постепенное, в несколько этапов.

Clozapini 0,025 постепенно снижая дозировку 200 мг до 100-150 или оставить 200 мг.

Этап профилактической терапии

Этап профилактической (противорецидивной) терапии начинается со времени установления прочной ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго.

Продолжительность: от 3-4 лет до неопределенно долгого срока (до достижения ожидаемого результата лечения). Может быть прекращено, если на протяжении 3-4 лет сохраняется состояние полной ремиссии без остаточных симптомов

Продолжаем использование нормотимика и нейролептика для профилактики возникновения аффективных нарушений и психотических симптомов:

Encorati chromo 0.5 по 1 таблетке 2 раза в день (утром и вечером)

Clozapini 0,1 - 1 таблетка вечером. (100 мг, если на этапе поддерживающей терапии удалось снизить дозировку до такого уровня).

Психотерапия: когнитивно-бихевиоральная, семейная терапия; важная роль принадлежит психообразовательной программе пациента (проводится преимущественно в интермиссии) и его семьи. Психосоциальная реабилитация.

12. ПРОГНОЗ

В отношении жизни благоприятный

В отношении выздоровления неблагоприятный