**Паспортная часть**

Дата поступления: 07.04.12

Побочные действия лекарств (непереносимость): нет

Фамилия, имя, отчество: ---

Национальность: чувашка. Пол женский. Дата рождения / возраст: 01.02.1972 / 40 лет.

Постоянное место жительства:

Место работы, профессия: кондуктор

**Жалобы больного**

Активно на момент осмотра жалоб не предъявляет. Отмечает общую слабость, ощущение упадка сил.

*Наследственность и семейный анамнез.* Родственники психическими заболеваниями, припадками, алкоголизмом, наркоманиями, сифилисом, туберкулезом, болезнями обмена веществ, со слов больной, не страдали. Случаи самоубийств в семье отрицает.

*История жизни и развития больного.* Родилась в деревне Янтиковского района ЧР. От второй беременности, в срок, беременность у матери протекала сложно (больной рассказывала сама мать). Матери на момент рождения было 24 года, отцу 27 лет. О наличии у матери самопроизвольных выкидышей не знает. Росла и развивалась наравне со сверстниками. Во сколько лет начала ходить и разговаривать не знает. Читать и писать научилась в 5 лет. В дошкольном возрасте больную сильно беспокоили страшные сны, «очень боялась спать одна, но родители в свою комнату не брали». В школу пошла в 7 лет. В школе училась на четверки. Физкультурой занималась в общей группе. Преуспевала в лыжном спорте. Закончила 9 классов. Помнит что в школе очень часто болела ангинами. Потом поступила в ПТУ г Чебоксары. После окончания стала работать швеёй. В 20 лет перенесла операцию кесарева сечения, ребенок умер в родах, отмечает, что это было «одно из страшненейших событий в её жизни». Вышла замуж в 25 лет, детей больше иметь не может. В настоящий момент живет с мужем и его родителями в двухкомнатной квартире. Имеет собаку.

*Перенесенные заболевания:* в дошкольном возрасте болела ветрянкой и паротитом. В младшем школьном возрасте частые ангины и ОРВИ. В 20 лет операция кесарево сечение. После этой операции много лет лечилась у гинеколога по поводу бесплодия.

Больная не курит, наркотические средства не употребляет. Употребляет алкоголь. Первый раз попробовала алкоголь в 17 лет вместе с подружками в общежитии, сразу захотела спать. После этого выпивала немного по праздникам, обычно вино в небольшом количестве- 1 -2 бокала. Регулярно стала употреблять алкоголь с 2009 г. после смерти матери. Обычно употребляет водку вместе с мужем и его друзьями или только с мужем 2-3- раза в неделю примерно по 300 мл. Если больной надо на работу на следующий день, то она старается не пить. Сначала (в 2009г) начала пить от горя, т.к. потеряла мать, и до этого чувствовала себя «несчастливой женщиной», т.к. детей у них так и нет. От приема алкоголя чувствовала душевное спокойствие, легко засыпала, выпивала по 100-200 мл водки и этого «ей хватало». В дальнейшем стала чувствовать от приема алкоголя улучшение настроения, прилив сил, забывала про все проблемы, но для достижения такого эффекта водки требовлось все больше. С прошлого года начала выпивать даже в одиночку до 400 мл водки, чувствовала, что «без выпивки уже не может», утром приходилось «опохмеляться» пивом. Если не пьёт несколько дней, то чувствует себя очень плохо – «голова болит сильно, неприятные ощущения в животе, сердце болит, настроение очень плохое, сил нет, давление поднимается, бессоница». Отмечает, что после употребления алкоголя сначала испытывает облегчение, прилив сил и настроения, а затем начинает ругаться и спорить с собутыльниками или родственниками, несколько раз дралась с мужем в момент, когда они оба находились в алкогольном опьянении. Отношения с мужем и его родителями становились все хуже, часто ругались, со слов больной, зарплату у неё отнимают, т.к. если у неё есть деньги, она уходит в «запои» по неделе. Несколько раз пациентку грозились уволить с работы, т.к. приходила пьяная. Рассказывает что осенью 2011 года, у неё было «что то наподобие белой горячки»- денег на водку не было, чувствовала себя очень плохо, стоя у окна больная полувствовала, что на неё ложиться белая пелена наподобие паутины - она её очень испугала, она пыталась убежать от неё, скинуть, но не получалось, потом упала на пол, очнулась на диване - муж дал лекарство, какое именно назвать не может, больше подобных симптомов не наблюдала.

*Характер больного и особенности типа высшей нервной деятельности до начала заболевания.* В детстве и юношестве больная по её словам была энергичной, инициативной, имела много подружек. В классе была лидером, участвовала в самодеятельности, спортивных соревнованиях. Отношения со сверстниками были хорошими, было несколько близких подруг, с которыми до сих пор общается, когда приезжает в родную деревню. Дома взаимоотношения между членами семьи были хорошими. Характер всегда был спокойным, никогда ни с кем не ругалась. На работе конфликтов с коллегами никогда не было. После того как вышла замуж стала более спокойной, уравновешенной. Считает, что вне алкогольного опьянения «нормальный человек». Определенный преморбидный тип личности выделить не удается.

**История настоящего заболевания**

Считает себя больной с 2009г, когда стала регулярно употреблять алкоголь, начала пить «от горя», т.к. потеряла мать, и до этого чувствовала себя «несчастливой женщиной», т.к. детей у них так и нет. От приема алкоголя чувствовала душевное спокойствие, легко засыпала, выпивала по 100-200 мл водки ежедневно на ночь и этого «ей хватало». В дальнейшем стала чувствовать от приема алкоголя улучшение настроения, прилив сил, забывала про все проблемы, но для достижения такого эффекта водки требовалось все больше. Стала употреблять водку вместе с мужем и его друзьями или только с мужем 2-3- раза в неделю примерно по 300мл. С прошлого года начала выпивать даже в одиночку до 400 мл водки, чувствовала, что «без выпивки уже не может», утром прихоилось «опохмеляться» пивом. Если не пьёт несколько дней, то чувствует себя очень плохо – «голова болит сильно, неприятные ощущуения в животе, сердце болит, настроение очень плохое, сил нет, повышается давление, бессоница». Отмечает, что после употребления алкоголя сначала испытывает облегчение, прилив сил и настроения, а затем начинает ругатья и спорить с собутыльниками или родственниками, несколько раз дралась с мужем в момент, когда они оба находились в алкогольном опьянении. Отношения с мужем и его родителями становились все хуже, часто ругались, со слов больной, зарплату у неё отнимают, т.к. если у неё есть деньги она уходит в «запои» до недели. Несколько раз пациентку грозились уволить с работы, т.к. приходила пьяная. Рассказывает что осенью 2011 года, у неё было «что то наподобие белой горячки»- денег на водку не было, чувствовала себя очень плохо, стоя у окна больная почувствовала что на неё ложиться белая пелена наподобие паутины - она её очень испугала, пациентка пыталась убежать от неё, скинуть, но не получалось, потом упала на пол, очнулась на диване - муж дал лекарство, какое именно назвать не может, больше подобных симптомов не наблюдала.

Последнее ухудшение состояния в конце марта, тогда у больной появились деньги и она «ушла в запой». Выпивала около 500 мл водки ежедневно в течение 5 дней, на работу не выходила. Когда деньги закончилились и пить стало не на что, больная почувствовала знакомые ранее симптомы в виде головных болей, неприятных ощущуений в животе, упадка сил, злобного настроения, болей в сердце, бессоницы. В это время обострились конфликтные отношения с родственниками, сердце у пациентки стало болеть очень сильно, боли носили сжимающий характер, были нестерпимыми, прием нитроглицерина эффекта не дал, давление поднялось до 160/ 100 мм.рт.ст. Муж вызвал скорую, которая дставила больную в наркологический диспансер.

**Психический статус**

*Внешность.* Больная астенического телосложения, худая. Одежда на больной чистая, красивая, аккуратная, подобрана со вкусом. Волосы длинные, заплетены в косу. Больная выглядит добродушной, аккуратной, приличной женщиной. Во взгляде чувствуется стеснительность. Поведение больной спокойное, уравновешенное. Внешне выглядит соответственно своему возрасту. Во время беседы признаков беспокойства больная не проявляет, на вопросы отвечает спокойно.

*Отношение к куратору* дружественное. Вопросы слушает внимательно. Отвечает на вопросы без проявления каких-либо негативных эмоций. От темы беседы не уходит, ответы дает строго на поставленный вопрос.

*Ясность сознания и его расстройства.* Больная полностью ориентирована во времени, в пространстве и в собственной личности. Правильно называет дату, время года, свое местоположение и цель нахождения, знает сколько дней она находится на лечении. Правильно называет свое имя, профессию.

*Речь* больной тихая, но эмоциональная. Речь разборчивая, все буквы и звуки больная выговаривает правильно. Темп речи нормальный. Словарный запас, используемый больной, соответствует уровню её образования. На вопросы больная отвечает сразу, без паузы. Отвечает только на поставленный вопрос, от темы беседы не отклоняется. От ответа на поставленный вопрос никогда не уклоняется. Логичность речи не нарушена. Причинно-следственные связи больная выстраивает правильно. Для выявления аграфии, больной было предложено написать под диктовку несколько предложений – пациентка уверенно держит ручку правой рукой. Буквы написаны правильно, очень аккуратно в написанном тексте ошибок не допущено. Почерк среднего размера, с наклоном вправо на 15-20 градусов от вертикальной плоскости.



*Мышление.* Скорость мышления нормальная. Больная отвечает на вопросы сразу. Стройность мышления не нарушена. Ответы больной на задаваемые вопросы логичные. Целенаправленность мышления в норме.

*Эмоции и чувства.* Больная при беседе довольно эмоциональна. С улыбкой на лице рассказывает о своей домашней любимимице-болонке. Когда речь заходила о неприятных моментах, больная хмурилась, в некоторые моменты казалось, что вот-вот расплачется. Стыдилась при ответе на некоторые вопросы. С соседками по палате отношение приятельские, со всеми общается, в отделени многих знает. Читает газеты и журналы, инетересуется домоводством и политикой. Настроена а скорейшее выздоровление.

*Ощущение и восприятие.* Нарушений интенсивности и качества ощущений и восприятий у больной нет. Психосенсорных расстройств нет. Схема тела не нарушена. Слуховых, зрительных, тактильных, обонятельных, вкусовых галлюцинаций нет, признаков наличия галлюцинаиций нет («сама с собой» не разговаривает , уши не закрывает, неадекватных движений не производит и т.д.).

*Расстройства влечений.* Расстройств пищевых, половых влечений, инстинкта самосохранения у больной не выявлено.

*Расстройства эффекторно-волевой сферы.* Больная отмечает, что «безвольная» только в отношении алкоголя. До момента заболевания ставила и старалась добиваться поставленных перед собой целей. Несмотря на заболевание, сохранила прежние интересы - когда не пьяная готовит, шьет, заботиться о собаке. Расстройств двигательной активности не выявлено.

*Расстройства сна* больная не отмечает. Сон хороший, ночные пробуждения редкие. Спит по 7 часов в сутки. Сны видит редко.

*Внимание* больной при беседе не нарушено. Больная сосредоточена на беседе. Не отвлекается на посторонние занятия. Внимательно слушает, подробно отвечает на вопросы.

*Интеллект, память.* Больная правильно объясняет смысл поговорок и пословиц. «мал золотник да дорог - о чем-нибудь незначительном с виду, но ценном». Устный счет выполняет правильно. «Сто минус двадцать девять?». – «Семьдесят один». – «Четыре во второй степени?». – «Шестнадцать».

Даты основных исторических событий называет правильно. На простые вопросы из истории, географии, литературы отвечает. Однако из десяти названных ей слов смогла повторить восемь слов.

*Самооценка и критика к болезни.* Адекватная. Больная не отрицает своего заболевания, считает себя «алкоголичкой». Говорит, что хочет избавиться от этой привычки. На вопрос, пыталась ли она самостоятельно перестать употреблять алкоголь, отвечает, что конечно пыталась неоднократно. При ответе на специальную анкету в разделе отношение к болезни отметила, что старается перебороть болезнь и всеми силами старается не поддаваться болезни. В то же время обращение в больницу было сделано по инициативе родственников.

**Физическое состояние**

*Общий статус.*

Общее состояние средней тепени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Рост 163 см, вес 50кг. Телосложение астеническое, пропорциональное. Температура 36.7 градусов Цельсия. Величина и форма головы без особенностей. Нарушения походки и осанки не наблюдается. При осмотре склер, заметна их незначительная иктеричность. Нос и шея обычной формы, без деформаций. Окраска кожных покровов бледная. Кожа умеренно влажная, слабоэластичная. Обнаруживаются единичные невусы по всему телу. Оволосение по женскому типу. Рост волос не нарушен, ногти на руках не деформированы, на ногах ногтевые пластины утолщены. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Распространена равномерно, безболезненна, однородной мелкозернистой консистенции. Складки на уровне груди-2 см, живота -1см, на плечах и бёдрах-1 см. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Болезненность при пальпации мышц отсутствует. Тонус мышц одинаков с обеих сторон.

*Исследования костно-суставной системы.*

При обследовании костей черепа, грудной клетки деформаций и болезненности не обнаружено. Кости позвоночника, таза, нижних и верхних конечностей не деформированы и безболезненны при пальпации.

Суставные симптомы.

Отто-5см

Шобара- 5 см.

Форестье-0см.

Томайра-0см. (отрицательные)

Функции кисти - полное сгибание пальцев в кулак.

Симптом подбородок-грудина –0см. (отрицательный)

*Система органов дыхания*

Нос обычной формы. дыхание через нос свободное.

Грудная не деформирована, симметрична, обе стороны одинаково участвуют в акте дыхания. Грудная клетка при пальпации безболезненна, не резистентная, эластична. Тип дыхания преимущественно грудной. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Дыхание ритмичное. ЧД - 16/ мин.

Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон. При сравнительной перкуссии выявляется ясный легочный звук во всех участках грудной клетки.

При топографической перкуссии: высота стояния верхушки лёгких спереди: справа – на 4 см выше уровня ключицы

слева – на 4,5 см выше уровня ключицы

сзади: на уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа-6 см, слева-6 см.

Нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Окологрудинная | 5 межреберье | --- |
| Среднеключичная | 6 ребро | --- |
| Переднеподмышечная | 7 ребро |
| Среднеподмышечная | 8 ребро |
| Заднеподмышечная | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро |
| Околопозвоночная | остистый отросток 11 грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края в см:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правого лёгкогоНа вд. На выд. Сумма | Левого лёгкогоНа вд. На выд. Сумма |
| Среднеключичная | 3 | 3 | 6 | - | - | - |
| Среднеподмышечная | 4 | 4 | 8 | 4 | 4 | 8 |
| Лопаточная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |

При аускультации над лёгкими выслушивается жестковатое дыхание.

*Органы кровообращения*

Сердечный и верхушечный толчки визуально не определяются.

Пальпация:

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева по среднеключичной линии размеров 2,0 см, усиленный, разлитой, резистентный.

Перкуссия:

Границы относительной сердечной тупости:

* справа – правая парастернальная линия в 4 межреберье
* слева – на 1 см влево от среднеключичной линия в 5 межреберье
* сверху – левая парастернальная линия в 4 межреберье

Поперечник относительной тупости сердца – 2+11=13см.

Границы абсолютной тупости сердца:

* справа – левая парастернальная линия в 4 межреберье
* слева – на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости
* сверху – левая парастернальная линия в 5 межреберье

Ширина сосудистого пучка – 6см.

Аускультация:

Ритм правильный. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Выявляется акцент второго тона над аортой. Шумов не выявлено

Пульс 64 в минуту, ритмичный, синхронный, нормального наполнения и напряжения, равномерный. АД – 170/90 мм рт.ст.

*Органы пищеварения.*

Аппетит не снижен. Полость рта физиологичной окраски, без повреждений. Язык влажный, с белым налетом на поверхности. Десны, мягкое и твердое небо физиологической окраски, влажные. Живот нормальной формы, симметричен, не увеличен , участвует в акте дыхания.

Перистальтика желудка и кишечника не визуализируется. При поверхностной пальпации живот безболезненный, мягкий, напряжения мышц передней брюшной стенки отсутствуют; опухолевых образований, грыж, расхождений прямых мышц живота нет. При глубокой пальпации органы брюшной полости безболезненны, мягкой консистенции, не увеличены.

При перкуссии печени по Курлову размеры печени:

* по срединно-ключичной линии – 13 см;
* по срединной линии – 10 см;
* по левой реберной дуге – 8 см.

Нижний край печени по правой срединно-ключичной линии выступает за пределы реберной дуги на 2 см. При пальпации край печени острый, плотный, ровный, безболезненный.

Селезенка не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные.

При аускультации перистальтика кишечника и желудка не выслушивается. Шум трения брюшины отсутствует.

Дефекация ежедневная, обычно утром, кал в нормальном количестве, коричневого цвета, оформленный.

*Мочеполовая система.*

При осмотре области почек - без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание до 7 раз в сутки. Моча соломенно-жёлтого цвета в нормальном количестве.

*Эндокринная система.*

Аномалий телосложения не наблюдается. Потоотделение не усиленно. Волосяной покров распределен в соответствии с полом и возрастом. Дрожания конечностей нет. Щитовидная железа при пальпации эластичная, мягкая, симметричная, однородная.

*Нервная система*.

Интеллект соответствует возрасту и образованию. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Не жалуется на ухудшение памяти на текущие и прошедшие события. Спит до 7 часов в сутки, сон спокойный. Речь нормальная. Настроение стабильное.

**Исследование нервной системы**

Общемозговые явления.

Головная боль, головокружение, рвота больную не беспокоят.

Менингеальные симптомы.

Ригидности затылочных мышц у больной нет.

Симптом Кернига отрицательный.

Симптомы Брудзинского: верхний – отрицательный; средний – отрицательный; нижний – отрицательный.

Светобоязни у больной нет. Движения глазных яблок безболезненные.

Положение больной активное, вынужденную позу не прианимает.

Высшие корковые функции.

Исследование речи: речь больной разборчивая, громкость речи тихая Все буквы и звуки произносит правильно, дефектов речи нет. Нужные по смыслу слова подбирает быстро. Развитость речи соответствует уровню образования пациентки. На вопросы больная всегда отвечает развернуто, односложных ответов практически не бывает.

Исследование письма: пишет больная правой рукой. Почерк крупный, с наклоном вправо. Левой рукой писать не умеет.

Читает хорошо, при чтении не останавливается. Скорость чтения такая же как скорость речи. Просьбу сосчитать до двадцати в прямом и обратном порядке выполнила легко.

Праксис: целенаправленные движения больная выполняет обеими руками легко. При просьбе застегнуть и расстегнуть пуговицу одной рукой выполняет задание и правой и левой рукой легко. При просьбе взять какой-либо предмет со стола лишних движений не совершает, предмет берет с первой попытки.

Стереогноз: хорошо распознает с закрытыми глазами на ощупь подаваемые ему предметы, может описать форму предмета.

Черепномозговые нервы.

I пара - обонятельный нерв.

Обоняние сохранено D=S. Запахи с закрытыми глазами распознает. Обонятельных галлюцинаций не отмечается.

П пара - зрительный нерв.

Острота зрения снижена. Больная при чтении носит очки. Острота зрения D=+3,5, S=+3,5. Зрение снижалось постепенно в течении жизни длительное время. Ширина полей зрения соответствует норме. Границы полей зрения для белого цвета: D: кверху- 50˚, книзу- 70˚, кнаружи- 90˚,кнутри- 60˚; S: кверху- 50˚, книзу- 70˚, кнаружи- 90˚,кнутри- 60. Все цвета пациентка различает правильно.

III пара - глазодвигательный нерв.

Глазные щели симметричные (D=S). Зрачки округлой формы, диаметром 3 мм (D=S). Прямая реакция зрачков на свет: D – реакция живая, S – реакция живая. Содружественная реакция зрачков на свет: D=S, реакция живая. Движения глазных яблок вверх, вниз, вправо, влево совершаются обоими глазами синхронно. Взгляд подвижный. Больная следит за перемещающимся предметом обоими глазами. Тест на конвергенцию выполняет. Моргание не нарушено.

IV пара – блоковый нерв.

Движения глаз вверх и в сторону при слежении за молоточком выполняются синхронно обоими глазами. Движения правого и левого глаза при направлении взгляда вверх и вправо и вверх и влево синхронные, объем выполняемых движений D=S.

VI пара – отводящий нерв.

Движения глаз в правую и левую сторону при слежении за движущимся предметом синхронные, содружественные. Движения глаз вправо и влево осуществляются в одинаковом объеме. При взгляде в сторону край радужки доходит до латерального угла глазной щели как с правой, так и с левой стороны. Нистагма при этом не наблюдается.

V пара – тройничный нерв.

Чувствительность кожи лица сохранена. Больная распознает уколы иглой, различает прикосновение более холодным и более теплым предметом. Конъюнктивальный рефлекс живой D=S. Корнеальный рефлекс снижен D=S. Нижнечелюстной рефлекс живой. Точки выхода тройничного нерва при пальпации безболезненны. Напряжения жевательных мышц нет. Движения нижней челюсти выполняются в полном объеме. При жевании жевательные мышцы сокращаются симметрично.

VII пара - лицевой нерв.

Глазные щели одинаковой формы и размера (D=S). Имеется легкая физиологическая асимметрия правой и левой половины лица. Глаза располагаются на одном горизонтальном уровне. Углы рта располагаются симметрично. Функция мимических мышц при движениях не нарушена. При вытягивании губ в трубочку, при показывании зубов мышцы с правой и левой стороны лица сокращаются в равной степени. При надувании щек обе щеки надуваются в одинаковой степени, воздух через углы рта не выходит.

VIII пара – преддверно-улитковый нерв.

Острота слуха: шепотную речь с расстояния 6 метров различает (D=S); разговорную речь различает с 20 метров (D=S). Вестибулярная система: в позе Ромберга устойчива с открытыми и закрытыми глазами. При просьбе пройтись вперед по прямой линии с закрытыми глазами больная идет прямо не отклоняясь. Пальце-носовую пробу выполняет уверенно обеими руками. Пальце-пальцевую пробу выполняет удовлетворительно: при первой попытке слегка промахнулась кончиками пальцев, но со второй попытки смогла выполнить пробу. Пяточно-коленную пробу выполняет обеими ногами уверенно.

IX пара – языкоглоточный нерв.

Вкусовое восприятие на задней трети языка сохранено. Язычок мягкого неба в покое и при фонации слегка отклоняется влево от средней линии.

X пара – блуждающий нерв.

Голос больной тихий. Глоточный и небный рефлекс сохранены. Глотание пищи не затруднено. При глотании твердой пищи не поперхивается, жидкая пища через нос не выливается.

XI пара - добавочный нерв.

Голова относительно сагиттальной плоскости располагается ровно. Поднимание плеч не затруднено. Пожимание плечами D=S. Повороты головы в правую и в левую сторону выполняются в одинаковом объеме. При пальпации тонус грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц сохранен. Для оценки силы грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышцы просим больную прижать руки к туловищу напрягая эти мышцы и пытаемся отвести их в сторону. С левой стороны сила мышц – 5 баллов, с правой стороны – 5 баллов.

XII пара - подъязычный нерв.

Язык при высовывании изо рта располагается почти по средней линии, но всей своей массой слегка отклоняется влево. Активные движения языка выполняются во всех направлениях. Объем движений языка в правую и в левую сторону одинаковый. Больной сворачивает язык в трубочку.

Двигательная сфера.

При осмотре мускулатуры туловища и конечностей атрофии мышц не наблюдается.

Пассивные движения во всех суставах выполняются в полном объеме, движения в суставах боли не вызывают. Активные движения в суставах верхних конечностей выполняются в полном объеме. Объем активных движений в суставах нижней конечности нормальный. Сила мышц:

* мышцы сгибатели, действующие на локтевой сустав D=5, S=5; сгибатели кисти D=5, S=5; сгибатели пальцев кисти D=5, S=5.
* мышцы разгибатели, действующие на локтевой сустав D=5, S=5; разгибатели кисти D=5, S=5; разгибатели пальцев кисти D=5, S=5.
* мышцы сгибатели, действующие на тазобедренный сустав D=5, S=5; сгибатели коленного сустава D=5, S=5; сгибатели стопы D=5, S=4.
* мышцы разгибатели, действующие на тазобедренный сустав D=5, S=4; разгибатели коленного сустава D=5, S=5; разгибатели стопы D=5, S=5.

При пальпации мышц выявлено увелчение тонуса мышц сохранен.

Скорость выполняемых больной движений нормальная. Движения адекватные выполняемому действию.

*Исследование координации движений:*

Ходьба с открытыми глазами уверенная, по прямой линии больная проходит, в сторону не отклоняется. С закрытыми глазами по прямой проходит уверенно. В позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами стоит устойчиво.

*Исследование походки:*

Походка больного уверенная, ровная. Больная не хромает. Ходит быстро.

Рефлекторная сфера.

Сухожильные:

Биципитальный – живой с обеих сторон (D=S)

Триципитальный – живой с обеих сторон (D=S)

Карпорадиальный – живой с обеих сторон (D=S)

Коленный – живой справа и слева (D=S)

Ахиллов – живой с обеих сторон (D=S)

Патологические рефлексы:

Рефлекс Бабинского – не определяется с обеих сторон.

Рефлекс Оппенгейма – не определяется с обеих сторон.

Чувствительная сфера.

Поверхностная чувствительность сохранена. Больная распознает прикосновение иглой, отличает прикосновение более холодным предметом от прикосновения более теплым.

Сложные виды чувствительности:

1) чувство локализации справа и слева не нарушено,точно определяет место прикосновения и укола с правой и с левой стороны.

2) двумерно-пространственная чувствительность сохранена: безошибочно узнает буквы и цифры, которые врач чертит тупым предметом у неё на коже.

3) чувство дискриминации: на правой руке раздельно воспринимаются два наносимых укола на расстоянии 5 см, на левой руке –6 см, на правой ноге – 6 см, на левой ноге – 6 см.

4) стереогноз сохранен справа и слева: с закрытыми глазами на ощупь быстро определяет подаваемые ей предметы правой и левой рукой.

Вегетативная нервная система.

Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные.

Дермографизм: при проведении по коже рукояткой молоточка через 10 секунд появляется белая полоска, которая через минуту становится красной. Красная полоска исчезает через 2 – 3 минуты.

Слюноотделение умеренное. Язык влажный, корень языка обложен незначительным количеством белого налета. Слизистые рта влажные, чистые.

Мочеиспускание безболезненное, 5-7 раз в день. Дефекация один раз в день, проблем со стулом нет.

**Диагноз**

Квалификация симптомов:

1. психическая зависимость от алкоголя (патологическое влечение к алкоголю, выпивки ежедневные на протяжении 3 лет);
2. повышение толерантности к алкоголю (доза алкоголя, употребляемая больной, ранее достаточная для достижения опьянения, в последующем не приводит к такой же степени опьянения);
3. физическая зависимость от алкоголя; («без выпивки уже не может», если не пьёт несколько дней, то чувствует себя очень плохо – «голова болит сильно, неприятные ощущуения в животе, сердце болит, настроение очень плохое, сил нет»)
4. Изменение картины опьянения (эйфория становиться короче и слабее, её заменяют раздражительность, взрывчатсоть, сколнность к агрессии)
5. соматические осложнения алкоголизма (увеличение и уплотнение печени при пальпации, артериальная гипертензия)
6. Ложные запои (возникают у больной в следствие социально-психилогических факторов- выпивает после получения денег, пока они не закончаться)
7. Социальная дезадаптация (у больной возникают конфликты с родствениками вплоть до драк, несколько раз её хотели уволить с работы).

Синдромальная оценка психического состояния:

Основной синдром, присутствующий у больной – синдром зависимости от алкоголя. Выставлен на основании обнаруживаемых признаков: сильная необходимость и потребность в приеме алкоголя , признаки повышения толерантности к алкоголю, продолжение приема алкоголя несмотря на негативные последствия, нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку алкоголя.

Также у пациентки имеется абстинентный синдром. Выставлен на основании того, что после прекращения приема алкоголя или резком снижении его дозы у больной отмечаются следующие симтомы : головные боли, нарушение сна, упадок сил, злобное настроение, боли в области серрдца, повышене АД, эпизоды галлюинаций (однократно осенью 2011г).

Этап болезни манифестный, так как у больной уже сформировались типичные для синдрома алкогольной зависимости и абстиннтного синдрома симптомы (психическая и физическая зависимость от алкоголя, повышение толерантности к алкоголю, после прекращения приема алкоголя или резком снижении его дозы у больной отмечаются следующие симтомы : тремор рук, головные боли, нарушение сна , упадок сил, злобное настроение, боли в области сердца, повышене АД, эпизоды галлюцинаций .Течение болезни непрерывное, так как пациентка употребляет алкоголь ежедневно непрерывно на протяжении 3 лет. Развитие болезни прогредиентное, степень прогрессирования высокая ( развитие в короткие сроки).

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальную диагностику можно провести по наблюдаемому у больной синдрому отмены

*Клиническая картина абстинентного синдрома при злоупотреблении опиатами* очень характерна. Признаки абстиненции развиваются в течение нескольких часов после принятия последней дозы, в период, когда должна быть принята очередная доза по установившейся схеме, и достигают своего пика через 36—72 ч; наиболее острые проявления абстинентного синдрома исчезают обычно в течение 10 дней, а резидуальные сохраняются намного дольше. Уже через 6—8 ч после отнятия наркотика у больных наблюдаются напряженность, общая неудовлетворенность, тревога, раздражительность, общая дисфория, недомогание, физическая слабость. Ранние признаки опийного абстинентного синдрома: зевота, слезотечение, насморк с чиханьем, зуд в носу и носоглотке, ощущение закладывания носа, повышенная перистальтика кишечника. К ранним признакам опийной абстиненции относятся также расширение зрачков, тахикардия, тремор, "горячие приливы", снижение аппетита вплоть до полной анорексии, отвращение к табачному дыму, нарушения сна, чувство усталости, слабости. Сон становится поверхностным, прерывистым, с частыми пробуждениями, сновидениями "наркотического содержания. Затем отмечаются озноб, симптом гусиной кожи, повышенная потливость, ощущения некоторого неудобства в мышцах шеи, рук, ног. К концу 2-х суток лишения наркотика все симптомы усиливаются и развивается симптоматика, которая обусловила название абстиненции на жаргоне наркоманов — "ломка". Возникают боли в мышцах рук, ног, спины, поясницы, в животе. Больные говорят, что их "крутит", "сводит", "выкручивает" и т.д. Эти боли очень мучительны и определяют общее состояние больного. В этот период усиливаются тревога, беспокойство, появляются выраженная дисфория, чувство безнадежности, бесперспективности и непреодолимое (компульсивное) влечение к наркотику. На 3—4-е сутки наблюдаются мучительные диспепсические расстройства, боли в животе, частый жидкий стул (до 10—15 раз в сутки) с тенезмами и иногда с примесью крови, нередко рвота. Апогея абстинентный синдром достигает на 3—5-е сутки. После указанного срока симптоматика абстинентного синдрома постепенно редуцируется .

*Абстинентный синдром при приеме барбитуромании* частобывает очень тяжелым. Озноб чередуется с проливным потом. Бессонница сочетается с беспокойством. Наблюдаются судорожное сведение мышц, мелкий тремор, подъем артериального давления, тахикардия. Далее присоединяются боли в желудке, рвота, а также боли в крупных суставах (симптом И. Н. Пятницкой). На 3‑5‑е сутки нередко возникают эпилептические припадки, а к концу недели – делирий. Далее в течение 1‑2‑х недель удерживается депрессия с дисфорией и тревогой. При появлении судорожных припадков и при развитии делирия абстиненция становится опасным для жизни состоянием.

*Синдром отмены при кокаинизме.* Спустя 8-10 ч без приема наркотика появляются выраженная вялость, раздражительная слабость, острое влечение к кокаину. Спустя еще 4-6 ч раздражительная слабость сменяется мрачным настроением, внутренним напряжением, неусидчивостью, тревогой, раздражительностью с брутальной злобой, несдержанностью. Появляются головная боль, сердечные дизритмии, исчезает аппетит. В вечернее время возникают судорожные подергивания в мышцах ног, стоп; больные не могут заснуть. Состояние тяжелой дисфории длится 3-6 дней. В этот период пациенты крайне напряжены и агрессивны, не терпят никаких замечаний в свой адрес. У больных в этот период выражены кататимное восприятие окружающего, подозрительность с недоверчивостью и настороженностью. В своем плохом состоянии они обвиняют окружающих, устраивают объяснения, скандалы по поводу якобы их подозрительного поведения. У больных в абстиненции отмечаются повышение внутричерепного давления, болезненность в точках выхода тройничного нерва, в области глазных яблок. Через 3-6 дней дисфория постепенно сменяется депрессией, вялостью, сонливостью, появляются суицидальные мысли, полная потеря интереса к жизни; при этом несколько снижается влечение к кокаину. Артериальная гипертензия уступает место гипотонии. Возникают брадикардия, гиперестезия кожи, слизистых оболочек носа, рта, язвенный стоматит, анорексия, тошнота. Дневная сонливость сменяется ночной бессонницей, кошмарами и гипнагогическими устрашающими галлюцинациями при легком погружении в сон. В ночной период, если нет сна, влечение к кокаину обостряется. Некоторые пациенты ночью за окном «слышат» разговоры о них, оклики, ругань в свой адрес, при этом они испытывают страх, отрывочные бредовые идеи преследования.Психотические делириозные переживания длятся 3-6 ч, к утру проходят или купируются после лекарственного сна. Длительность депрессивного этапа абстиненции составляет 2-3 нед, затем наступает следующий этап – астенодепрессивный, который продолжается 3-4 нед с периодами спада и подъема компульсивного патологического влечения к кокаину. Больные в этом состоянии подавлены, заторможены, вялы, жалуются на упадок сил, постоянную усталость, отсутствие каких-либо желаний. Полностью исчезает аппетит и периодически возникает равнодушие к кокаину. Длительность абстиненции 1,5-2 мес.

*Абстинентный синдром при злоупотреблении каннабиоидами*. Проявляется через 4-5 часов после употребления. Зрачки расширены, зевота, озноб, вялость, мышечная слабость, беспокойство, дисфория, исчезновение сна и аппетита.

Проявляется к концу первых суток после отнятия наркотика. Нарастает вегетативное возбуждение. Мышцы напряжены, мелкий тремор, гиперрефлексия, повышение АД, учащение пульса, дыхания, судорожные подергивания отдельных мышц.

Проявляется на вторые сутки после отнятия наркотика. Сенестопатические жалобы. Тяжесть, сдавление в груди, затрудненное дыхание, боль и сжимание в сердце, сдавление головы. На коже и под ней ощущение жжения, покалывания, дергания, ползания. Плаксивость. При неосложненной абстиненции развивается астеническая депрессия, возможен абстинентный психоз на 3-5 сутки воздержания. Длительность абстиненции от 3-14 суток до 1 месяца. Улучшение сна и появление абстиненции указывают на улучшение состояния. Абстинентный синдром формируется через 8-12 месяцев систематического употребления наркотика.

Клиническая картина наблюдаемая в рамках синдрома отмены при различных видах наркоманий не соответствует проявлениям симптомов наблюдаемым у больной .

**Обоснование диагноза.**

На основании *жалоб* на общую слабость, ощущение упадка сил.

*Анамнеза жизни:* потеряла ребенка в родах, после этого забеременеть не смогла- по этому поводу считает себя «несчастливой женщиной», в 2009г болезненно переживала смерть матери. Отмечает эти события как предрасполагающие факторы в развитии своего заболевания.

*Анамнеза заболевания*:

Считает себя больной с 2009г , когда стала регулярно употреблять алкоголь, начала пить «от горя», т.к. потеряла мать, и до этого чувствовала себя «несчастливой женщиной»,так детей у них так и нет. От приема алкоголя чувствовала душевное спокойствие, легко засыпала, выпивала по 100-200 мл водки ежедневно на ночь и этого «ей хватало». В дальнейшем стала чувствовать от приема алкоголя улучшение настроения, прилив сил, забывала про все проблемы, но для достижения такого эффекта водки требовалось все больше. Стала употреблять водку вместе с мужем и его друзьями или только с мужем 2-3- раза в неделю примерно по 300мл. С прошлого года начала выпивать даже в одиночку до 400 мл водки, чувствовала, что «без выпивки уже не может», утром приходилось «опохмеляться» пивом. Если не пьёт несколько дней, то чувствует себя очень плохо – «голова болит сильно, неприятные ощущения в животе, сердце болит, настроение очень плохое, сил нет, повышается давление, бессонница». Отмечает, что после употребления алкоголя сначала испытывает облегчение, прилив сил и настроения, а затем начинает ругаться и спорить с собутыльниками или родственниками, несколько раз дралась с мужем в момент, когда они оба находились в алкогольном опьянении. Отношения с мужем и его родителями становились все хуже, часто ругались, со слов больной, зарплату у неё отнимают, т.к. если у неё есть деньги она уходит в «запои» до недели. Несколько раз пациентку грозились уволить с работы, т.к. приходила пьяная. Рассказывает что осенью 2011 года, у неё было «что то наподобие белой горячки»- денег на водку не было, чувствовала себя очень плохо, стоя у окна больная почувствовала что на неё ложиться белая пелена наподобие паутины - она её очень испугала, пациентка пыталась убежать от неё, скинуть, но не получалось, потом упала на пол, очнулась на диване - муж дал лекарство, какое именно назвать не может, больше подобных симптомов не наблюдала.

Последнее ухудшение состояния в конце марта, тогда у больной появились деньги и она «ушла в запой». Выпивала около 500мл водки ежедневно в течение 5 дней, на работу не выходила. Когда деньги закончились и пить стало не на что, больная почувствовала знакомые ранее симптомы в виде головных болей, неприятных ощущений в животе, упадка сил, злобного настроения, болей в сердце, бессонницы. В это время обострились конфликтные отношения с родственниками, сердце у пациентки стало болеть очень сильно, боли носили сжимающий характер, были нестерпимыми, прием нитроглицерина эффекта не дал, давление поднялось до 160/ 100 мм.рт.ст. Муж вызвал скорую, которая доставила больную в наркологический диспансер.

*Психического статуса*

*Эффекторно-волевая сфера.* Больная отмечает, что «безвольная» только в отношении алкоголя. До момента заболевания ставила и старалась добиваться поставленных перед собой целей. Несмотря на заболевание, сохранила прежние интересы- когда не пьяная готовит, шьет, заботиться о собаке.

*Самооценка и критика к болезни.* Адекватная. Больная не отрицает своего заболевания, считает себя «алкоголичкой». Говорит, что хочет избавиться от этой привычки. На вопрос, пыталась ли она самостоятельно перестать употреблять алкоголь, отвечает, что конечно пыталась неоднократно. При ответе на специальную анкету в разделе отношение к болезни отметила, что старается перебороть болезнь и всеми силами старается не поддаваться болезни. В то же время обращение в больницу было сделано по инициативе родственников.

*Данных объективного осмотра:*

При перкуссии печени по Курлову размеры печени:

* по срединно-ключичной линии – 13 см;
* по срединной линии – 10 см;
* по левой реберной дуге – 8 см.

Нижний край печени по правой срединно-ключичной линии выступает за пределы реберной дуги на 2 см. При пальпации край печени острый, плотный, ровный, безболезненный.

*Квалификации симптомов:*

1)психическая зависимость от алкоголя

2)повышение толерантности к алкоголю

3)физическая зависимость от алкоголя;

4)Изменение картины опьянения

5)соматические осложнения алкоголизма

6)Ложные запои

7)Социальная дезадаптация

*Синдромальной оценки психического состояния:*

Основные синдромы, присутствующие у больной – синдром зависимости от алкоголя и абстинентный синдром.

Этап болезни манифестный, так как у больной уже сформировались типичные для синдрома алкогольной зависимости и абстиннтного синдрома симптомы (психическая и физическая зависимость от алкоголя, повышение толерантности к алкоголю, после прекращения приема алкоголя или резком снижении его дозы у больной отмечаются следующие симптомы : тремор рук, головные боли, нарушение сна , упадок сил, злобное настроение, боли в области сердца, повышена АД, эпизоды галлюцинаций .Течение болезни непрерывное, так как пациентка употребляет алкоголь ежедневно непрерывно на протяжении 3 лет. Развитие болезни прогредиентное, степень прогрессирования высокая ( развитие в короткие сроки).

*На основании дифференциальной диагностики* в рамках синдрома отмены с синдромом отмены при опийной наркомании, кокаиновой наркомании, каннабиоидной наркомании, барбитуровой наркомании.

Можно выставить диагноз: «Алкоголизм II стадии, непрерывное течение, высокая степень прогредиентности»

**План дополнительного обследования**

1. Лабораторные методы исследования

кровь

- общий анализ

- биохимический анализ

- коагуллограмма

- на ВИЧ, гепатиты, RW.

моча

- общий анализ

2. Консультация специалистов

- кардиолог

3. УЗИ органов брюшной полости

4. ЭКГ

**Лечение**

**3 этапа лечения.**

Основная задача I этапа - устранение последствий массивной интоксикации алкоголем и купирование острых психологических расстройств, возникших у больных алкоголизмом вследствие его лишения.

# Rp.: Sol. Sol.Thiamini hydrochloridi 5%-1.0 D. t. d. N. 20 in ampull. S. Вводить внутримышечно по 1 мл 2 раза

# Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 1 % 1 ml D. t. d. N. 20 in ampull. S. Вводить внутримышечно по 1 мл 2 раза

Rр.: Sol. Тосоpheroli асеtatis oleosa in capsulis 0,2 N. 100

D.S. По 1 капсуле 3 раза в день

# Rp.: Sol. Unitioli 5 % 10 ml D. t. d. N. 20 in ampull. S. Вводить внутривенно 2 раза в день

# Rp.: Sol. Glucosae -200.0

# Sol. Acidi ascorbibninci 5%-2.0D. t. d. N. 20 in ampull. S. Вводить внутримышечно по 1 мл 2 раза

# Rp.: Sol. magnesii sulfatis 25 % 10 ml D. t. d. N. 20 in ampull. S. Вводить внутривенно 2 раза в день

# Rp.: Tabl. Diazepami 0.05D. t. d. N. 20 in tabl. S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день

На II этапе первостепенными задачами лечения являются подавление патологического влечения к алкоголю и коррекция психологических и соматических нарушений (психотерапия, условно-рефлекторная терапия, сенсибилизирующая терапия).

III этап - профилактическая терапия.