**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст:18 лет, 22.05.1985 г/р

3. Пол: женский

4. Национальность: башкирка

5. Профессия: учащаяся средней школы (10 класс)

6. Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Направлена: районным психиатором

8. Госпитализирована: в добровольном порядке

9. Поступила первично

10. Поступила в стационар: 20сентября 2003 года

11. Отделение № 18 (Ж)

**II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОЙ**

На момент курации не предъявляет. Высказывает нежелание находиться в психиатрической больнице.

**III. АНАМНЕЗ СО СЛОВ БОЛЬНОЙ**

**1. Семейный анамнез**

Наследственность отягощена со стороны отца – старшая сестра отца страдает шизофренией. Родители психическими заболеваниями не страдают, в разводе, отец злоупотреблял алкоголем. Сифилис, гепатит, туберкулез отрицает. Попыток самоубийства, странностей в поведении не отмечает среди родственников.

**2. Анамнез жизни больного (со слов больной)**

Родилась вторым ребенком в семье, первая беременность окончилась своевременными родами. Беременность протекала нормально, без особенностей, мать во время беременности инфекционными заболеваниями не болела. Роды без осложнений, в срок. Раннее развитие соответственно возрасту. Прорезывание зубов - нижние два резца прорезались в 6 месяцев, прорезывание остальных зубов без особенностей, соответственно возрасту. Ходить начала в год, сразу, не ползала. Развитие рано. Посещала детский сад с 3-х лет. Ничем не отличалась от остальных детей. Питание в детском возрасте было полноценным (со слов пациентки). Ночных страхов, припадков, ночного недержания мочи не было. Первые признаки полового созревания появились в 11 лет. Половой жизнью не жила и не живет в данный момент. Воспитание как у всех детей (со слов пациентки). Семьей удовлетворена.

*Гинекологический анамнез*: менархе с 13 лет, регулярные, раз в 28 дней, безболезненные. Беременностей, абортов, родов не было. *Вредные привычки:* алкоголь не употребляет, курит около 7 сигарет в день. *Аллергологический анамнез:* аллергических реакций на лекарственные препараты больная не отмечает. *Наследственность:* отягощена со стороны отца – старшая сестра страдает шизофренией. *Бытовой анамнез:* жилищно-бытовые условия удовлетворительные - теплый благоустроенный дом (общ. площадь 54 м2). Профессиональный анамнез: в школу пошла с 7 лет, училась на отлично. В 2001 г окончила 9 классов и поступила в техникум по специальности экономика, но так как занимается профессионально шашками (чемпионка РБ по шашкам 2003 г, второе место по РФ за 2003 г) не смогла учиться и бросила техникум, поступив в вечернюю школу.

Перенесенные заболевания ОРВИ, ОРЗ, аппендоэктомия в 1995 г, сифилис, гепатит, туберкулез отрицает. Гемотрансфузий ранее не проводилось.

*Особенности характера до болезни:* (со слов матери) - больная была замкнутой, необщительной, сторонилась сверстников, считала их вульгарными и недостаточно интеллектуальными. В учебе в последнее время инициативы не проявляла, но всегда прилежно выполняла свою работу. Также больная быстро утомлялась, выносливой не была, раздражительна, эмоциональна, часто плакала без видимых причин, к новым условиям жизни приспосабливалась всегда очень медленно. По словам матери дочь очень впечатлительна, мнительна. Спала спокойно до недавнего времени, просыпалась обычно медленно.

**IV. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболевание началось впервые. 3 сентября поехала одна на соревнования по шашкам в г. Евпаторию, где уставала, находилась в постоянном напряжении. Состояние изменилось остро с 11 сентября, когда стало казаться, что за ней следят, установили в номере видеокамеру, сняли ее близость с парнем, а зате333м смонтировали видеопленку и показывали в гостинице, на соревнованиях, чтобы представить ее в негативном свете. Слышала «голоса» осуждающего характера со стороны окружающих людей, которые называли ее «шалавой». Очень переживала по этому поводу. Испытывала данные переживания и по пути домой, в поезде казалось, что видеопленку показывают и здесь в каждом купе, в вагоне-ресторане. Казалось, что пассажиры ее осуждают и считают «шалавой», говорят о ней за ее спиной, оглядываются на нее. На вокзале в Уфе и дома в Ишимбае все смотрят на нее все про нее знают, на улице, казалось, что на нее показывают пальцем. Дома несколько дней не ела, сильно похудела, не спала 3-е суток, беспокоилась, постоянно плакала, высказывала мысли о нежелании дальше жить. Мать разговаривала с тренером и считает, что какие-то действия с целью очернить чемпионку РБ были возможны. Мать показала свою дочь районному психиатору, просила не афишировать данный инцидент. Из ЦРБ дано направление на лечение в РПБ.

Госпитализирована в добровольном порядке, после долгих уговоров матери.

**V. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Общий осмотр: состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение астеническое, пониженного питания. Толщина кожной складки у реберной дуги составляет 0,8 см. Осанка сутуловатая. Температура тела на момент осмотра 36,70С. Форма шеи обычная, контуры ровные. Щитовидная железа не определяется. Пальпируется ее перешеек однородной, мягкоэластической консистенции, безболезненный, легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими тканями. Кожные покровы бледного цвета, сухие, тургор снижен. Видимые слизистые: розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка: развита слабо. Лимфатические узлы: подмышечные, паховые, бедренные, подчелюстные справа и слева пальпируются как эластичные, 1см в диаметре безболезненные, не спаянные с кожей образования. Мышцы на конечностях атрофичны. Тонус снижен на верхних и нижних конечностях. Форма костей скелета правильная, без утолщений и болезненности при пальпации. Суставы подвижные, безболезненные. Объем пассивных движений в суставах полный.

*Система органов дыхания:*

Дыхание через нос свободное. Форма грудной клетки астеническая. Над- и подключичные ямки сильно выражены. Межреберные промежутки до 1 см. Эпигастральный угол острый. Лопатки и ключицы выступают. Грудная клетка: симметрична, поперечные размеры несколько преобладают над переднезадними.

ЧД - 20/мин. Дыхание поверхностное, ритмичное. При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Голосовое дрожание одинаково в симметричных отделах легких справа и слева. Не усилено и не ослаблено. Перкуторный звук ясный легочный на обоих легочных полях. Дыхание везикулярное. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония одинакова с обеих сторон.

*Система органов кровообращения:*

Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье слева на среднеключичной линии. Площадь ограниченная, 1,5см2. При перкуссии границы относительной и абсолютной тупостей сердца не изменены. При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Сердечные сокращения аритмичные, ЧСС 65/мин. Тоны сердца ясные. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого. На периферических артериях и луковицах яремных вен шумы не определяются. Артериальное давление на момент осмотра 90/60 мм рт ст.

*Система органов пищеварения.*

Полость рта влажная, слизистая розового цвета, блестящая.. Язык обложен белым налетом у корня. Миндалины не выступают за пределы небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен. Голос соответствует полу. При осмотре живот мягкий, болезненный, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии границы печени в пределах нормы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.. Пальпация в зоне Шоффара безболезненна. При пальпации печени ее край не выступает за пределы реберной дуги; край острый, ровных контуров, мягкой консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация его проекции безболезненна. Селезенка в положениях на спине и на боку не пальпируется.

*Система половых органов.*

Вторичные половые признаки выражены удовлетворительно: оволосение по женскому типу, грудные железы не увеличены, форма сосков округлая, грудные железы не пигментированы.

*Система органов мочеотделения:*

При осмотре поясничной области видимых патологий в виде припухлости, болезненности, покраснения не выявлено. Симптом поколачивания области почек отрицательный с обеих сторон. Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек (верхних и нижних) с обеих сторон безболезненна. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют.

*Эндокринная система.*

Щитовидная железа не пальпируется, перешеек мягкоэластичной консистенции, безболезненный, пальпируется на уровне перстневидного хряща трахеи. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Пропорциональность длины отдельных частей тела не нарушены.

*Нервная система.*

**Черепные нервы:** Зрение. Ориентировочно поля зрения без изменений. Цветоощущение не нарушено: цвета предлагаемых предметов определяет правильно. Глазные щели равномерные. Форма зрачков круглая, величина правого и левого зрачка одинаковая. Зрачковые реакции на свет: прямая и содружественная не нарушены. Конвергенция возможна при приближении карандаша на расстоянии 5 см. Симптом Арджилл-Робертсона (прямой и обратный) отрицательный Объем движения глазных яблок полный. Объем болевой, температурной, тактильной чувствительности в зонах иннервации тройничного нерва - на лице, волосистой части головы в лобно-теменной области по ветвям и сегментам (зоны Зельдера), на языке не изменен. Пальпация супра-, инфраорбитальных, ментальных точек безболезненна. Объем движений нижней челюсти полный. Корнеальный (справа и слева), конъюнктивальный (справа и слева), нижнечелюстной - рефлексы живые. Лицо симметричное, брови на одном уровне, глазные щели одинаковой ширины, носогубные складки умеренно выражены, симметричны. Объем движения мимической мускулатуры полный. Вкус не нарушен.

Слуховой паспорт:

**AS**  **AD**

**6 м Ш. Р. 6 м**

**6 м Р. Р. 6 м**

Наличие системных головокружений, тошноты, рвоты, непереносимости транспорта, нарушении равновесия больная отрицает. Спонтанный нистагм в вертикальном и горизонтальном положении не выявляется. В позе Ромберга устойчива. Динамической атаксии не выявлено. Мягкое небо равномерно свисает, при фонации равномерно поднимается. Глоточные рефлексы живые. Глотание не нарушено. Положение головы в вертикальном и горизонтальном положении не изменено. **Движения**: Больная удовлетворительно выполняет пожимание плечами, поднимание рук выше горизонтальной линии. Объем движений языка полный, при высовывании язык расположен по средней линии, девиации не наблюдается. Артикуляция речи удовлетворительная. Сила мышц снижена на верхних и нижних конечностях. При осмотре больной, общении с ней гиперкинезы не выявляются. Пассивные движения: характерен избыточный объем движений в суставах верхних и нижних конечностей. Координация движений: *пальце-носовая проба* - больная с открытыми и закрытыми глазами поочередно правой и левой рукой точно попадает в свой кончик носа указательным пальцем. Интенционного тремора при выполнении пробы не выявлено; *указательная проба* - выполняет точно с открытыми и закрытыми глазами; *пяточно-коленная проба*- выполняет точно, интенционного тремора не отмечается. Дисметрия: *проба на гиперметрию* - гиперметрии не выявлено. *Адиадохокинеза* не выявлено. Рефлекс Ромберга отрицательный. Речь плавная, спонтанная, не затруднена.

*Рефлексы.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название рефлекса | **DEXTER** | **SINISTER** |

***ПЕРИОСТАЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| С шиловидных отростков лучевой и локтевой костей | D=S, гипорефлексия |

***СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Бицепс-рефлекс | D=S, гипорефлексия |
| Трицепс-рефлекс | D=S, гипорефлексия |
| Коленный | D=S, гипорефлексия |
| Ахиллов | D=S, гипорефлексия |

***СУСТАВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Рефлекс Майера | D=S, гипорефлексия |
| Рефлекс Лери | D=S, гипорефлексия |

***КОЖНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Брюшные:  верхний  средний  нижний | D=S, живые |
| Подошвенные | D=S, гипорефлексия |

***ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ***

КИСТЕВЫЕ

гомологи стопных сгибательного типа

|  |  |
| --- | --- |
| Россолимо-Вендеровича | Отсутствует |
| Жуковского-Корнилова | Отсутствует |

СТОПНЫЕ

сгибательные

|  |  |
| --- | --- |
| Россолимо | Отсутствует |
| Бехтерева | Отсутствует |
| Жуковского-Корнилова | Отсутствует |

СТОПНЫЕ

разгибательные

|  |  |
| --- | --- |
| Бабинского | Отсутствует |
| Оппенгейма | Отсутствует |
| Гордона | Отсутствует |

***РЕФЛЕКСЫ ОРАЛЬНОГО АВТОМАТИЗМА***

|  |  |
| --- | --- |
| Сосательный | Отсутствует |
| Хоботковый | Отсутствует |
| Маринеско-Родовичи | Отсутствует |

***ЗАЩИТНЫЕ РЕФЛЕКСЫ***

|  |  |
| --- | --- |
| Рефлекс тройного укорочения | Отсутствует |
| С. разгибания | Отсутствует |

*Чувствительные функции.*

Пальпация болевых точек:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Название болевых точек*** | ***DEXTER*** | ***SINISTER*** |
| Орбитальные | Безболезненна | Безболезненна |
| Височные(в височном углублении) | Безболезненна | Безболезненна |
| Затылочные (середина расстояния между мочкой уха и возвышением затылочной кости) | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки Эрба | Безболезненна | Безболезненна |
| Болезненность по ходу сосудисто-нервного пучка плеча | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки грудинно-реберных сочленений | Безболезненна | Безболезненна |
| Паравертебральные точки | Безболезненна | Безболезненна |
| Болевая точка отечной лестничной мышцы | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки Валле | Безболезненна | Безболезненна |
| Точка грушевидной мышцы (пересечение медиан треугольника, в углах которого находится задняя верхняя ость подвздошной кости, большой вертел и седалищный бугор) | Безболезненна | Безболезненна |
| Точки межреберных нервов (по среднеключичной, среднеподмышечной и среднелопаточной линиям) | Безболезненна | Безболезненна |
| Точка бедренного нерва | Безболезненна | Безболезненна |

Симптомы натяжения нервных стволов отрицательные.

*Чувствительность:* поверхностная - тактильная, болевая, температурная не изменены. Глубокая - суставно-мышечное чувство, чувство давления, чувство веса - не нарушены. Сложная - чувство локализации, чувство дискриминации, двумерно-пространственное чувство, стереогноз не нарушены. Менингеальные симптомы орицательные. *Вегетативно-трофические функции*: дермографизм: местный - парадоксальный (белый на туловище, красный на конечностях), рефлекторный дермографизм сохранен во всех рефлекторных зонах. Салоотделение кожи снижено, особенно на тыльной поверхности кистей и на передней поверхности кожи голеней. Кожа на ощупь сухая, тусклая, без характерного блеска. Саливация снижена (в настоящий момент больная отмечает сухость во рту). У больной наблюдается гипергидроз конечностей - ладонной поверхности кистей и подошв.

Проба Ашнера: при надавливании на переднебоковые отделы глазных яблок в течении 20 сек пульс замедляется на 6 уд./мин.

*Высшие корковые функции.*

Речевые функции:

1. **Рецептивная речь**: больная хорошо понимает предлагаемые слова, объясняет их смысл, показывает названные предметы правильно, выполняет простейшие задания (дайте ручку, покажите на ложку). Различает близкие фонемы (ба-па, ло-мо, да-та). Смысл умышленно извращенных слов (например, птул, допаты, пвойник) понимает верно. Правильно понимает логико-грамматические структуры и хорошо дифференцирует падежные окончания (т. е. выполняет следующие задания - покажите ручкой карандаш, покажите карандашом ручку и др.)Понимает и выполняет осмысленные инструкции ( по просьбе прикасается пальцем к уху и др.).
2. **Моторика речи**: речь правильная, спонтанная, без затруднений. Повторяет отдельные слоги, короткие слова, простые фразы правильно. Показываемые предметы называет правильно, без ошибок. Рядовая и автоматизированная речь не нарушена: больная довольно свободно перечисляет дни недели, месяцы года. Из предложенного набора слов составляет правильные осмысленные фразы.
3. **Лексия**. Вслух читает без ошибок, достаточно бегло, правильно осмысляет прочитанное, пересказывает содержание. На бессмысленные фразы и фразы с грамматическими ошибками реагирует адекватно: вносит грамматические и смысловые исправления.
4. **Калькулия**. Записывает под диктовку и прочитывает записанные одно- и многозначные числа. Правильно воспроизводит таблицу умножения. Вычитает и складывает простейшие однозначные числа.
5. **Праксис**. Больная умывается, причесывается, одевается самостоятельно. С реальными предметами манипулирует правильно. Правильно подражает показным действиям. Выполняет без ошибок следующие действия (как погрозить пальцем, как пить воду из стакана, как забить гвоздь и др.).
6. **Гнозис**. Узнавание окружающей среды по чувствственным восприятиям не нарушено. Больная узнает лицо лечащего врача, лица соседок по палате, правильно определяет предметы по их характерному звуку (часы, машина, собака), определяет предметы ощупыванием с закрытыми глазами правильно. Аутотопогнозия не нарушена: больная хорошо ориентируется в отношении своих конечностей. По заданию показывает правой рукой левое ухо, левой рукой - правую ногу и др.

**VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Клинический анализ крови от 21.09.2003*

гемоглобин 146 г\л, эритроциты 4.7 х 1012/л, цветной показатель 0.96,

количество лейкоцитов 3 х 109/ л, эозинофилы 1, сегментоядерные 56,

лимфоциты 35, моноциты 4, СОЭ 7 мм\ч

*Анализ мочи от 20.09.2003*

цвет светло-желтый, реакция кислая, удельный вес 1012,

белок 0.033 г\л, сахар 0, лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения, эпителий плоский 1-3 в поле зрения

*Биохимический анализ крови от 21.09.2003:*

мочевина 6.4 – норма, креатинин 0,07 - норма, холестерин 8.3 норма

билирубин 10.88 – норма, АЛТ - 0.4 - норма

*Электрокардиография* от 20.09.2003. RR=0.80,PQ=0.16, ЧСС 0.34 QT 0.33, QRS 0.064

Заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту.

*УЗИ* от 23.09.2003. ОБП без особенностей. Почки обычной формы, чашечно-лоханочная система не расширены. Надпочечники - норма.

*Рентгенография ОГК*(28.09.2003): органы грудной клетки без патологий.

Кровь на RW, Hbs-антиген, ВИЧ - отрицательная (25.09.2003).

РЭГ (24.09.2003):Пульсовое кровенаполнение полушарий головного мозга равномерное, D=S. Тонус артерий не нарушен. Нарушение венозного оттока из правого полушария.

Кал на яйца глист (29.09.2003) отр.

Осмотр гинеколога (22.09.2003) Закл: здорова.

***Психический статус.***

Контакту доступна, на беседу пошла с инициативой. Внешне опрятна, сидит на кровати, отвернувшись, время от времени прикрывает рот рукой. Мимика печальная, мимика живая, голос тихий, самомодулируемый. Не тревожна, взгляд спокойный. На вопросы отвечает охотно, хронологию событий не путает, может четко описать свои ощущения.

Сознание не нарушено. Правильно ориентирована в пространстве и во времени, собственной личности. Двигательно спокойна.

Суждения и умозаключения правильные. Смысл поговорки “без труда не вытащишь и рыбку из пруда” объясняет следующим образом “если хочешь что-то сделать хорошо, то надо над этим потрудиться”. Метафору “ волчий аппетит” объясняет так “это когда человек очень хочет есть, он ест очень много, как голодный волк”. Способность к абстрактному мышлению и размышлению на отвлеченные темы сохранена.

Запас знаний соответствует образованию. Больная любит шить, читает детективы, однако книги до конца не дочитывает. Запас ранее приобретенных знаний сохранен – правильно называет имена кураторов, которые ей сообщили в начале беседы.

Мыслительные процессы логичные. Ориентирована в главных и второстепенных признаках предметов и понятий. Способна выполнить обобщение высшего порядка. Устанавливает причинно-следственную зависимость по серии сложных картин. Устанавливает юмористический характер сюжетов.

Правильно выполняет пробы на исключение по предложенным картинкам:

(кепка, фуражка, шапка, сапоги) - исключает сапоги «так как остальные - головные уборы»;

(индюк, петух, курица, яйца) - исключает яйца « потому что это птицы, а яйца- еще не родившиеся птицы»

(солнце, свеча, эл. лампа, керосинка) - исключает солнце, «так как оно от природы»

(лошадь, тигр, волк, слон) - исключает слона, «так как слон живет в Африке»

(роса, иней, лед, пыль) - исключает пыль, «так как более инородное, а остальные из воды более однородные»

(книга, портфель, кошелек, чемодан) - исключает книгу, «так как книгу можно положить во все остальное».

Объем непосредственного механического запоминания до 10 слов, отсрочено воспроизводит до 8 слов. Показатели оперативной памяти: из 10 предложенных слов сразу воспроизводит 9 слов, затем 8 слов. Счет по Крепелину выполняет быстро, равномерно, с незначительными ошибками в вычислениях к концу счета. Эмоциональный фон снижен, хочет домой. Настроение подавлено, на момент беседы суицидальные мысли отрицает, говорит, что будет жить и играть в шашки назло всем тем кто с нею так поступил. Пространно рассуждает о суицидальной попытке: «хотела вены себе порезать, да испугалась…». Объясняет решение уйти из жизни с тем оскорблением, что перенесла в г. Евпатории и в Ишимбае.

Расстройств внимания нет. Во время беседы не отвлекалась на посторонние темы.

Речь спокойная, мимика живая.

Расстройств влечения не вывявлено.

Аппетит не нарушен.

Сон не нарушен.

К своей болезни относится критически, считает пребывание в стационаре необходимым. На данный момент считает себя полностью выздоровевшей. Строит планы на будущее – хочет получить высшее образование. Суицидальных мыслей сейчас не высказывает.

**VI. Дневник.**

30.10.2003. Контакту доступна, внешне опрятна, участвует в уборке палат, в разговоры с соседками по палате вступает охотно, беседу ведет активно, на вопросы отвечает. На вопрос - «чем занимаетесь в свободное время?» отвечает: «рисуем, смотрим телевизор в столовой». При вопросах о самочувствии переживания по поводу своего «заболевания» активно не раскрывает, полагает, что уже вылечилась, спрашивает, когда ее выпишут. Суицидальные устремления не высказывает. Ночной сон без сновидений, не нарушен. Поведение спокойное. Лекарства принимает самостоятельно. Режим БII-1.

01.11.2003 Настроение ровное. Общительна, приветлива. Участвует в трудовом процессе. Поведение упорядочено. В общении сдержанна, уравновешена. Переживания раскрывает охотно. Болезненные идеи редуцируются. Критика к своему поведению восстанавливается. Строит реальные планы на будущее. Аппетит и сон хорошие. Кошмарные сноведения прошли. Режим БII-1.

03.11.2003 Контакту доступна, внешне опрятна, беседу ведет активно, на вопросы отвечает охотно. На вопросы о состоянии своего здоровья отвечает с тоской, жалуется «что хочет домой, устала я от этой больницы...». Суицидальные устремления не высказывает. Ночной сон без сновидений, не нарушен. Поведение спокойное. Физиологические отправления в пределах нормы. Лечение: Таб. Циклодола 2 мг в день, витамины, режим БII-1.

**VII. Клинический диагноз и его обоснование.**

1. наличие жалоб на раздражительность, беспокойство, рассеянность, повышенную утомляемость, позволяет утверждать о наличии астенического симптомокомплекса;
2. гипобулия;
3. галлюцинации - «голоса» осуждающего характера

учитывая социальную дезадаптацию, острое развитие заболевания в течение 3-4 дней, наличие в клинической картине вербальных галлюцинаций, бредовых переживаний осуждения, эмоциональное снижение, выраженные аффективные расстройства с суицидальной попыткой можно выставить следующий клинический диагноз:

Острое преимущественно бредовое психотическое расстройство, при наличии ассоциированного острого стресса. F23.21

**VIII. Дифференциальный диагноз.**

Острое бредовое психотическое расстройство следует дифференцировать прежде всего с **приступообразной шизофренией** (острый полиморфный синдром). Этот синдром также начинается остро: в течение нескольких дней и удерживается несколько недель. На фоне бессонницы, тревоги, растерянности, недопонимании происходящего проявляется крайняя эмоциональная лабильность: без причины страх чередуется с эйфорией, плач и жалобы – со злобной агрессией. Бредовые высказывания отрывочны, не складываются в определенную систему, одна бредовая идея сменяет другую и может тотчас же забываться. Наблюдаются слуховые, обонятельные, редко зрительные галлюцинации. В нашем случае у больной наряду с беспокойством, бессонницей, тревогой отсутствует крайняя эмоциональная лабильность. Бред у Дусмеевой упорядочен, в нем сохранена логика. Также у нее возникали вербальные галлюцинации, осуждающего характера (бред отношения), что редко возникает у больных с приступообразной шизофренией (чаще у них бред преследования, бред зараженности и т.п.).

Различные **органические поражения мозга** могут также давать аналогичную картину в поведении. Однако, симптоматика при этом не возникает так остро, как в данном случае. Она развивается постепенно в течение нескольких недель, месяцев. Также необходимо тщательно собрать анамнез заболевания. Не предшествовали заболеванию черепно-мозговые травмы, сотрясения, ушибы головного мозга, контузии. Как правило, органическое поражение, например, опухоль головного мозга дает еще локальную - неврологическую симптоматику. А в данном случае мы таковой не видим.

**Параноидный синдром** с вербальными галлюцинациями очень похож на острое психотическое расстройство. Но при параноидном синдроме в высказываниях больных наблюдаются противоречия, случайные выводы, мышление их отличается фрагментарностью, непоследовательностью. Бред у них стоек. Характерна непреклонная уверенность больных в совершенной адекватности их бредовых построений. Видов бреда много, но для любого из них характерны четыре особенности: нелепость содержания; возникновение на болезненной основе, когда помимо бреда у больных обнаруживаются симптомы, характеризующие то или иное психические заболевание; контраст бредовых высказываний и прошлого жизненного опыта больного; недоступность бреда коррекции путем логического доказательства, разубеждений, приведения разумных доводов. В нашем случае мы не можем проверить достоверность слов больной, однако, тренер предположил такое развитие событий вполне возможным. Других симптомов психических заболеваний мы также не обнаружили. Нет того контраста бредовых высказываний и прошлого жизненного опыта больной (бред выглядит вполне «логичным»), который описывается при характеристике параноидного синдрома.

**IX. СОЦИАЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

Лечение складывается из биологической терапии (психотропные лекарственные средства, шоковые методы и др.), психотерапии и специальных мер и методов, направленных на социальную адаптацию больного. Их комплекс получил название реабилитация.

Психотропные средства являются основным способом лечения. Выбор их определяется ведущей симптоматикой. В данном случае, при наличии астенического и бредового синдрома требуется назначение нейролептиков и антидепрессантов.

Rp.: Tab. Cyclodoli 0,002 mg №50

DS: внутрь по 1 таблетке днем после обеда

Rp: Tab. Triftazini 7,5 N 100

DS: по 1 таб утром 1 раз в сутки.

Rp.: Tab Sonapaxi 0.025 №50

DS: по 0,5 таблетки утром и вечером

Психотерапия при остром расстройстве психики является вспомогательным, но тем не менее весьма необходимым средством. Ее значение возрастает по мере выхода из острого психотического состояния. При неполных ремиссиях на фоне поддерживающей терапии психотропными средствами регулярная психотерапия может оказаться решающим фактором в предотвращении рецидивов и опасных действий больных, например суицидов.

Реабилитация подразумевает комплекс мероприятий по возможному сохранению, а при утрате - восстановлению, хотя бы частичному, социального статуса больного, включая его трудоспособность, семейные отношения, активную жизнь в обществе. По мере улучшения состояния больных их можно привлекать к труду (трудотерапия), включая также, если это необходимо, обучение новой профессии. Трудовые ограничения должны распространяться на те сферы деятельности, где возможное внезапное ухудшение состояния больного грозит опасностью для него или для других (например, вождение транспорта). Напряженные умственные нагрузки не рекомендуются.

Для общеукрепляющего действия:

Rp.: Dr. Undeviti №100

DS: внутрь по одному драже 1 раз в день,

Rp.: Calcii gluconatis 0.25 №50

DS: внутрь по 2 таблетки 1 раз в день

**X. ПРОГНОЗ**

Прогноз в отношении **жизни** благоприятный, в отношении **здоровья** благоприятный, в отношении **течения заболевания** благоприятный.

Прогноз **трудоспособности** благоприятный.

**Судебно-психиатрическая экспертиза** – больная вменяема.

**XI. ЭПИКРИЗ**

Больная Дусмеева Р.М., 18 лет, поступила в РПБ 20.09.2003 по направлению районного психиатора Ишимбайского района РБ в добровольном порядке с диагнозом: Острое расстройство психики на фоне психической травмы.

Поступила с жалобами на «голоса» осуждающего характера, которые называют ее «шалавой», также на беспокойство, бессонницу, тревогу, подавленное настроение. Были разговоры о нежелании жить, покончит собой.

Из анамнеза: Заболевание началось впервые. 3 сентября поехала одна на соревнования по шашкам в г. Евпаторию, где уставала, находилась в постоянном напряжении. Состояние изменилось остро с 11 сентября, когда стало казаться, что за ней следят, установили в номере видеокамеру, сняли ее близость с парнем, а зате131313м смонтировали видеопленку и показывали в гостинице, на соревнованиях, чтобы представить ее в негативном свете. Слышала «голоса» осуждающего характера со стороны окружающих людей, которые называли ее «шалавой». Очень переживала по этому поводу. Испытывала данные переживания и по пути домой, в поезде казалось, что видеопленку показывают и здесь в каждом купе, в вагоне-ресторане. Казалось, что пассажиры ее осуждают и считают «шалавой», говорят о ней за ее спиной, оглядываются на нее. На вокзале в Уфе и дома в Ишимбае все смотрят на нее все про нее знают, на улице, казалось, что на нее показывают пальцем. Дома несколько дней не ела, сильно похудела, не спала 3-е суток, беспокоилась, постоянно плакала, высказывала мысли о нежелании дальше жить. Мать разговаривала с тренером и считает, что какие-то действия с целью очернить чемпионку РБ были возможны. Мать показала свою дочь районному психиатору, просила не афишировать данный инцидент.

Краткие биографические данные: родилась в1985 году. Из семьи служащих. Беременность у матери протекала без особенностей. Роды протекали без осложнений. Росла и развивалась соответственно возрасту. *Развитие в раннем детстве:* прорезывание зубов - нижние два резца прорезались в 6 месяцев, прорезывание остальных зубов без особенностей, соответственно возрасту. Первые признаки полового созревания появились в 11 лет. Половой жизнью не жила и не живет в данный момент (со слов больной). *Гинекологический анамнез*: менархе с 13 лет, регулярные, раз в 28 дней, безболезненные. Беременностей, абортов, родов не было. *Вредные привычки:* алкоголь не употребляет, курит около 7 сигарет в день. *Аллергологический анамнез:* аллергических реакций на лекарственные препараты больная не отмечает. *Наследственность:* отягощена со стороны отца – старшая сестра страдает шиофрнией. *Бытовой анамнез:* жилищно-бытовые условия удовлетворительные - теплый благоустроенный дом (общ. площадь 54 м2). Профессиональный анамнез: в школу пошла с 7 лет, училась на отлично. В 2001 г окончила 9 классов и поступила в техникум по специальности экономика, но так как занимается профессионально шашками (чемпионка РБ по шашкам 2003 г, второе место по РФ за 2003 г) не смогла учиться и бросила техникум, поступив в вечернюю школу. Перенесенные заболевания ОРВИ, ОРЗ, аппендоэктомия в 1995 г, сифилис, гепатит, туберкулез отрицает. Гемотрансфузий ранее не проводилось.

*Особенности характера до болезни:* (со слов матери) - больная была замкнутой, необщительной, сторонилась сверстников, считала их вульгарными и недостаточно интеллектуальными. В учебе в последнее время инициативы не проявляла, но всегда прилежно выполняла свою работу. Также больная быстро утомлялась, выносливой не была, раздражительна, эмоциональна, часто плакала без видимых причин, к новым условиям жизни приспосабливалась всегда очень медленно. По словам матери дочь очень впечатлительна, мнительна. Спала спокойно до недавнего времени, просыпалась обычно медленно.

Психический статус**:** Контакту доступна, на беседу пошла с инициативой. Внешне опрятна, сидит на кровати, отвернувшись, время от времени прикрывает рот рукой. Мимика печальная, мимика живая, голос тихий, самомодулируемый. Не тревожна, взгляд спокойный. На вопросы отвечает охотно, хронологию событий не путает, может четко описать свои ощущения.

Сознание не нарушено. Правильно ориентирована в пространстве и во времени, собственной личности. Двигательно спокойна.

Суждения и умозаключения правильные. Смысл поговорки “без труда не вытащишь и рыбку из пруда” объясняет следующим образом “если хочешь что-то сделать хорошо, то надо над этим потрудиться”. Метафору “ волчий аппетит” объясняет так “это когда человек очень хочет есть, он ест очень много, как голодный волк”. Способность к абстрактному мышлению и размышлению на отвлеченные темы сохранена.

Запас знаний соответствует образованию. Больная любит шить, читает детективы, однако книги до конца не дочитывает. Запас ранее приобретенных знаний сохранен – правильно называет имена кураторов, которые ей сообщили в начале беседы.

Мыслительные процессы логичные. Ориентирована в главных и второстепенных признаках предметов и понятий. Способна выполнить обобщение высшего порядка. Устанавливает причинно-следственную зависимость по серии сложных картин. Устанавливает юмористический характер сюжетов.

Правильно выполняет пробы на исключение по предложенным картинкам:

(кепка, фуражка, шапка, сапоги) - исключает сапоги «так как остальные - головные уборы»;

(индюк, петух, курица, яйца) - исключает яйца « потому что это птицы, а яйца- еще не родившиеся птицы»

(солнце, свеча, эл. лампа, керосинка) - исключает солнце, «так как оно от природы»

(лошадь, тигр, волк, слон) - исключает слона, «так как слон живет в Африке»

(роса, иней, лед, пыль) - исключает пыль, «так как более инородное, а остальные из воды более однородные»

(книга, портфель, кошелек, чемодан) - исключает книгу, «так как книгу можно положить во все остальное».

Объем непосредственного механического запоминания до 10 слов, отсрочено воспроизводит до 8 слов. Показатели оперативной памяти: из 10 предложенных слов сразу воспроизводит 9 слов, затем 8 слов. Счет по Крепелину выполняет быстро, равномерно, с незначительными ошибками в вычислениях к концу счета. Эмоциональный фон снижен, хочет домой. Настроение подавлено, на момент беседы суицидальные мысли отрицает, говорит, что будет жить и играть в шашки назло всем тем кто с нею так поступил. Пространно рассуждает о суицидальной попытке: «хотела вены себе порезать, да испугалась…». Объясняет решение уйти из жизни с тем оскорблением, что перенесла в г. Евпатории и в Ишимбае.

Расстройств внимания нет. Во время беседы не отвлекалась на посторонние темы.

Речь спокойная, мимика живая.

Расстройств влечения не вывявлено.

Аппетит не нарушен.

Сон не нарушен.

К своей болезни относится критически, считает пребывание в стационаре необходимым. На данный момент считает себя полностью выздоровевшей. Строит планы на будущее – хочет получить высшее образование. Суицидальных мыслей сейчас не высказывает.

В настойщее время получает психотропные вещества:

**Rp**.: Tab. Cyclodoli 0,002 mg №50

DS: внутрь по 1 таблетке днем после обеда

**Rp:** Tab. Triftazini 7,5 N 100

DS: по 1 таб утром 1 раз в сутки.

**Rp.**: Tab Sonapaxi 0.025 №50

DS: по 0,5 таблетки утром и вечером

Прогноз: в отношении **жизни** благоприятный, в отношении **здоровья** благоприятный, в отношении **течения заболевания** благоприятный.

Прогноз **трудоспособности** благоприятный.

**Судебно-психиатрическая экспертиза** – больная вменяема.

**Литература:**

1. М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. Психиатрия. М., 1995.
2. А.А. Кирпиченко. Психиатрия. Киев, 1989.
3. И.Я. Завилянский, В.М. Блейхер, И.В. Крук, Л.И. Завилянская. Психиатрический диагноз. Киев, 1989.
4. Материал лекций и практических занятий. Уфа, 2003