# Общие сведения.

1. ФИО: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
2. Дата поступления: *21.12.2001*
3. Возраст: *20 лет*
4. Пол: *женский*
5. Образование: *полное среднее*
6. Место работы:
7. Место жительства: *г. Омск*
8. Семейное положение: *не замужем, детей нет*
9. Диагноз при поступлении в клинику:  *Полинаркомания (опийная, кокаиновая), II стадия, с психотическими эпизодами, суицидальное поведение.*

# 19.04.2002 г.

# Жалобы

На момент курации жалоб не предъявляет.

# Anamnesis vitae

Со слов больной, родители и близкие родственники психически здоровы. Наличие среди родственников случаев самоубийств, алкоголиков, наркоманов, больных сифилисом и другими хроническими инфекционными заболеваниями, обменными расстройствами отрицает.

Родилась в Турции в 1981 году срочными родами от первой беременности (матери 25 лет). О состоянии здоровья матери во время беременности и течении родов больная не знает.

Развивалась правильно. Носовые кровотечения, снохождения, ночные страхи, энурез, судорожные явления при высокой температуре отрицает. Воспитывалась в обеспеченной семье с родителями, отношения в семье нормальные.

В школе училась хорошо, но часто сбегала с уроков математики, так как ей не нравился этот предмет. Часто конфликтовала с учителями. Помимо школы занималась каратэ-до в течение 7 лет.

Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ.

Месячные с 12 лет, установились сразу, по 28 дней, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 18 лет, без особенностей, беременности и аборты отрицает. В 1998 г. – тяжелая ЧМТ (сестра неосторожно толкнула), 5 дней находилась без сознания, отмечает длительный период амнезии, реабилитация – через 3 месяца.

Из вредных привычек – курит, употребляет опий-сырец («ханка»), героин, кокаин, крепко заваренный чай («чефир»).

# Anamnesis morbi

Пациентка в течение 19 лет проживала в Турции. Считает себя больной с 17 лет, когда, проживая в Турции, приобщилась к употреблению опия-сырца («ханка»), который употребляла в течение 1 года практически ежедневно, затем в течение 6 месяцев употребляла героин, а далее в течение года – кокаин. Родители употребления наркотиков не заметили, употребление наркотиков обнаружил тренер по каратэ-до, о чем он тут же сообщил родителям. Родители решили направить пациентку на принудительное лечение от наркомании. Пациента лечилась от наркозависимости в Турции, Германии. Несмотря на проводимое лечение, больная быстро находила знакомых, с которыми снова начинала употреблять наркотические препараты. Если пациентки не удавалось найти наркотического вещества – возникало тяжелое депрессивное состояние, сопровождающееся общей слабостью, болью в мышцах, желанием срочно ввести очередную дозу наркотика. В этом состоянии у пациентки возникали чувства ненужности, нежелания жить, идеи самообвинения и самоуничижения, что приводило к суицидальному поведению. Со слов больной – она совершила в общей сложности 6 неудачных попыток суицида (повешение, неоднократное вскрытие вен верхних и нижних конечностей, употребление больших доз лекарственных средств, нанесение удара штопором в височную область). Первая попытка суицида была в 24.04.2001 года после очередной попытки «завязать» с наркотическими препаратами, когда пациентка выпила 300 таблеток какого-то лекарства (названия точно не помнит), после чего она была доставлена в токсикологический центр, после чего была направлена в психиатрическую больницу, где находилась около 4-х месяцев. Несмотря на пребывании в психиатрической больнице продолжала употреблять наркотические препараты, которые ей передавали знакомые. После выписки продолжала употреблять наркотические препараты, затем опять «перегибалась», в декабре 2001 года - вновь попытка суицида (вскрыла вены), после чего была вновь направлена на лечение в психиатрическую больницу. В феврале 2002 года у больной возникли боли в правой подвздошной области, по поводу чего больная была доставлена в хирургическое отделение с диагнозом «Острый аппендицит». На операционном столе было обнаружено поражение правого яичника, в результате у больной был удален правый яичник. Спустя некоторое время больная была вновь доставлена в психиатрическую больницу для лечения наркомании. В психиатрической больнице около 2-х месяцев назад пациентка познакомилась с молодой женщиной, которая также употребляет наркотические препараты. Каждый день до сегодняшнего момента пациентка со своей новой соседкой употребляют в 21-00 крепко заваренный чай («чефир»), под действием которого ночью у них возникают галлюцинации в виде «чертиков», «барабашек», которые приходят к ним и «приносят дозу». Галлюцинации красочные, их видят обе пациентки, разговаривают с ними в течение всей ночи, утром пациентки ложатся спать, причем спят в течение всего дня, а просыпаются вечером, чтобы вновь пить крепко заваренный чай.

# Status praesens

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, поведение адекватное. Телосложение правильное, рост средний, тип конституции – нормостенический, походка бодрая, осанка правильная.

Кожа бледная, на внутренней поверхности обеих предплечий видны многочисленные шрамы, имеющие перпендикулярное направление по отношению к оси предплечья. Имеется шрам в правой височной области, а также шрам в области правой голени.

Мышцы нормотрофичны, развиты симметрично, при пальпации безболезненны.

*Исследование органов кровообращения*.

При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – V межреберье у правого края грудины, левая – совпадает с верхушечным толчком, V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Сердечные и внесердечные шумы не прослушиваются.

Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжённый, частота – 80 в минуту. Сосудистая стенка гладкая, эластичная. АД 110/80.

*Исследование органов дыхания*.

Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 18 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии одинаковый лёгочный звук с двух сторон.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

*Исследование органов пищеварения*.

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, дёсна розовые. Язык не увеличен, умеренно влажный, покрыт сероватым налётом.

Живот при осмотре обычного размера, овальной формы, симметричный. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет. При пальпации живот безболезненный.

Печень при пальпации мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный.

Поджелудочная железа не пальпируется. Селезёнка не пальпируется.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

*Исследование почек, мочевого пузыря*.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеточники не пальпируются. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Физиологические отправления без изменений.

# Неврологический статус

# Черепно-мозговая иннервация: зрачки округлой формы, нормальной величины, реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию положительная.

# Движение языка, глотание, фонация, зрение, слух, обоняние, вестибулярные пробы в норме.

# Двигательные функции: движения головы, конечностей и туловища в полном объёме, ускоренные.

# Мышечная сила сохранена, координация движений не нарушена, синергии отсутствуют, пальценосовая и пяточно-коленная пробы без особенностей. Симптом Ромберга отрицательный. Гиперкинезии и судорожные припадки отсутствуют.

# Сухожильные, периостальные и кожные рефлексы: живые, равномерные. Менингеальные симптомы отсутствуют, механическая возбудимость мышц и нервных стволов в пределах нормы.

# Чувствительность: расстройств чувствительности не обнаружено.

# Вегетативные расстройства: не выявлено.

# Психический статус

Сознание.

Пациентка полностью ориентируется в собственной личности, месте нахождения, лицах, ситуации, календарном времени. Она в состоянии решать мыслительные задачи, речь ее правильная, не путаная, выводы логичные, суждения правильные, т.е. мышление не фрагментарное. Признаков патологической амнезии каких-либо событий из истории жизни больной, и фрагментов разговора с пациенткой не наблюдается.

Ощущение и восприятие

Пациентка рассказывает, что после употребления «чефира» она и ее подруга четко видят появление «чертика» и «барабашек», причем не только их видят, но и слышат их и разговаривают. Данные персонажи появляются для того, чтобы «принести дозу». Данные галлюцинации очень яркие, пациентка описывает «чертика» как 20-сантиметровое существо, на голове у которого имеется лысина и маленькие рожки, что отличает его от «барабашек». А ощупь «барабашки» «пушистые и теплые» в отличие от «холодных» «чертиков». В момент появления «чертиков» и «барабашек» пациентка твердо уверена, что другие люди их также видят, поэтому во время галлюцинаций ведет себя так, словно данные персонажи полностью реальны.

Вне употребления «чефира» пациентка обманы отрицает, поведением не обнаруживает.

Заключение: экзогенные истинные зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации индуцированного характера.

Память

##### Память со слов больной стала несколько ухудшаться, в то же время прошлый опыт сохранен, запоминание и воспроизведение текущих и недавних событий в норме. Амнезии, "вытеснение", диффузные расстройства, конфабуляции, криптомнезии, гипермнезии не выявлены.

##### Тест с запоминанием десяти слов. Уровень запоминания слов высокий.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Слова для запоминания | Первая попытка | Вторая попытка |
| Дом | + | + |
| Труд |  | + |
| Спорт |  | + |
| Звук |  | + |
| Дождь | + | + |
| Боль | + | + |
| Жизнь | + | + |
| Лес | + | + |
| Конь |  | + |
| Хлеб | + | + |

##### Внимание

Внимание не страдает, однако, от проведения теста, заключающегося в отнимании от ста семи, пациентка отказалась, мотивируя это тем, что уже проводила недавно этот тест и результаты ей не понравились, к тому же пациентка негативно относится к математике.

Интеллект

В разговоре с пациенткой обращает на себя внимание тот факт, что беседа проходит с полным взаимопониманием. Больная правильно понимает и интерпретирует вопросы, ответы ее логичны. Словарный запас удовлетворительный. понимание символики слова, пословиц, поговорок, метафор в норме. Тесты на обобщение, установление сходства и различия, составление классификации без отклонений.

Исходя из анамнестических данных можно заметить, что обучалась пациентка хорошо, хотя и не любила математику. Со слов больной, она свободно говорит на русском и турецком языках (однако, на просьбу произнести что-либо на турецком, больная выдала фразу на английском языке, после же того, как ей сказали, что это английский - она быстро исправилась и произнесла фразу на непонятном языке).

Словарный запас пациентки достаточный, она свободно пользуется причастными и деепричастными оборотами; в то же время создается впечатление, что за последний период жизни пациентка мало общается и практически не получает информации о происходящих событиях в стране и в мире.

Каких-либо других увлеченностей, несвязанных с работой массажиста, в процессе общения выявить не удалось: не обнаружилось особой любви к кино, театру, заинтересованности в политике, общедоступных знаний по медицине и т.д. Из способов досуга пациентка предпочитает чтение литературы различного жанра (детективы, фантастика). К сожалению, возможности провести тесты для определения интеллектуального коэффициента (IQ) нет. Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что интеллект пациентки сохранен.

Мышление

Пациентка в беседе правильно использует термины, обозначающие конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на использование этих терминов. Больная с легкостью и правильно использует абстрактные понятия и формулировки. Мысли, высказываемые ею последовательны, не прерываются, логическая цепочка прослеживается от предложения к предложению. Больная не акцентируется на каких-то незначимых обстоятельствах, а также не склонна к немотивированному разговору об идеалистическом. Отвечая на вопросы, одинаковые ответы не используются. Мысли больной идут с нормальной скоростью, пациентка успевает полностью обдумать каждую мысль, мыслительный процесс не представляется чем-то таким, над чем следует затрачивать какую-то дополнительную энергию, он не в тягость. Суждения, высказываемые в беседе логичны, правильно сформулированы.

Эмоционально-волевая сфера

Настроение пациентки хорошее, в то же время отмечается легкая возбудимость пациентки – так, на смех рядом общающейся со студентами молодой пациентки, страдающей шизофренией с маниакально-депрессивно-бредовым синдром, возникла резко негативная реакция – пациентка громко крикнула «Что ты гонишь, даун». Сразу после этой фразы пациентка как ни в чем не бывало продолжила общение.

В свободное время пациентка в отделении читает книги. Своим пребывание в течение уже 5 месяцев пациентка не тяготится, аргументируя это тем, что если бы сейчас она не находилась здесь, она бы вероятнее всего сейчас бы кололась, а она решила вылечиться от своего недуга, поэтому и продолжает лечиться в психиатрической больнице. Пациентка соблюдает все предписания врачей, получает перорально и парентерально лекарственные препараты. После лечения собирается возобновить работу массажисткой, чтобы потом вернуться в Турцию.

Сфера влечения

Аппетит сохранен, пациентка отмечает, что в за время пребывания она набрала около 8 килограмм. Изменения влечений в половой сфере с пациенткой не обсуждался. Мысли о суициде в последнее время отсутствуют, пациентка связывает это с длительным (около 1 месяца) воздержанием от приема наркотических препаратов.

Пациентка критически относится к своему заболеванию, пытается избавиться от этой пагубной привычки, прислушивается к совету обратиться к опытному психотерапевту, в то же время отмечается некий пессимизм по поводу своей дальнейшей жизни.

Обоснование диагноза

**Диагноз**: *Полинаркомания (опийная, кокаиновая), II стадия, с психотическими эпизодами, суицидальное поведение.*

Диагноз подтверждают:

1. Данные анамнеза жизни: росла в неполной семье, прогуливала периодически занятия в школе. В 1998 году ЧМТ с потерей сознания 5–6 дней и последующей полной ретроградной амнезией.

2. Данные анамнеза заболевания: Начала употребление наркотиков с 1997 года с опий сырца (ханки) в компании друзей из-за интереса, любопытства. Через год перешла на употребление героина, затем и кокаина.

Определяется триада симптомов:

* симптом психической зависимости (неутолимое желание вызвать психотический эффект);
* симптом физической зависимости (развитие абстинентного синдрома при лишении наркотика);
* рост толерантности (переход к более сильному наркотику, рост доз принимаемого наркотика).

При попытке бросить употребление наркотических веществ развивался абстинентный синдром, в котором помимо вегетативных и соматических нарушений возникало тоскливо-подавленное настроение, чувство одиночества, отчаяния, ощущение собственной слабости при невозможности отказаться от наркотика, суицидальные мысли и действия.

3. Психический статус: Наличие истинных сложных галлюцинаций (тактильные, слуховые и зрительные), индуцированные приемом чифиря с целью испытать приятное состояние, отвлечься от окружающей обстановки.

Нарушение восприятия, мышления возникают только после приема психостимулирующих средств. В их отсутствии никаких нарушений не определяется.

Настроение неустойчивое, при лишении наркотика развиваются депрессивные состояния с наличием тоски, безразличия к своему состоянию, отсутствием планов на будущее, двигательной заторможенностью, мыслями о самоубийстве. Периодов маниакального состояния не отмечает. Лабильность эмоций, агрессивное поведение в отношении больных, которые ей мешают. Содержание сновидений связано с абстинентным синдромом.

4. Соматический статус. Наличие рубцов на сгибательной поверхности правого и левого предплечья, на наружной поверхности правого бедра, в правой лобно-височной области. Раны были нанесены с суицидальной целью.

**Дифференциальный диагноз**

# Между наркоманией и шизофренией, сочетающейся с наркоманией.

За отсутствие у больной шизофрении свидетельствуют следующее:

1. Отсутствие наследственной предрасположенности к психическим эндогенным заболеваниям.
2. Отсутствие ярко выраженных провоцирующих факторов в анамнезе жизни (инфекции, интоксикации). Хотя прием наркотических веществ, а также ЧМТ с потерей сознания и амнезией могли спровоцировать начало шизофрении.
3. Течение заболевания непрерывное, стабильное.
4. Отсутствие облигатных симптомов шизофрении: нарушение мышления (разорванность, резонерство, паралогическое мышление, неологизмы, персеверации, вербигерации, шперрунги, символизм); патология эмоций (эмоциональная тупость, парадоксальность эмоций). Хотя у больной присутствуют нерезко выраженные симптомы эмоциональной амбивалентности (возникновение разных чувств к своим родным – желание их видеть, общаться и агрессивность, безразличие к близким); нарушение воли (гипобулия, симптом дрейфа, амбитендентность).

Продуктивные симптомы: галлюцинации, бредовые идеи возникают неспонтанно, а только после приема психостимулирующего препарата (чифирь). Т.е. пациентка контролирует их возникновение.

Бред носит стенический характер, галлюцинации истинные, их содержание связано с абстинентным синдромом, что редко встречается при шизофрении.

Больная относится критично к своему состоянию, возникновение галлюцинаций, бреда считает болезненным состоянием и высказывает желание лечиться. Хотя с другой стороны складывается впечатление, что больная не хочет выходить из больницы. Депрессивные состояния и суицидальные мысли и попытки возникают преимущественно на фоне абстиненции. Маниакального состояния нет.

1. Больные шизофренией, употребляя наркотические вещества, способны внезапно и легко бросить их употребление без выраженных явлений абстиненции (т.е. физическая зависимость бывает выражена слабо).

В данном случае попытка бросить употребление наркотиков у пациентки сопровождалась выраженной вегето-соматическими нарушениями, а также психическими нарушениями с суицидальным поведением.

Таким образом, все это свидетельствует о том, что у пациентки в данный момент отсутствуют симптомы шизофрении и вся симптоматика обусловлена наркоманией, но она входит в группу риска по эндогенному заболеванию, т.к. определяется неустойчивость эмоций, психопатизация, эмоциональная амбивалентность, галлюцинаторно-бредовая симптоматика.

## **Наркомания и психопатия с наркоманией**

У больной отсутствует психопатия, что подтверждают:

1. Отсутствие наследственных патологических черт характера у родственников.
2. Отсутствие данных об органической церебральной недостаточности (тяжелые гестозы беременности, травмы плода во время беременности и родов, внутриутробная нейроинфекция, нейроинтоксикация, длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни).
3. Отсутствие данных о неправильном воспитании и продолжительном дурном влиянии окружающей среды, материальных нужд не испытывала. Хотя с другой стороны, больная воспитывалась в неполной семье. Периодически пропускала занятия в школе без уважительной причины, была предоставлена сама себе. Употребление наркотиков начала в компании друзей.
4. Отсутствие четко выраженных критериев Ганнушкина П.Б.:

* тотальность патологических черт, проявление черт характера в любой обстановке и ситуации, отсутствие критичности;
* стабильность патологических черт – сохранение на всю жизнь;
* социальная дезадаптация в результате именно патологических черт, а не обусловленная неблагоприятной средой.

У больной есть признаки акцентуированной личности, усилены отдельные черты характера – изменчивость настроения, желание быть в центре внимания, экспрессии эмоций, эгоцентризм, претензии на исключительное положение среди окружающих, повышенная тяга к удовольствиям, праздности; небольшая агрессивность при неудовлетворении желаний.

Эти черты характера проявляются только в соответствующей среде (в семье, компании друзей). Отсутствует социальная дезадаптация: на работе у больной хорошие отношения с коллегами, в семье – удовлетворительные. У больной присутствует самокритичность, считает свое неадекватное поведение, изменчивое настроение болезненным состоянием.

Таким образом, в настоящее время у больной отсутствуют признаки психопатии, но употребление наркотических препаратов может обострить акцентуированные черты характера. На этом фоне неблагоприятное влияние окружающей среды может затронуть «слабые места» данной акцентуации. У больной преобладает истероидно–неустойчивый тип акцентуации, который под влиянием психической и физической зависимости от наркотиков, удовлетворения всех желаний больной со стороны семьи может трансформироваться в психопатию.

# План лечения больного

1. **Карбамазепин (умеренное депрессивное и нормотимическое действие)**

*Rp.: Carbamazepini 0,3*

*D.t.d. №100 in tabl.*

*S.: По 1 таблетке на прием 4 раза в день во время еды.*

1. **Лития карбонат (нормотимик)**

Rp.: Lithii carbonates 0,3

D.t.d. №100 in tabl.

S.: По 1 таблетке 3 раза в день

1. **Аминазин (нейролептик)**

Rp.: Sol. Aminazini 2,5%–1 ml

D.t.d. №6 in amp.

S.: Для внутривенных инъекций, предварительно развести в 20 мл 40% раствора глюкозы.

1. **Модитен-депо (пролонгированный нейролептик)**

Rp.: Moditeni-Depo 1 ml

D.t.d. №10 in amp.

S.: По 1 мл внутримышечно 1 раз в 2 недели.