ФИО …………………………………………..

ВОЗРАСТ …………………………………….54 года

ДАТА ПОСТУПОЛЕНИЯ …………………

МЕСТО РАБОТЫ …………………………...пенсионер

**ЖАЛОБЫ** на момент осмотра не предъявляет.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ**. Наследственность не отягощена. Росла и развивалась нормально в семье, где было двое детей: она и старшая сестра. Сестра здорова. Была общительной, всегда имела много друзей. Получила среднее специальное образование. Долго работала в строительстве. Была замужем около 10 лет. Есть сын, живет отдельно, здоров.

В возрасте около 30 лет периодически возникали эпизоды то повышенного, то пониженного настроения, по поводу чего обращалась к частным психотерапевтам. Один из которых «хотел на ней жениться». Около 10 лет назад на фоне пониженного настроения и общей физической усталости вечером у себя дома в прихожей увидела черного человека в широкополой шляпе, который хотел с ней побеседовать. Но она сказала, что «не может сейчас с ним поговорить из-за плохого душевного и физического состояния». В это время дома был сын, тогда ему было 12 лет. Он сидел на кухне с другом. Больная хотела ему все рассказать, но заметила, что сын и так встревожен её состоянием и решила «ещё больше его не пугать». На вопрос, с чем было связано подобное состояние, рассказала о преследовании. Преследование велось из проезжающих мимо черных машин, страшно было подходить к телефону, потому что «его прослушивали». Говорит, что знает, кто мог за ней следить. Некий Василий Николаевич – её личный психотерапевт, как утверждает пациентка, объяснил ей, что это было «пограничное состояние». Принимала, назначенные им препараты, какие не помнит, но не регулярно, дозу регулировала сама. Сейчас с критикой относится к перенесенному психозу, считает, что тогда все это ей только казалось. Последние 7 лет лекарства не принимает. За это время со слов родственников (сын, старшая сестра) неоднократно были эпизоды повышенной активности, интенсивной деятельности, освоения новой профессии (бухгалтерский учет), спонтанного ухода с прежнего места работы, поиска новой. Также заявила однажды, что «чувствует в себе столько сил и энергии, что может исцелять людей». Даже пыталась это делать. Сама больная отмечает, что бывают периоды, когда несколько дней может лежать на диване, не хочется и тяжело что-либо делать, снижается аппетит и вообще плохое настроение. Возникновение подобного состояния связывает с влиянием житейских передряг, каких-либо жизненных неудач, обид. Последнее время чувствовала себя очень хорошо, была полна сил, энергией, и множеством идей. Интенсивно искала способы заработать деньги, но так ничего и не получилось. Последнее время, находясь на пенсии, работала «дизайнером штор», но поссорилась с коллективом и уволилась. Надо было просто оформлять документы, в то время, когда её «голова была наполнена мыслями о новых моделях штор». Считает, что её не поняли и недооценили. Накануне, настойчиво требовала, чтобы сын оставил все свои дела и срочно приехал к ней домой, так как ей необходимо поделиться своими мыслями и идеями. Получив отказ разбила телефон, а когда он все-таки приехал, не открывала дверь. Сына ни в чем не обвиняет, наоборот, говорит, что виновата перед ним, т.к. «в детстве ему много пришлось пережить из-за неё».

**СОМАТИЧЕСКИЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС** пациентка среднего роста, умеренного питания. Пропорционального телосложения. Соматическое состояние удовлетворительное, жалоб нет, по системам органов без особенностей. Кожа чистая, сыпи нет, шрамов, татуировок, следов от инъекций нет. Реакция зрачка на свет нормальная. Нарушения координации и тремор отсутствуют. Очаговой неврологической симптоматики нет.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС** больная ориентирована в месте, пространстве и собственной личности, контактна, активно участвует в беседе, оживлена, спорит, задает вопросы, смеется. Обращает на себя внимание живой блеск глаз.

Выявлены нарушения в сфере мышления, проявляющиеся в потоке, наплыве мыслей, которые больная хочет выразить все сразу, поэтому говорит много, быстро, перескакивает с одного на другое. На прямой вопрос отвечает бесплодным мудрствованием, рассуждательством в виде резонерства. Мышление расплывчато, в высказываниях происходит соскальзывание с одной темы на другую без видимой логической связи. Суждения разноплановы, немного противоречивы, близкие к амбивалентности. Также выявлены нарушения в сфере эмоций, проявляющиеся в виде гипомании и ментизма. В сферах восприятия, памяти, интеллекта и воли нарушений не выявлено. Двигательных расстройств нет.

В отделении ведет себя спокойно, говорит, что здесь она отдыхает. В общении с персоналом и врачами фамильярна. У студентов выпрашивает сигареты. На сон не жалуется, спит достаточно. С персоналом отношения сложились хорошие.

Больной себя не считает, хотя при этом заявляет: «у меня маниакал», что и послужило с её слов причиной госпитализации. Жалуется на врачей, которые не объясняют ей, какие назначат препараты и зачем, почему её не выпускают на улицу погулять и домой на выходные: «у неё ещё очень много дел дома». Таким образом, у больной имеется только формальная критика.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ** в данном случае надо проводить с маниакально-депрессивным психозом, поскольку у больной имеется аффективная симптоматика (депрессивный и маниакальный синдромы в анамнезе).

Но хотя на данном этапе развития заболевания нет четко очерченного изменения личности, все же имеется нарушение стойкости мышления (ментизм, резонерство, амбивалентность, соскальзывание, склонность к бесплодному рассуждательству, отрыв от реальности). Наличие в анамнезе галлюцинаторно-бредового психоза, а также выраженных эмоциональных расстройств позволяет исключить вялотекущую шизофрению, т.к. она больше сходна с психопатологическими проявлениями неврозов. Неврозы же в свою очередь не имеют прогредиентного течения и связаны с психотравмирующей ситуацией, чего не выявлено у больной.

**ДИАГНОЗ:**

* Шизофрения, параноидная форма, состояние гипомании.
* Ведущий синдром в настоящее время: маниакальный

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГОНЗА:

Диагноз шизофрения, параноидная форма, состояние гипомании поставлен на основании наличия у больной своеобразного изменения личности в виде нарушения стойкости мышления (резонерство, амбивалентность, аморфность, соскальзывание); наличия в анамнезе продуктивной симптоматики в виде паранойяльного синдрома (бред преследования), а также параноидного (были истинные галлюцинации).

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

* Общий анализ крови, мочи
* Анализ крови на ВИЧ, НВS, HBC
* Ro грудной клетки

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Галоперидол 10мг в/м
2. Лития карбонат по 2 т 3р/д
3. Азалептин 1т 2р/д

**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Внутримышечное введение галаперидола необходимо для купирования продуктивной симптоматики – бреда преследования и состояния возбуждения. Азалептин для дальнейшей поддерживающей терапии нейролептиками.

При появлении жалоб на мышечную скованность, патологические спазмы или акатизии использовать центральные холиноблокаторы (циклодол, акинетон). В связи с наличием у больной аффективной симптоматики показано использование лития карбоната как препарата стабилизирующего настроение. В дальнейшем, в качестве длительной поддерживающей терапии можно использовать модитен-депо или галаперидол-деканоат 1 раз 4 недели в/м