**Паспортные данные:**

Пол женский

Возраст 46 лет (15.11.1957)

Семейное положение за мужем

Образование педагогическое училище

Профессия учитель младших классов

Место работы безработная

Вероисповедание христианство

Дата поступления в стационар 28.08.2003г.

Диагноз при поступлении Шизофрения параноидная с гипоманией

**Причина поступления:**

На протяжении 2 недель (приблизительно с 14 августа) пациентка стала просыпаться рано утром (в 5-6 часов) без последующего засыпания, сон поверхностный. Пациентку преследовало постоянное желание что-нибудь делать по хозяйству, всем помогать, усталости за собой не отмечала. Потребность во сне отсутствовала. Забывала питаться из-за занятости делами. За несколько дней до госпитализации бегала по поселку и обнималась с прохожими.

**Жалобы:**

На раннее пробуждение, тревогу, путаницу мыслей, подозрительно к чему-то прислушивается.

**История настоящего заболевания:**

Состоит на учете с 1990 года. 4 раза проходила лечение в ТОКПБ с диагнозом: шизофрения параноидная. Пациентка после последней выписки (2002 год) отказалась от приема лекарств, несмотря на уговоры мужа и медработников. Весной 2003 года ей приснился яркий жизнеутверждающий сон, в котором говорилось, что «жизнь прекрасна», после чего пациентка повеселела, жизнь стала радостной, появился глубокий сон, вернулись силы. Летом стала сочинять песни и петь их для маленького племянника, отмечает, что у нее стал лучше голос.

Пациентка отмечает появление расстройства приблизительно 14 августа – стала рано просыпаться (в 5-6 часов утра) без какой-то для этого причины, обычно же просыпалась в часов 9 утра (зимой в 12 часов). Появление расстройства связывает с нервным перенапряжением в связи с навалившейся на нее работой (уход за племянником+работа по дому. Одновременно с расстройством сна появилось непреодолимое желание что-нибудь делать, помогать всем, в течение дня не отдыхала, усталость за собой не отмечала, настроение постоянно повышенное, ощущала тревогу, путаницу мыслей в голове. За несколько дней до госпитализации бегала по поселку и обнималась с прохожими. Мужа обеспокоило состояние жены, поэтому он настоял на госпитализации ее в ТОКПБ для лечения.

**Предшествующие расстройства:**

Психиатрический анамнез:

Впервые была осмотрена психиатром в 1990 г. и госпитализирована в ТОКПБ с диагнозом: шизофрения параноидная. Наблюдались симптомы психомоторного возбуждения, бессонница, прилив сил. После длительной бессонницы «видела на потолке бегущие телеграфные сообщения с умными мыслями»

2-й раз госпитализирована приблизительно в 1993 году осенью – перед расстройством наелась жареных грибов, с чем связывает обострение; симптоматика та же.

3-й раз была госпитализирована осенью 1998.

4-й раз весной 2002 года.

Отмечается сезонный характер расстройств – в весенне-осеннее время года.

Пациентка отмечает появление повышенного настроения с весны 2003 года, когда ей приснился сон, в котором говорилось, что «жизнь прекрасна».

Соматический анамнез:

Черепно-мозговая травма в1993-94 году

**Семейный анамнез:**

Мать пациентки, возраст 78 лет, хронических заболеваний не отмечает. Вредных привычек нет. Работает продавцом. Воспитанию дочери уделяла достаточное время.

Отец пациентки 76 лет, работает шофером. Страдает гипертонической болезнью, хроническим бронхитом.

Есть 2 младших брата. Наличие какой-либо семейной патологии не отмечается.

**Личный анамнез:**

Пациентка родилась от 1 беременности (желанной), первых родов, является старшим ребёнком в семье.

Пациентка росла в благоприятных условиях в семье. Каких-либо ярких воспоминаний о раннем детстве у пациентки нет.

Окончила сельскую школу, после чего обучалась в училище на учителя, когда окончила его стала работать воспитателем в детском саду, так как ей больше нравилось общаться с маленькими детьми. В конце 80-х попала под сокращение и больше не работала.

1-й брак – в 20 лет (в 1977 году), родилась дочь в 1978 году и в этом же году развелась с мужем. Второй раз вышла замуж и в 1985 году родилась вторая дочь. После 1985 года до 1990 было 3 беременности с промежутками в пол-года, завершившиеся прерыванием беременности. Мужу 53 года, работает шофером.

К религии относится спокойно. Отклонений в сексуальной жизни не отмечает. К пребыванию в психиатрической больнице пациентка относится осознанно, считает это необходимым. Себя психически больной не считает, говорит, что приехала в больницу «отдохнуть от домашних, от упреков мужа», «подлечить нервы». Говорила, что муж стал ее обижать, постоянно упрекает, ругается.

**Объективный анамнез:**

Соматический статус: Общее состояние больной удовлетворительное.

Кожа нормального цвета, кожные сосуды не расширены, сыпи и рубцовых изменений на коже нет. Подкожная клетчатка развита умерено, отёков нет.

Видимые слизистые оболочки: цвет – розовый, влажные, блестящие. Полость рта: язык влажный с беловатым налётом; миндалины не увеличены,

Лимфатические узлы: единичные, подвижные, эластичны, безболезненны, кожа над узлами не изменена, подвижна.

Щитовидная железа не увеличена.

Развитие скелета правильное, голова обычной формы, пропорциональна по отношению к другим частям туловища, соотношение между лицевым и мозговым отделом черепа правильное;

Дыхательный аппарат: частота дыхания 18, тип дыхания – грудной, правильный; При сравнительной перкуссии над симметричными отделами легких перкуторный звук одинаковый, легочной.

Аускультация: над симметричными участками дыхание везикулярное, хрипов нет.

Аускультация сердца: Тоны сердца чистые, патологических шумов нет.

Пульс на лучевых артериях одинаковый, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритм правильный, ЧСС = 60 уд. в мин.

Желудочно-кишечный тракт: живот мягкий, поверхностная пальпация безболезненна. Пальпация печени безболезненная; пузырные симптомы отрицательные

Пальпация почек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус: Обоняние сохранено, глазные щели широкие, движения глазных яблок активные; нистагма нет. Диаметр зрачков – 8, реакция на свет положительна; конвергенция и аккомодация сохранена. Асимметрия лица не определяется, носогубные складки, уголки рта расположены правильно, симметрично. Чувствительность на лице сохранена. Красный дермографизм сменяет белый. Сила, тонус мышц сохранён. В позе Ромберга – устойчива. Пальценосовая проба выполняется правильно. Патологические рефлексы не определяются. Слух сохранен.

**Психический статус:**

Больная выглядит аккуратно одетой, причёсанной. В течение дня занимается вязанием шерстяных носков, с охотой участвует в хозяйственных мероприятиях (уборка территории). Принимает пищу аккуратно, тщательно пережёвывая. Сон крепкий, бессонницы нет. С пациентами в отделении общается, хорошо адаптирована в отделении.

Во время беседы пациентка суетлива, хорошо понимает вопросы, ей не сидится на месте. При разговоре не производит лишних движений. Во время беседы смотрит на куратора, хорошо реагирует на изменения настроения разговора, на некоторые вопросы реагирует улыбкой. Пациентка хорошо ориентирована в себе, в окружающем пространстве, ситуации, календарном времени. На все вопросы отвечает быстро, чётко; во время беседы ни разу не отмечалось изменения настроения.

**Восприятие.** В разговоре пациентка отрицает наличие любых видов галлюцинаций, иллюзий; ощущения дереализации и деперсонализации не отмечается; расстройства чувствительности не наблюдаются.

**Настроение.** Внешне пациентка держится суетно, улыбается; на вопросы о самочувствии, настроении отмечает «замечательное, прекрасное», что сопровождается улыбкой на лице. В разговоре часто улыбается, настроение ни разу не изменилось за время беседы.

Сама пациентка не отмечает колебаний настроения в течение суток – оно постоянно приподнятое. В разговоре о своём пребывании в стационаре пациентка проявляет абсолютное понимание необходимости данного пребывания, но отмечает желание поскорее вернуться домой. Общее настроение во время интервью приподнятое. Пациентка отрицает наличие суицидальных мыслей.

**Речь и мышление.** Пациентка в разговоре многословна; Речь несколько ускоренная, громкая, последовательна, контекст беседы сохранён. Пациентка весь период беседы не отвлекалась на другие раздражители. Необычных ритмов и акцентов не наблюдается. Ответы точные, узко по теме.

Мышление у пациентки последовательное, относящееся только к конкретным условиям, формальных расстройств не наблюдается. Суждения правильные. При исследовании процесса мышления пациентка может сравнить 2 понятия (река и озеро), называет чёткие черты различия, при сравнении разных животных даёт чёткую дифференциальную характеристику простыми фразами. Смысл разных пословиц пациентка понимает и правильно объясняет.

Какие-либо патологические мысли пациентка отрицает.

**Сознание и ориентировка.** Пациентка находится в ясном сознании, полностью ориентирована: может назвать своё имя, определить себя в пространстве, называет сегодняшнюю дату, определяет время своего пребывания в стационаре.

**Внимание.** Во время беседы пациентка хорошо удерживает внимание, хорошо концентрируется на заданном вопросе. Правильно называет дни недели, месяцы в обратном порядке.

**Память.** Пациентка отчётливо ориентируется в своих воспоминаниях, хронологически верно воспроизводит все события. При проведении пробы были произнесены 10 слов, при просьбе повторить пациентка смогла правильно назвать лишь 6 слов; через 5 минут – 8 слов.

**Интеллект.** Уровень интеллекта не снижен: осуществляет арифметический счет, читает правильно и понимает прочитанное, исторические события помнит.

**Адекватность самооценки.** Своё настоящее состояние пациентка оценивает критически, считает, что её необходимо пройти лечение. Своё состояние связывает с нервным перенапряжением. После выписки из стационара собирается вернуться домой. К дальнейшему диспансерному наблюдению у психиатра относится спокойно.

**Квалификация психического статуса:**

У пациентки наблюдается постоянно приподнятое настроение (не возникает ни на кого обиды), отсутствует потребность во сне, двигательное возбуждение, выражающееся в желании всем помогать, что-либо делать, отсутствии усидчивости. Данное состояние пациентки можно квалифицировать как маниакальный синдром.

В анамнезе случай видения движущихся по потолку сообщений (1991 год), что можно квалифицировать как зрительные вербальные галлюцинации.

Наличие у пациентки путаницы мыслей можно квалифицировать как ментизм.

**Лабораторные данные:**

1**.**ОАК от 2.09.2003г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Показатель |  2.09.2003г. |  Норма |
|  Эритроциты |  4.2\*1012 |  3.9-5.1\* 1012 |
|  Гемоглобин |  128 |  120-140 г/л |
|  СОЭ |  3 |  1-10 мм/ч |
|  Лейкоциты |  8.5\*109 |  4.0-9.0\*109 |
|  Формула |  Эо – 2%,  Пя – 2% Сегм –57%,  Лимф –33%,  Мон – 6% |  Баз – 0-6%, Эо – 0.5-5%,  Пя – 1-6% Сегм –47-72%,  Лимф –19-37%,  Мон – 3-11%. |

Заключение: все показатели в пределах нормы.

1. ОАМ от 2.09.2003г.

 цвет – светло-желтый

 прозрачность – мутноватая

 плотность – 1020

 pH 6.0

 белок – отр.

Заключение: все показатели в пределах нормы

1. Показатели гемостаза от 2.09.2003г.

ПТИ=91%

3. RW отрицательно от 3.09.2003г

**Дифференциальный диагноз:**

Наличие у пациентки выраженной гипертимии, повышенной двигательной и волевой активности, тревоги, отсутствия потребности во сне, раннее пробуждение может быть обусловлено следующими расстройствами:

1. Биполярное аффективное расстройство личности, маниакальный эпизод

У пациентов с данной патологией наблюдается повышенное настроение, двигательное возбуждение (неусидчивость, суетливость), ощущение силы и бодрости, прошлое и будущее представляется в радужном цвете, сезонность течения (весенне-осенний период), Наличие же ускорения темпа мышления (ощущение «путаницы в мыслях»), что характеризует мою пациентку, вступление в интимные связи с малознакомыми людьми для пациентки не характерно, т. о. можно склониться к данному диагнозу.

2. Маниакальный тип шизоаффективного расстройства личности

Наличие ментизм (путаница в мыслях), приступообразное течение, что характерно для клиники данной пациентки. Но отсутствие характерного для данного расстройства психики бреда преследования «большого размаха», чрезмерно повышенного настроения позволяет отвергнуть данный диагноз.

3. Параноидная шизофрения.

Характерными признаками данного расстройства психики являются наличие параноидного синдрома, включающего психические автоматизмы (можно сказать, что у пациентки имели место слуховые галлюцинации, странность в поведении, суетлива, беспокойна), отсутствие доминирования негативной симптоматики (имеет место ментизм), что отражает клинику данной пациентки. Отличительными чертами данной нозологии являются слуховые галлюцинации, бред воздействия; зрительные галлюцинации не характерны (1 эпизод был в 1990 году) - у пациентки отсутствуют. Таким образом, данная форма психического расстройства не имеет места у пациентки.

**Обоснование диагноза:**

На основании предъявляемых жалоб, анализа развития данной патологии, личного анамнеза, психического статуса пациентки можно выделить основные клинические признаки патологии:

1. Стойкое повышение настроения
2. Двигательное возбуждение – желание к какой-либо активности.
3. Ощущение бодрости, силы, энергии
4. Снижена потребность во сне
5. Тревожность
6. Нарушение процесса мышления, выражающееся в ментизме
7. Наличие в анамнезе зрительных и слуховых галлюцинаций

Вышеперечисленные признаки, полностью отображающие клинику патологии данной пациентки, являются диагностическими критериями параноидной шизофрении и маниакально-депрессивного психоза (маниакальный эпизод, легкая степень).

Учитывая приведенные данные возможно сформулировать клинический диагноз: *Биполярное аффективное расстройство (F31), гипоманиакальный эпизод, легкая форма.*

**Обоснование лечения:**

Учитывая выраженную двигательную активность эмоциональную лабильность, взрывчатость, неуравновешенность, частую смену настроения, необходимо назначить следующее лечение:

1. Лекарственная терапия:

а) Dragee Aminazini 0,025

Нейролептик седативного действия. Обладает антипсихотической активностью: оказывает выраженное седативное действие на двигательное и идеаторное возбуждение. Данный препарат сочетают с галоперидолом, трифтазином.

Выбор данного препарата обусловлен наличием гипертимии, повышенной двигательной активностью, тревожностью.

б) Tab. Haloperidoli 0,0015-0,005

 Нейролептик седативного действия. Препарат обладает антипсихотической активностью; показан при нарушениях поведения («корректор поведения»), для купирования различного рода возбуждения. Уменьшает агрессивность, не вызывает вялости, заторможенности. Пролонгированную форму – Галоперидола деканоат – можно использовать для амбулаторного лечения в стадию ремиссии, если учесть, что пациентка отказывалась принимать препараты, это подходящий препарат.

в) Соли лития (лития карбонат). В больших дозах понижает содержание серотонина в мозге, ионы лития повышают чувствительность гиппокампа и других областей мозга к действию дофамина. Поэтому используется при маниакально-депрессивных психозах.

д) Поливитамины. Действие данной группы препаратов направлено на общетонизирующее, нейротоническое действие.

2.Психотерапия:

Применение рациональной психотерапии позволяет определить ситуации, способствующие срыву.

**Дневник:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата,  |  Течение болезни |  Назначения |
| 10.09.2003г. | Состояние пациентки удовлетворительное, настроение повышенное, на вопросы отвечает чётко, с желанием. Хорошо реагирует на куратора. Улыбчива. Нарушения мышления не определяется. При сборе анамнеза пациентка сосредоточена, излагала информацию в чётком хронологическом порядке. Отмечает субъективное улучшение состояния после недели лечения – улучшился сон. Высказывает желание скорейшей выписки из стационара. | 1) Sol. Haloperidoli 2ml2) Sol. Aminazini 1 ml3) Sol. Cordiamini 2 ml1-3 в/м 2 р/д4) Витамин В1 6%-2,0п/к №105) Поливитамины 2дня 3 р/д 7,0 |
| 14.09.2003 | Состояние пациентки удовлетворительное, настроение повышенное, на вопросы отвечает чётко. Улыбчива. Нарушения мышления не определяется. Во время беседы пациентка говорила, что уже не может сидеть, охота куда-нибудь идти, излагала информацию в хронологическом порядке. Высказывает желание скорейшей выписки из стационара. | -----//-------- |

**Экспертиза:**

Трудовая экспертиза: определение инвалидности в данном случае нецелесообразно, трудоспособность полностью сохранена.

Судебно-психиатрическая экспертиза: По данной форме расстройства развития личности в случае совершения преступления вменяемость пациентки определяется по обстоятельствам. На сегодняшний момент признание пациентки невменяемой невозможно.

Военно-психиатрическая экспертиза: Согласно приказу №315 Министра обороны (статья №15) пациентка признается ограниченно годной к военной службе.

**Прогноз:**

Краткосрочный прогноз благоприятный, т.к. базовое состояние пациентки удовлетворительное, на фоне лечения наблюдается выраженный положительный эффект лекарственной терапии.

Долгосрочный прогноз благоприятный при условии правильно проведённой психотерапевтической терапии.

**Рекомендации:**

Необходимо проведение рациональной психотерапии и лекарственной терапии (необходим обязательный прием лекарств, прописанных для приема в домашних условиях) для сохранения периода ремиссии.