Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии и наркологии

Зав. кафедрой: д.м.н. , профессор Пивень Б.Н.

Преподаватель: к.м.н., ассистент Славщик Г.И.

Куратор: студент 527 группы

Конкин А.Ю.

# Академическая история болезни

## Больная:

Клинический диагноз: Экзогенно-органическое заболевание головного мозга, травматического генеза, психоорганический синдром 1 стадии. Синдром внутричерепной гипертензии.

### Время курации:

### с 31 октября по 2 ноября 2006 года

Барнаул 2006 г

**Паспортные данные**

1. ФИО:
2. возраст:
3. национальность: русская.
4. образование: незаконченное среднее
5. род занятий: обучается в 6 классе
6. местожительство:
7. в стационар направлена районным психиатром
8. госпитализирована с целью диагностики и лечения
9. дата поступления: 24 октября 2006 г.

**Жалобы:**

На постоянную ноющую головную боль без чёткой локализации, усиливающуюся при смене погоды и незначительно ослабляющуюся после сна. Головная боль нередко сопровождается головокружением, а иногда (около одного раза в неделю, после выраженной психоэмоциональной нагрузки) однократной рвотой, не приносящей значительного облегчения.

Кроме того, отмечает постоянную слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, плаксивость и вспыльчивость.

Так же отмечает нарушение сна: ночью часто не может заснуть, так как мешают любые посторонние звуки, складки, сор в постели. Сон чуткий, часто мучают «кошмары», утром чувствует, что совершенно не выспалась.

Плохо переносит поездки в транспорте (автобусы, легковые автомобили), что выражается в усилении головной боли.

**Anamnesis morbi**

Больной себя считает с 2004 г., когда получила черепно-мозговую травму (упала во время сна с двухъярусной кровати на пол), документов которые бы помогли уточнить сведения по ЧМТ найти не удалось (в амбулаторной карте чётких описаний по этому поводу нет). Но со слов больной – отмечалось кратковременное нарушение сознания, появилось головокружение, тошнота и рвота; травма была закрытая; бригадой СМП была доставлена в детское отделение Тальменской ЦРБ, где был поставлен диагноз - сотрясения головного мозга. Госпитализация продолжалась 7 дней, после проведенного лечения (получала ноотропы и сосудистые препараты) состояние улучшилось, но отмечалась незначительная ноющая головная боль без особой локализации, проходящая после кратковременного отдыха.

После выписки, лечилась амбулаторно в течение 1 месяца (принимала цефабол, пентоксифиллин), но спустя 2 мес., головная боль стала усиливаться, особенно после выраженной психоэмоциональной нагрузки; появилась метеотропность, которая проявлялась усилением головной боли в плохую погоду.

Усиление головной боли стало сопровождаться появлением слабости, повышенной утомляемостью, раздражительностью, плаксивостью и вспыльчивостью, особенно во время подготовки к контрольным работам и ответственным внеурочным мероприятиям.

На выше перечисленные симптомы не обращала внимание, за медицинской помощью не обращалась.

Месяц назад начала отмечать, что на высоте головной боли стала появляться однократная рвота, не приносящая значительного облегчения.

По поводу ухудшения состояния обратилась к участковому терапевту, затем была направлена на консультацию к районному психиатру.

24 октября 2006 года была госпитализирована в АКПДД для диагностики и лечения заболевания. С госпитализацией согласна, на процедуры ходит с желанием.

**Anamnesis Vitae**

Девочка с 7 лет воспитывается в Среднесибирском детском доме, так что данные наследственного, семейного анамнеза, а так же данные периодов беременности, родов и развития ребенка собрать не представляется возможным. В настоящее время обучается в 6 классе по программе массовой школы, справляется на «4» и «5», активно участвует в общественной жизни школы и детского дома. Из школьных предметов увлекается биологией и математикой, мечтает стать врачом. С охотой занимается в кружке «Домоводство», любит рисовать и вязать.

Семейная жизнь: живет в детском доме с родной сестрой, которая старше на 2 года; организация групп по семейному типу. Отношения с другими детьми хорошие, дружеские; сотрудники детского дома относятся с заботой. Бытовые условия хорошие. Питание рациональное.

Характерологические особенности сложившейся личности: общительна и добродушна.

Привита по календарю.

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Операций и гемотрансфузий не проводилось.

Аллергические реакции не отмечает.

Контакта с инфекционными больными не было. В неблагоприятные в эпидотношении районы страны не выезжала. Венерические заболевания и туберкулез отрицает.

Вредные привычки отрицает.

# Status praesens communis

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Положение в постели активное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Осанка и телосложение правильное. Больная нормального питания. Конституция нормостеническая. Рост 156 см, вес 36 кг.

Кожа, периферические лимфоузлы и слизистые оболочки:

Кожные покровы и склеры обычной окраски. Кожа теплая, умеренной влажности. Тургор кожи не снижен. Отеков и сыпи нет. Подкожно жировая клетчатка выражена умеренно. Слизистая рта бледно-розового цвета, патологических изменений не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Опорно-двигательный аппарат:

Общее развитие мышечной системы нормальное, тонус мышц не снижен. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотнений не обнаружено. Деформаций костей и болезненности при поколачивании нет. Конфигурация суставов не изменена.

Органы дыхания:

Частота дыхания 18 дыхательных движений в минуту, дыхание ритмичное. Носовое дыхание не затруднено. Голос не приглушен. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково.

При пальпации грудной клетки температура кожи на симметричных участках одинаковая, болезненность не выявлена. Резистентность не изменена, голосовое дрожание равномерно проводится во все точки.

При сравнительной перкуссии: перкуторный звук ясный, легочной.

При топографической перкуссии:

1. высота стояния верхушек легких справа 3 см, слева 4 см

2. ширина полей Кренига справа 6 см, слева 6 см

3. границы легких в пределах нормы.

Аускультативно: выслушивается везикулярное дыхание по всем точкам. Шума трения плевры, хрипов и других дыхательных шумов не отмечается.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре и пальпации по ходу периферических сосудов патологических отклонений и боли не обнаружено. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, нормальных свойств.

При осмотре области сердца атипическая пульсации не обнаружена.

Границы сердца в норме.

Конфигурация сердца - нормальная. Ширина сосудистого пучка по ширине не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца ясные, нормальной громкости по всем точкам.

ЧСС 80 уд/мин, артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

Пищеварительная система:

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличены. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Живот в размере не увеличен, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Пальпаторно - живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, безболезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. Нижний край печени из-под реберной дуги не выходит, мягко эластичный, безболезненный.

Размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Мочевыделительная система:

Осмотр поясничной области: гиперемии, отеков, припухлостей и рубцов не выявлено. При пальпации почки не пальпируются. Редуцированный симптом Пастернацкого-отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Эндокринная система:

Сознание больной ясное. Интеллект средний. Вторичные половые признаки по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, узлов нет, безболезненна.

**Неврологическое состояние**

Сознание больной ясное. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Наблюдается нарушение сна. Общемозговые симптомы (тошнота, рвота, головокружение, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига) не проявляются. Менингеальные симптомы отсутствуют.

Черепные нервы:

I пара – n.olfactorius: без особенностей, обонятельные галлюцинации отрицает.

II пара – n. opticus: vis – без особенностей

III, IV, VI пара – n. Oculomоtorius, n.trochlearis, n.abducens: у больной глаза симметричны, правильной формы, птоза нет. Зрачки одинаковы, нормальной величины. Реакция зрачка на свет, как прямая, так и содружественная, сохранена. Движения глазных яблок не нарушены. Диплопии, нистагма нет. Косоглазие не отмечается.

V пара – n.trigeminus: функция жевательных мышц в норме. При давлении на точки выхода тройничного нерва болезненности не отмечает. Нижнечелюстной, корнеальные, надбровные рефлексы присутствуют. Болевая, тактильная, температурная чувствительность сохранена, одинакова на обеих половинах лица.

VII пара – n. facialis: лицо симметрично, носогубные складки одинаковы. Свободно поднимает брови, смыкает веки, при обнажении зубов лицо симметрично. Слезотечения, сухости во рту нет. Вкус на передней 2/3 языка сохранен. Надбровный рефлекс – положительный. Симптомы орального автоматизма отрицательные.

VIII пара - n.Vestibulocochleаris: Вестибулярные нагрузки переносит хорошо. Слуховые галлюцинации отрицает. Нистагм отрицательный. Разговорная речь справа = 4 м, слева = 4 м. Шепотная речь справа = 6 м, слева = 6 м.

IX, X пары - n.glossopfaringeus, n.vagus: подвижность мягкого неба сохранена. Глотание и фонация не нарушены. Небные и глоточные рефлексы сохранены. Вкусовая чувствительность в норме.

XI пара - n. Accesorius: контуры трапециевидной, кивательной мышц без изменений. Поднятие надплечий, поворот головы в сторону, отведение лопаток выполняет в полном объеме.

XII пара - n.hypoglossus: внешний вид языка нормален, атрофий, мышечных подергиваний нет. Язык выдвигает по средней линии, обе половины языка симметричны.

Двигательные функции:

Походка прямая, устойчивая. При осмотре мышц конечностей атрофий, гипертрофий и фасцикулярных подергиваний не выявлено. Активные и пассивные движения в руках и ногах в полном объеме. Двигательная активность не снижена. Судорожные припадки не наблюдались. Сухожильные периостальные рефлексы с двуглавых и трехглавых, коленный, ахиллов рефлексы сохранены.

Чувствительная сфера:

Поверхностная, глубокая чувствительность сохранена. При пальпации кожи паравертебрально участков гиперестезий и болезненности не выявлено. Болезненности при перкуссии черепа и позвоночника нет. Симптом Лассега отрицательный.

Координация движений:

Движения конечностей плавные и точные, тремора нет. Почерк не изменен. В позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами стоит нормально, пальценосовую пробу выполняет. Координация сохранена, пяточно-коленную пробу выполняет уверенно.

Менингеальные знаки:

Ригидности затылочных мышц нет, симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные.

Вегетативная система:

Цвет кожи обычный; пигментаций, высокой температуры тела, усиленного потоотделения и слюноотделения нет. Сальность кожи в пределах нормы. Дермографизм кожи без особенностей. Трофических изменений кожи не обнаружено. Функции тазовых органов не нарушены.

**Психическое состояние**

Внешне опрятна, адекватна, контакту доступна, одета чисто, волосы собраны в хвостик.

Сознание ясное. Улыбается, немного стеснительна. При расспросе сидит, руки находятся на коленях, не жестикулирует,. Общительна, на вопросы отвечает адекватно.

Ориентировка больной в собственной личности, месте, времени и окружающей обстановке не нарушена. Кругозор широкий. Вопросы воспринимает с первого раза.

Восприятие: у больной отмечается метеочувствительность (чувствует перемену погоды), что выражается в усилении головной боли. Иллюзий, псевдогаллюцинации отрицает.

Мышление сохранено, бред отсутствует. Отвечает на вопросы четко и быстро.

Внимание: сохранено, но незначительно снижено (во время беседы часто отвлекается на посторонние звуки). При счете до ста не сбивается, счет 100 – 7 сохранен (отвечает правильно после небольшой паузы). В конце беседы отвлекается больше, чем вначале, Память: в ходе беседы снижение памяти выявить не удалось. Память на давно прошедшие события не снижена. В своей жизни помнит многие события и достаточно хорошо их рассказывает, пробелы памяти отрицает.

При проведении теста с 10 словами на проверку памяти:

1 повторение -9 слов; 2 повторение 9 слов; 3 повторение - 9 слов; через 30 минут - 8 слов; на следующий день - 9 слов.

Т.е. память не нарушена, отмечается легкая “забывчивость”, что, скорее всего, объясняется некоторым снижением внимания.

Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию.

Абстрактное мышление не снижено. На вопрос как она понимает смысл пословицы «без труда не выловишь и рыбку из пруда» отвечает: что необходимо работать, чтобы чего-то достичь, темп ассоциаций в норме. Явления разорванности, бессвязности отсутствуют.

Эхолалии, патологической обстоятельности не наблюдается.

Анализ и синтез:

При проведении тестов больная отвечала:

глаз, нос, рука уши, – лишнее рука

См, кг, км, м, – лишнее кг.

Солнце и лампочка – они оба светят, но солнце это планета, а лампочка электроприбор.

Эмоции: больная отмечает у себя перемены настроения, в основном с хорошего на пониженное и резкие всплески негативных эмоций по отношению к некоторым одноклассникам. При плохом настроении больная, в таком состоянии плохо спит. Во время беседы мимика соответствует настроению.

Волевые действия: изменений со стороны волевой сферы деятельности не отмечает; говорит, что любит заниматься домашними делами: готовить пищу, проводить уборку в комнате; с особой ответственностью подходит к выполнению домашнего задания.

К своему заболеванию относится спокойно, к врачам обратилась сама, хочет быть здоровой.

**Предварительный диагноз:**

На основании жалоб больной:

на постоянную ноющую головную боль без особой локализации, усиливающуюся при смене погоды и незначительно ослабляющуюся после сна. Головная боль нередко сопровождается головокружением, а иногда (около одного раза в неделю, после выраженной психоэмоциональной нагрузки) однократной рвотой, не приносящей значительного облегчения;

постоянную слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, плаксивость и вспыльчивость;

нарушение сна: ночью часто не может заснуть, так как мешают любые посторонние звуки, складки в постели. Сон чуткий, часто мучают «кошмары», утром чувствует, что совершенно не выспалась.

Плохо переносит поездки в транспорте (автобусы, легковые автомобили), что выражается в усилении головной боли – можно предположить наличие синдрома внутричерепной гипертензии.

На основании анамнестических данных: развитию заболевания предшествовала черепно-мозговая травма, больная проходила соответствующее лечение в стационаре и амбулаторно. После курсов терапии отмечалось улучшение состояния здоровья, но отмечалась незначительная ноющая головная боль без особой локализации, проходящая после кратковременного отдыха. Спустя 2 мес. после травмы, головная боль стала усиливаться, особенно после выраженной психоэмоциональной нагрузки; появилась метеотропность, которая проявлялась усилением головной боли в плохую погоду.

Усиление головной боли стало сопровождаться появлением слабости, повышенной утомляемостью, раздражительностью, плаксивостью и вспыльчивостью, особенно во время подготовки к контрольным работам и ответственным внеурочным мероприятиям.

Месяц назад стала отмечать, что на высоте головной боли стала появляться однократная рвота, не приносящая значительного облегчения, что послужило поводом для повторного обращения к врачу.

На основании данных объективного обследования:

Отмечается изменение:

Восприятия - появилась метеочувствительность (чувствует перемену погоды), что выражается в усилении головной боли;

незначительно снижено внимание (во время беседы часто отвлекается на посторонние звуки). В конце беседы отвлекается больше, чем вначале;

эмоциональной сферы - больная отмечает у себя перемены настроения, в основном с хорошего на пониженное и резкие всплески негативных эмоций по отношению к некоторым одноклассникам. При плохом настроении больная чувствует тревогу, тоску, печаль, в таком состоянии плохо спит.

Все это указывает на преобладание в клинике заболевания астенического синдрома без снижения функции памяти, что характерно для психоорганического синдрома 1 стадии.

На основании всего вышеперечисленного можно поставить предварительный диагноз: экзогенно-органическое заболевание головного мозга, травматического генеза, психоорганический синдром 1 стадии, синдром внутричерепной гипертензии.

**План дополнительных методов исследования:**

# Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови (лейкоцитарная формула, Нb, СОЭ, лейкоциты, Э);
2. Общий анализ мочи (белок, лейкоциты, эпителиальные клетки);
3. Кал на яйца гельминтов + соскоб

Функциональные исследования:

1. РЭГ;
2. ЭЭГ;
3. ЭхоЭГ;

Консультации специалистов:

* 1. Консультация окулиста
	2. Консультация психолога
	3. Консультация психотерапевта
	4. Консультация логопеда
	5. Консультация генетика

# Консультация физиотерапевта

# Результаты дополнительных методов исследования:

# Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови от 25.09.06

Гемоглобин 145 г/л

Эритроциты 4,74x10¹²/л

СОЭ 7 мм/ч

Лейкоциты 5,8х 109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | Миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфо-циты | Моно-циты |
| 2 | 1 | - | - | 2 | 50 | 41 | 5 |

Заключение: признаков анемии, воспаления, сенсибилизации нет.

1. Общий анализ мочи 25.09.06:

Плотность: 1022

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отриц.

Сахар отриц.

Лейкоциты: 1 - 2 в поле зрения

Эритроциты: отриц.

Эпителиальные клетки: 0 – 1 в поле зрения

Заключение:без патологии.

1. Кал на яйца гельминтов + соскоб от 26.09.06.

Заключение: яйца глистов не обнаружены.

Функциональные методы исследования:

1. РЭГ от 26.09.06.

Заключение: гиперемия в правом и левом каротидных бассейнах; НЦД, смешанный тип с преобладанием гипертонуса, без нарушения венозного оттока.

2. ЭЭГ от 26.09.06.

Заключение: патологии не выявлено.

3.Эхо - ЭГ от 27.09.06.

Заключение: косвенные признаки ВЧГ.

Консультации специалистов:

Физиотерапевт:

1. Электрофорез 2% р – ра эуфиллина на шейный и грудной отдел позвоночника по 15 мин № 10.
2. ИРТ № 8.

Окулист: без патологии

Генетик: (консультация не проводилась)

Логопед: в речевой контакт вступает. На вопросы отвечает фразой. Словарный запас соответствует возрасту. Речь тихая фонетика в норме. Обобщающие понятия подбирает верно. Четвертое лишнее слово исключает.

Заключение: речевой патологии не выявлено.

Детский психотерапевт:

Диагноз: F 06.6

Психолог: (консультация не проводилась)

**Дневник**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Течение болезни. |
| 31.09.06. | Состояние больной удовлетворительное. Сон и аппетит хороший. С детьми дружелюбна, неконфликтна, на процедуры ходит с желанием. t=36.6Сº. Мнестические функции не нарушены, настроение удовлетворительное, отмечается незначительная ноющая головная боль, тошноты нет. Сон чуткий. Объективно: кожа нормального цвета, отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 120/90 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс твердый, симметричный, напряжен, частой 80 ударов в минуту. Аускультативно: тоны ясные, ритм правильный. Одышки нет, ЧД = 18 движений в минуту. Стул, мочеиспускание не нарушены, живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Край печени мягкий, острый, подвижный.  |
| 01.10.06. | Состояние больной удовлетворительное. Сон хороший. С детьми дружелюбна, неконфликтна, на процедуры ходит с желанием. t=36.6.Сº. Мнестические функции не нарушены, настроение удовлетворительное. Головная боль не беспокоит. Сон чуткий, засыпает плохо. Объективно: кожа нормального цвета, отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 120/90 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс твердый, симметричный, напряжен, частой 80 ударов в минуту. Аускультативно: тоны ясные, ритм правильный. Одышки нет, ЧД = 18 движений в минуту. Стул, мочеиспускание не нарушены, живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Край печени мягкий, острый, подвижный.  |
| 02.10.06. | Состояние больной удовлетворительное. Сон хороший. С детьми дружелюбна, неконфликтна, на процедуры ходит с желанием. t=36.6.Сº. Мнестические функции не нарушены, настроение удовлетворительное. Головная боль не беспокоит. Сон чуткий, засыпает плохо. Объективно: кожа нормального цвета, отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 120/90 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс твердый, симметричный, напряжен, частой 80 ударов в минуту. Аускультативно: тоны ясные, ритм правильный. Одышки нет, ЧД = 18 движений в минуту. Стул, мочеиспускание не нарушены, живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Край печени мягкий, острый, подвижный.  |

**Клинический диагноз и его обоснование:**

На основании данных предварительного диагноза и результатов дополнительных методов исследования:

РЭГ от 26.09.06. Заключение: гиперемия в правом и левом каротидных бассейнах; НЦД, смешанный тип с преобладанием гипертонуса, без нарушения венозного оттока.

Эхо - ЭГ от 27.09.06. Заключение: косвенные признаки ВЧГ

Можно поставить клинический диагноз - экзогенно-органическое заболевание головного мозга, травматического генеза, психоорганический синдром 1 стадии, синдром внутричерепной гипертензии.

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальную диагностику следует проводить с гипердинамическим вариантом травматической энцефалопатии и периодическими травматическими психозами (депрессивное состояние, аффективно – бредовый психоз (галлюцинаторно-бредовый психоз, паранойяльный психоз).

Травматическая энцефалопатия с гипердинамическим синдромом: преобладает двигательная расторможенность, суетливость, иногда с повышенным настроением с оттенком эйфории. Дети находятся в состоянии постоянного беспокойства, бегают, шумят, вертятся на стуле, часто вскакивают, хватают какие – то вещи, но тут же бросают. Их веселое настроение характеризуется неустойчивостью и беспечностью. Может наблюдаться снижение критики, затруднения в усвоении нового материала. Дети плохо уживаются в коллективе, не усваивают учебный материал, нарушают дисциплину, мешают окружающим.

Депрессивное состояние: может быть спровоцировано психическими травмами. В состоянии, кроме тоскливости, наблюдается тревога, ипохондрические переживания с дисфорической оценкой своего состояния и окружающего.

Аффективно – бредовые психозы (галлюцинаторно-бредовый психоз, паранойяльный психоз):

Галлюцинаторно-бредовый психоз – возникает остро на фоне отчетливых проявлений травматической энцефалопатии с апатическими расстройствами. Провоцируют психоз соматические болезни, хирургические операции. В ряде случаев развитию психоза предшествует сумеречное состояние сознания. Бредовая система, как правило, отсутствует, бред конкретный, простой, галлюцинации истинные, психомоторное возбуждение сменяется заторможенностью, аффективные переживания обусловлены бредом и галлюцинациями.

Паранойяльный психоз – развиваются чаще у мужчин спустя много лет после черепно-мозговой травмы и встречаются в зрелом и позднем возрасте. Типичны сверхценные и бредовые идеи ревности с сутяжными тенденциями. Течение паранойяльного психоза коррелирует с изменениями личности, ригидностью и аффективной насыщенностью переживаний, застреванием на аффективных отрицательных ситуациях.

**Лечение:**

Медикаментозная терапия:

Магния сульфат 25% - 10, 0 в/м № 10 (улучшение кровообращение мозга, седативный эффект, дегидратация)

Пирацетам 20% - 5,0 в\в № 10 ( ноотроп)

Ципрамил 1\2 таблетки утром (антидепрессант)

Фуросемид 1 таблетка утром (петлевой диуретик) + аспаркам 1таблетка 2 раза в день по схеме (препарат калия)

Витамин В 6, 1,0 в\м № 10

Прогноз:

В отношении выздоровления и трудоспособности относительно благоприятный при условии адекватного лечения и соблюдения рекомендаций.

**Социально-профилактические мероприятия и рекомендации:**

Судебно-медицинская экспертиза: больная способна отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Рекомендации:

Соблюдать режим сна и бодрствования, диета в соответствии с сопутствующей патологией.

Принимать: поливитаминные препараты (Алфавит по 1 таб. х 3 раза в день), ноотропы (пирацетам по 1 капс. 2 раза в день), консультация у невропатолога 2 раза в год, консультация психиатра 1 раз в год.

**Литература:**

* Жариков Н.М., «Психиатрия» Москва, Медицина, 2000
* Лакосина Н.Д., «Психиатрия» Москва, Медицина, 1995
* Машковский М.Д., «Лекарственные средства в 2х томах», Москва, Новая волна, 2002 г.