Ярославская Государственная Медицинская Академия

Кафедра Психиатрии, Психотерапии и Медицинской психологии

Заведующий кафедрой:

Профессор Е.А.Григорьева;

Преподаватель:

Ассистент Д.С. Веселов

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Б. Г.В.**

46 лет.

**Диагноз Клинический: F 02.8.2**

**Основной:** Деменция в связи с эпилепсией.

**Осложнение основного**: нет.

**Сопутствующий:** Хронический алкоголизм II стадии.

Куратор: Студентка

V курса, 9группы,

Лечебного факультета

Ярославль 2010 год.

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Дата поступления в клинику: 07.09.09.

ФИО: Б. Геннадий Валентинович

Дата Рождения: 11.03.1963

Пол: Муж;

Домашний адрес:

Место работы: инв. II гр;

Направлен: районным психиатром в плановом порядке;

Диагноз направившего учреждения: Эпилепсия с полиморфными припадками, умственной отсталостью и изменением личности. Бытовое пьянство.

Зарегистрирован в данном году по поводу данного заболевания: повторно.

Доставлен: явился самостоятельно в сопровождении матери на лечение. Госпитализация добровольная.

**Клинический диагноз**:

**Основной:** Деменция в связи с эпилепсией.

**Осложнение основного**: нет.

**Сопутствующий:** Хронический алкоголизм II стадии.

**ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ**

На момент курации пациент жалоб не предъявляет.

**ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ**

На учащение эпилептических припадков в следствие нарушения рекомендованного режима приёма противосудорожных препаратов (забывает принимать таблетки во время алкогольного опьянения).

Из заявления матери пациента: «В последнее время Геннадий стал убегать из дома под любым предлогом, возвращается в нетрезвом состоянии, очень возбуждённый. Ведёт себя вызывающе, грубит. Где и с кем целый день проводит время не рассказывает. В связи с таким поведением нарушает рекомендованный врачами режим. Отказывается ходить на плановые консультации к психотерапевту. Тем временем приступы стали возникать всё чаще. Убедительно прошу поместить Геннадия для лечения в ЯОПБ».

**АНАМНЕЗ ОБЪЕКТИВНЫЙ**

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ:**

Вырос в полной семье. Количество детей в семье – двое: девочка (старшая) и мальчик. Наследственность по линии отца психозами, припадками, психопатией, туберкулёзом, сифилисом, эндокринными, сердечно-сосудистыми и др. патологиями не отягощена.

Отец: возраст к моменту рождения ребёнка: 22 года, образование среднеспециальное: электросварщик, профессиональных вредностей не имел. Психоактивными веществами не злоупотреблял. Характер без акцентуаций.

Мать: возраст к моменту рождения ребёнка: 22 лет, образование: среднеспециальное: швея, профессиональных вредностей не имела.

Ребёнок воспитывался в семье до 7 лет, среднее неполное образование получил в спец. Школе-интернате. Отношения внутри семьи были благополучными. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная, жилищные условия хорошие.

Акушерский анамнез матери: беременность вторая, исход предшествующей беременности: здоровая девочка. Беременность протекала с двумя эпизодами удержания. Роды разрешились в срок, течение родов нормальное. Масса тела ребёнка при рождении 3 400г. Развитие нормальное. Асфиксия, кефалогематома, желтуха, пороки развития выявлены не были.

Особенности развития: моторного (начало удержания головы, сидения, стояния, ходьбы) без задержки; речевого (сроки появления гуления, лепета, отдельных слогов, слов), со значительной задержкой развития на 1,5 года; речь механическая, скандированная. Приобретение навыков опрятности и самообслуживания было затруднено. Аппетит нормальный. Сон нормальный.

Игровая активность была снижена. В ролевых и сюжетных играх не участвовал. Трудно вступал во взаимоотношения со сверстниками: раздражителен, агрессивен, вспыльчив.

Интересы в дошкольном возрасте скудные, инфантильные, примитивные. Употребление местоимения «Я» присутствует. В собственной личности ориентирован.

До 3-х лет перенёс корь и тяжёлое воспаление лёгких. По поводу воспаления лёгких лечился стационарно.

Возраст начала учёбы- 7 лет. Начал обучаться в обычной школе. С программой не справился, был оставлен на второй год. Родителями совместно с педагогами было принято решение о переводе в на обучение в «Лесную школу-интернат» в 1 класс.

В школьном возрасте отличался плохим прилежанием и недисциплинированностью. В общественных мероприятиях участие принимал неохотно, быстро утомлялся, не мог долго концентрировать внимание. Характерна чрезвычайная отвлекаемость. Успеваемость была низкой. Был вялым и малоинициативным. Отношения с родителями были хорошими, доверительными. С учителями на контакт шёл неохотно. Со сверстниками часто вступает в конфликты. Отличался вспыльчивостью и агрессивностью.

Получил среднее неполное образование. Был обучен плетению сетчатых сумок. Официально нигде не работал. В последствии изготавливал сумки на продажу, выполнял несложную домашнюю работу (выносил мусор, тряс половики и т. п.).

Начало половой жизни в 25 лет. Состоял в официальном браке в течение 6 лет. Брак распался по инициативе пациента. Имеет сына. После развода по настоянию матери с сыном не общался.

Привычные интоксикации: курит 1 пачку сигарет в день с 30 лет. Последние 8 лет злоупотребляет алкоголем, страдает бытовым пьянством.

Присутствуют признаки хронического алкоголизма II стадии: абстинентный синдром, изменение картины опьянения, истинные запои, изменения личности - эксплозивность и склонность к дисфориям. В последнее время стал убегать из дома на целый день. Вечером возвращается в состоянии алкогольного опьянения, где он проводит это время близким не сообщает, грубит.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

В 4 года родители стали замечать, что мальчик периодически закатывает глаза, затем к данному симптому присоединились кратковременные потери сознания. За медицинской помощью сразу не обратились. Значительному отставанию в психическом развитии способствовали тяжёлые заболевания (корь и воспаление лёгких), перенесённые до 3-х летнего возраста. Отставание в развитии было замечено в возрасте 4 лет. Применялась педагогические методики коррекции. В последствии развитию слабоумия способствовала эпилепсия. В возрасте 7,5 лет произошёл первый генирализованный тонико-клонический припадок, длительностью около 30 минут, который перешёл в непродолжительный сон. Аура отсутствовала. Припадки чаще возникают утром. Средней частоты. Постприпадочные состояния в виде дисфории. Лечение регулярное с недостаточным эффектом: полностью купировать возникновение приступов при полном соблюдение назначенной схемы лечения не удавалось. Осложнений от проводимой лекарственной терапии зафиксировано не было.

Впервые госпитализирован по поводу данного заболевания в 07.04.72г. по направлению участкового психиатра. Была назначена медикаментозная терапия: Смесь Серейского, Диакарб х 2 таб /день, алоэ, йодистый калий, Хлоранон 0,25х3 раза/день, Триметин 0,05х3 раза/день, поливитамины. При выписке рекомендовано следующая поддерживающая терапия: бессолевая диета, строгий режим с нормированием сна и бодрствования, Смесь Серейского, Диакарб х 2 таб /день, Суксилеб х2 капс/ 1 раз в день, днём.

На фоне проводимой терапии приступы купировать не удавалось, они стали возникать чаще (до 5 раз за двое суток) и продолжительнее ( до 1 часа). В последующем пациент госпитализировался в ОПБ 2 раза в год сначала в детское, затем в подростковое отделение. По достижении возраста 16 лет приступы стали реже, в среднем до 1 в неделю, длительностью не более 30 мин.

По достижении 30 лет необходимость госпитализации возникала не чаще 1 раза в год, в среднем 1 раз в 2 года. Приступы 1-2 раза в месяц, не более 30 мин. Лечился по схеме. Участкового психиатра посещал нерегулярно. Приступы чаще всего возникали из-за нарушения режима приёма препаратов или на фоне эмоционального перенапряжения.

После последней выписки из стационара 06.05.08г. Состояние пациента было стабильным. Лечился по схеме. Обострение болезни связано с нарушением схемы лечения на фоне злоупотребления алкоголем. Социальной дезадаптацией: убегает из дома.

Во время настоящего пребывания в стационаре приступов не возникало.

Анамнез со слов больного соответствует объективному анамнезу.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**Соматическое состояние**

Рост 165 см, вес 77кг. Физические дефекты не выявлены.

Общее сложение: осанка правильная. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Слизистые бледно-розовые. Функциональные и органические расстройства со стороны дыхательной и ССС не выявлены. Зубы поражены кариесом. Стул и мочеиспускание в норме.

**Неврологический статус**

Дефекты развития органов чувств не выявлены.

Черепно-мозговые нервы:

I-Обоняние сохранено,

II-Острота зрения ( OD1,0 ; OS1,0).

III,IV,VI- зрачки округлые, симметричные, диаметром по 2мм. Реакция на свет прямая и содружественная сохранена. Аккомодация и конвергенция в полном объёме.

V- Чувствительность на лице сохранена. Движения нижней челюсти в полном объёме. Напряжения жевательной мускулатуры нет. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы сохранены.

VI- Присутствует лёгкая асимметрия носогубных складок, ширина глазных щелей одинакова с обеих сторон. Оскаливание зубов , нахмуривание бровей, зажмуривание глаз, наморщивание лба симметричное.

VIII- слух не снижен.

IX- X- глотание, фонация, в норме. Сокращение мягкого нёба симметричное. Рефлекс с мягкого нёба проводится.

XII- движения языка в полном объёме.

Двигательные функции:

Мышцы развиты симметрично. Атрофии мышц нет. Пассивные движения в полном объёме. Присутствует лёгкая мышечная атония. Активные движения в полном объёме. Сила мышц несколько снижена. Парезы, параличи- отсутствуют. Синкинезии, гиперкинезы, атетоз, тики не выявлены. Торсионный спазм отсутствует.

Координация движений: пальце-носовая проба положительная, в позе Ромберга устойчив.

Походка: не нарушена. Мимика маловыразительная. Моторика сохранена. Чувствительность: поверхностная и глубокая сохранена. Менингиальные синдромы отрицательные.

Рефлексы: сухожильные, коленные, ахилловы, брюшные- сохранены.

Патологические рефлексы: Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Бехтерева отсутствуют.

Тазовые органы: функционируют нормально.

Вазомоторные секреторные и трофические расстройства: эритема, крапивница отсутствуют. Незначительный акроцианоз и мраморность кожных покровов. Дермографизм стойкий розовый. Слюноотделение и потоотделение в норме.

Припадочные состояния: Со слов матери, припадки чаще возникают в утренние часы, непосредственно после пробуждения. Могут провоцироваться приёмом алкоголя, несоблюдением режима приёма противосудорожных препаратов, переутомление. Предвестников, ауры пациент не отмечает. Припадок начинается внезапно, пациент падает, если находится не в постели, издаёт «нечеловеческий крик». Так как чаще припадки возникают после пробуждения, в постели, серьёзных травм за весь период болезни пациент не получал.

Кожные покровы резко бледнеют. После крика возникает напряжение мышц разгибателей- вытягивается весь, как струна, голова запрокидывается назад. Язык чаще всего западает. Длительность тонической фазы составляет 15-30 сек.

Затем возникают короткие «вибрирующие» сокращения мышц-сгибателей. Чередующиеся с их коротким расслаблением. Кожные покровы становятся резко-цианотичными. Постепенно частота сокращений урежается вплоть до их полного исчезновения. Длительность клонической фазы до 30 мин. Затем больной «засыпает». Сон неглубокий и непродолжительный. Около 20 мин. Цвет кожных покровов постепенно восстанавливается.

Период припадка пациент не помнит.

**Психический статус**

Доступность контакту и ориентировка: во время беседы пациент был спокоен, общителен. В месте, времени, собственной личности, своём состоянии, ситуации, окружающих лицах ориентирован. Представления о времени и пространстве правильные.

Ощущения и восприятия: способность различать цвета основные и дополнительные присутствует. Изменения интенсивности, качества ощущений, иллюзии, галлюцинации отсутствуют. Нарушения оптико-пространственных свойств предметов не выявлены. Расстройства «схемы тела» не определяется. Деперсонализация не обнаружена.

Речь замедленная, монотонная, невыразительная. Словарный запас бедный.

**Мышление**

Мышление в целом конкретное, замедленное, обстоятельное, вязкое с застреваниями, непродуктивное, патологически обстоятельное.

Понятия: простые обобщения доступны, дифференцирует понятия по существенным признакам свободно, по незначительным- затрудняется.

Ассоциативные расстройства: замедление мышления, соскальзывание.

Навязчивые состояния, сверхценные, бредовые идеи, патологические фантазии: не выявлены.

Эмоциональная сфера: настроение сниженное: внимание пациента фиксировано только на отрицательных событиях. Фон настроения тоскливо-злобный, его колебания вспонтанные, по недостаточному поводу. Характерна эмоциональная лабильность, инфантильность. Периодически возникает необъяснимое чувство страха, тревоги. В эти моменты, по словам пациента, он убегает из дома «куда глаза глядят».

Внимание: активное, объём снижен; неустойчивое, быстро истощаемое, односторонне направленное, труднопереключаемое.

Воля: моторика в целом сохранена, поведение критичное, сдержанное. Характерна безинициативность, нерешительность. Навязчивые действия и ритуалы не выявлены. Двигательного возбуждения или расторможенности нет.

Извращения, ослабления, усиления влечений не обнаружено.

Память: Память на прошлые события сохранена, но присутствуют явления парамнезий (путает хронологию событий)- псевдореминисценции. Память на текущие события сохранена.

Интеллект: Запас знаний, умений, навыков не соответствует возрасту. Среде обитания, жизненному опыту - соответствует. Способен к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора.

Наличие умеренной умственной отсталости. Критика к своему состоянию и пребыванию в больнице недостаточная. Строит реалистичные оптимистичные планы на ближайшее будущее (о том, как весной после выписки из больницы поедет на дачу).

**ДАННЫЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**Общий анализ крови.**

Эритроциты – 3,85 \* 1012 /л.

Гемоглобин – 113 г/л

Гематокрит – 30,9

Лейкоциты – 6,4 \* 109 /л.

Эозинофилы – 2%

Палочкоядерные – 1%

Сегментоядерные – 61%

Моноциты – 6%

Лимфоциты – 30%

Тромбоциты – 259 \* 106 /л.

СОЭ – 35 мм.

**Биохимический анализ крови.**

Протромбиновый индекс – 83%

Сахар – 6,0 ммоль/л.

Мочевина – 5,1 ммоль/л.

Билирубин: общий – 15,34; прямой – 3,83; непрямой – 11,51.

**Анализ мочи.**

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Реакция – кислая.

Плотность – 1012

Белок – нет

Желчные пигменты – нет

Уробилин – норма

Лейкоциты – 2-3 в п/з

Эритроциты – 0-1 в п/з.

Цилиндры – нет

Эпителиальные клетки – плоские значительное количество

Соли- оксалаты значительное количество

**РГОГК:** без патологии.

**ЭКГ:** ЧСС 82 в мин. Синусовый ритм. Отклонение электрической оси сердца влево.

**ЭЭГ:** от 10.09.09г. « Серийная эпилептическая активность диффузного характера».

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основной:** Деменция в связи с эпилепсией.

**Осложнение основного**: нет.

**Сопутствующий:** Хронический алкоголизм II стадии.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | ЭпилептическийГенерализованныйСудорожныйприпадок | Истерический припадок |
| Связь с внешними обстоятельствами | Часто без внешних поводов,внезапно. | Волнение; конфликтная ситуация. |
| Продолжительностьсудорожногоприпадка |  1-3 мин |  30 мин и более |
| Падение, травмы | Падение в любой обстановке,Частые травмы. | Падение с предосторожностями;Обычно без травм и ушибов. |
| Судороги | Стериотипные тонические и клонические. | Вычурные разнообразные. |
| Поворот головы и глаз в сторону | Нередко | Не бывает |
| Прикус языка  | Часто | Нет; иногда прикусы губ, щёк. |
| Сознание  | Утрачено, о припадке не помнит. | Сохранено полностью или частично. |
| Окраска лица | Цианоз | Бледность или гиперемия |
| Реакция зрачков на свет | Отсутствует | Сохранена |
| Корнеальный рефлекс | Отсутствует | Сохранён |
| Симптом Бабинского | Часто | Не бывает |
| Реакция на боль | Отсутствует | Сохранена |
| Реакция на вдыхание нашатырного спирта | Отсутствует | Сохранена |
| Упускание мочи | Часто | Не бывает |
| Постприпадочный сон  | Часто | Нет |
| Органические симптомы после припадка | Часто | Нет |

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Основной:** Деменция в связи с эпилепсией.

«Деменция» ставлю на основании

 -данных анамнеза: пациент существенно отставал в период развития в среднем на 1,5 года. Существенно отставало развитие речи, которая в последствии осталась замедленной, монотонной.

 -данных объективного обследования: имеет способности только к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора.

Мышление конкретное, непродуктивное, замедленное, патологически обстоятельное, вязкое, характерны застревания. Инфантилен. Память резко снижена. Круг интересов резко сужен. Запас знаний, умений, навыков не соответствует возрасту. Отсутствует достаточная критика к своему состоянию.

«Эпилепсия» Ставлю на основании

 -данных анамнеза: первые локальные приступы в виде абсансов были замечены в возрасте 4 лет. Первый развёрнутый припадок в 7,5 лет. В 1972 г. Во время госпитализации в ОПБ после проведённого комплексного обследования был выставлен клинический диагноз: Эпилепсия с полиморфными припадками. Слабоумием и изменением личности. Припадки протекают с полной потерей сознания; в течении припадка чётко выделяется тоническая и клоническая фазы. Приступ разрешается через поверхностный непродолжительный сон.

Период припадка пациент не помнит.

 -жалоб больного на учащение припадков, в связи с несоблюдением им режима приёма противосудорожных препаратов, несоблюдением диеты, злоупотреблением алкоголем.

 -данных ЭЭГ от 10.09.09г. « Серийная эпилептическая активность диффузного характера».

 -на основании дифференциального диагноза.

 - на основании наличия положительного эффекта на противосудорожную медикаментозную терапию.

припадки протекают с полной потерей сознания; в течении припадка чётко выделяется тоническая и клоническая фазы. Приступ разрешается через поверхностный непродолжительный сон.

Период припадка пациент не помнит.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Бессолевая диета. Строгое соблюдение режима сна и бодрствования. Воздержание от употребления алкоголя.

### 2-**Противосудорожная терапия:**

### Rp: Tab. Diphenini 0.117

D.S: по 1 таб. х 3 р/д после еды.

Rp: Tab. Primidone 0.250

D.S: по 1 таб. х 3 р/д до еды.

3-**Дегидратационная терапия** – для предупреждения отёка, набухания головного мозга, в следствие побочного действия противосудорожных препаратов.

Rp: Tab. Spironolactone 0.025

D.S: по 1 таб. х 2 р/д .

4-**Восстанавливающая терапия-**

Rp: Tab. Tab. Aminaloni 0,25 –

D.S: по 2 таб. х 2 р/д .

Rp: Caps. Neurovit- 0.

D.S: по 1 rfgc/. х 2 р/д .

**больной заболевание деменция эпилепсия**

**ЭПИКРИЗ**

Б. Геннадий Валентинович ,11.03.1963г.р.

Поступил ЯОПБ планово, по направлению участкового психиатра добровольно, для лечения. На момент поступления предъявлял следующие жалобы: на учащение эпилептических припадков в следствие нарушения рекомендованного режима приёма противосудорожных препаратов (забывает принимать таблетки во время алкогольного опьянения).

Из заявления матери пациента: «В последнее время Геннадий стал убегать из дома под любым предлогом, возвращается в нетрезвом состоянии, очень возбуждённый. Ведёт себя вызывающе, грубит. Где и с кем целый день проводит время не рассказывает. В связи с таким поведением нарушает рекомендованный врачами режим. Отказывается ходить на плановые консультации к психотерапевту. Тем временем приступы стали возникать всё чаще. Убедительно прошу поместить Геннадия для лечения в ЯОПБ».

Объективно: В месте, времени, собственной личности, своём состоянии, ситуации, окружающих лицах ориентирован. Представления о времени и пространстве правильные. Речь замедленная, монотонная, невыразительная. Словарный запас бедный. Мышление в целом конкретное, замедленное, обстоятельное, вязкое с застреваниями. настроение сниженное: внимание пациента фиксировано только на отрицательных событиях. Фон настроения тоскливо-злобный, его колебания вспонтанные, по недостаточному поводу. Характерна эмоциональная лабильность, инфантильность. Периодически возникает необъяснимое чувство страха, тревоги. В эти моменты, по словам пациента, он убегает из дома «куда глаза глядят». Внимание активное, объём снижен; неустойчивое, быстро истощаемое, односторонне направленное, труднопереключаемое. Память на прошлые события сохранена, но присутствуют явления парамнезий (путает хронологию событий)- псевдореминисценции. Память на текущие события сохранена. Объём памяти низкий. Запас знаний, умений, навыков не соответствует возрасту. Среде обитания, жизненному опыту- соответствует. Способен к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора.

Наличие умеренной умственной отсталости. Критика к с своему состоянию и пребыванию в больнице недостаточная. Строит реалистичные оптимистичные планы на ближайшее будущее ( о том, как весной после выписки из больницы поедет на дачу).

Припадочные состояния: Со слов матери, припадки чаще возникают в утренние часы, непосредственно после пробуждения. Могут провоцироваться приёмом алкоголя, несоблюдением режима приёма противосудорожных препаратов, переутомление. Предвестников, ауры пациент не отмечает. Припадок начинается внезапно, пациент падает, если находится не в постели, издаёт «нечеловеческий крик». Так как чаще припадки возникают после пробуждения, в постели, серьёзных травм за весь период болезни пациент не получал. Кожные покровы резко бледнеют. После крика возникает напряжение мышц разгибателей- вытягивается весь, как струна, голова запрокидывается назад. Язык чаще всего западает. Длительность тонической фазы составляет 15-30 сек.

Затем возникают короткие «вибрирующие» сокращения мышц-сгибателей. Чередующиеся с их коротким расслаблением. Кожные покровы становятся резко-цианотичными.

Постепенно частота сокращений урежается вплоть до их полного исчезновения. Длительность клонической фазы до 30 мин. Затем больной «засыпает». Сон неглубокий и непродолжительный. Около 20 мин. Цвет кожных покровов постепенно восстанавливается.

Период припадка пациент не помнит.

ОАК, ОАМ, Биохимия крови, ЭКГ, РГОГК- без изменений. На ЭЭГ признаки эпилептической активности. Динамика заболевания на фоне назначенной медикаментозной терапии благоприятная. (Дифенин по 0.117 х 3 раза в день, Примедон по 0.25х 3 раза в день, Верошпирон по 0.025х 2 раза в день, Аминолон по 0.5 х 2 раза в день, Нейровит х 1 капс. в день.)

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Регулярно наблюдаться у врача-психиатра.

2. Регулярно принимать препараты, соблюдать все рекомендации.

3. Исключить употребление алкоголя.

**ПРОГНОЗ**

**для жизни** - благоприятный, но во время припадка, упав, может нанести себе смертельное повреждение.

**для выздоровления** - неблагоприятный, но при соблюдении режима противосудорожной терапии можно значительно сократить частоту припадков.

**для восстановления трудоспособности** - неблагоприятный. Инвалидность II группы

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. «Психиатрия». Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., М., 1995.

2. «Лекарственные средства», Машковский М.Д., 2000г.

3. Лекции по психиатрии.

4. Справочник VIDAL, 2009г.

5. Методические рекомендации: «Современная классификация эпилептических припадков», Ярославль 2001г. ЯГМА.

6. Методические рекомендации: «Основные принципы и положения медикаментозного лечения эпилепсии», Ярославль 2003г. ЯГМА.

7. Методические рекомендации: «Материалы к курации больных студентами и особенности деонтологии в психиатрии», 2003г. ЯГМА.