ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Ф.И.О, больного**:.

**Возраст:**.

**Пол:**.

**Национальность:**.

**Профессия:**

**Адрес:**

**Дата и время поступления в клинику:** 20 февраля 2006 г. 10:55.

**Кем направлен:** поликлиникой.№ 2

**Диагноз: а) при поступлении:** Рассеянный склероз цереброспинальной формы, стадия ремиссии, прогрессирующее течение.

**б) клинический диагноз:** Рассеянный склероз цереброспинальной формы, стадия ремиссии, прогрессирующее течение.

**Жалобы больного при поступлении в клинику:**

Жалобы на шаткую походку, скандированную речь, плохую память, нарушение чувствительности: мышечную гипотонию боль в области колен и средней трети голеней жгучего характера, исчезающие при растирании, чувство онемения, интенционный тремор верхних конечностей, дрожание при выполнении пальценосовой, пяточно - коленной пробе, нарушение зрения, в частности нечеткое видение изображений, горизонтальный нистагм, отрицательные брюшные рефлексы, головокружения, головные боли ноющего характера в области височных дисков, частые запоры, раздражительность, не может обслуживать себя.

**Развитие настоящего заболевания:**

Со слов больного заболевание началось внезапно, без влияния окружающих факторов весной 2005 года. Появились первые симптомы: шаткая походка, мышечную гипотонию, интенционный тремор, скандированная речь, боли в области колен и средней трети голеней жгучего характера, исчезающие при растирании, головная боль, головокружения, , отрицательные брюшные рефлексы. В связи с этим больной обратился в поликлинику № 2, где впервые был поставлен диагноз: Рассеянный склероз цереброспинальной формы, получал стационарное лечение, с положительным эффектом. Больной был направлен во ВТЭК для решения вопроса о трудоспособности, вследствие чего была выдана вторая группа инвалидности. С февраля заболевание обострилось: усилились первые симптомы, появилось нарушение зрения, плохая память, раздражительность, запоры. В данный момент больной получает стационарную помощь, с положительной динамикой.

**Анамнез:**

Пациент родился в благополучной рабочей семье первым, доношенным, здоровым ребенком. Физически и интеллектуально рос и развивался соответственно гигиеническим нормам. С 6 лет пошел в школу от сверстников не отставал, закончил 11 классов, призвался в армию. Жилищно-бытовые и социальные условия удовлетворительные. Питание регулярное, полноценное, разнообразное.

**Семейное положение**: женат имеет одного полноценного ребенка

 **Перенесенные заболевания:** Со слов больного в 1990 году получил множественные травмы головы, в следствии уличных драк. В 1992 году получи травму- перелом позвоночника, при выполнении производственной работы в траншее, случайно был завален грунтом.

**Наследственность:** не отягощена.

**Эпидемиологический анамнез:**Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции не производились, за пределы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел.

**Эмоционально - нервно - психический анамнез:** в последнее время, со слов матери больной подвергался стрессам, отмечалась повышенная раздражительность и возбудимость.

**Вредные привычки***:* Не курит, алкоголь и наркотики не употребляет **Гемотрансфузионный анамнез:** Группа крови: 4 ая; Rh(-)-отрицательный. Гемотрансфузии раньше не производились.

**Аллергологический анамнез:** Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

**Status preasens objectivus.**

 Общее состояние больного средней тяжести

 Положение больного свободное

 Кожные покровы телесного цвета, тургор кожи сохранён.

 Слизистые оболочки бледно- розового цвета, влажные.

 Подкожный жировой слой развит умеренно.

 Пальпируются шейные, подчелюстные, подключичные лимфоузлы эластической консистенции, при пальпации безболезненны. Шейные - уплощённой формы, диаметром 1- 2 мм, подчелюстные - округлой формы, до 2 мм, подключичные - также. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

 Мышцы развиты умеренно, сила и тонус сохранены, суставы правильной формы, активные и пассивные движения безболезненны, сохранены в полном объёме.

 **Органы дыхания.**

 ***Осмотр.***

Дыхание через нос свободное, голос сохранён, тип дыхания - смешанный. Нормостенический тип грудной клетки: эпигастральный угол равен 90, лопатки умеренно прилежат к телу, над- и подключичные ямки выражены умеренно, ход рёбер косой. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

***Пальпация.***

Поверхностная пальпация безболезненна, паравертебральные точки интактны, при пальпации безболезненны. Грудная клетка эластична. Голосовое дрожание определяется с одинаковой силой в симметричных точках грудной клетки.

***Сравнительная перкуссия***.

Над симметричными точками лёгочной ткани определяется ясный лёгочный звук.

***Топографическая перкуссия.***

Нижние границы правого лёгкого.

По l. parasternalis – 5 межреберье;

По l. medioclavicularis – 6 ребро;

По l. axillaries anterior – 7 ребро;

По l. аxillaries media – 8 ребро;

По l. аxillaries posterior – 9 ребро;

По l. scapularis – 10 ребро;

По l paravertebralis – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

Нижние границы левого лёгкого.

По l. parasternalis – 4 ребро;

По l. medioclavicularis – 6 ребро;

По l. axillaries anterior – 7 ребро;

По l. axillaries media – 8 ребро;

По l. axillaries posterior – 9 ребро;

По l. scapularis – 10 ребро;

По l paravertebralis – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

Верхние границы лёгких.

Спереди – на 3 см выше ключицы;

Сзади – на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

***Аускультация***

Над всеми аускультативными точками: над- и подключичные ямки, 2 межреберье, ямка Марингейма, 3 и 4 межреберье в подмышечной впадине, «тревожная зона», межлопаточное пространство, под лопатками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

 **Сердечно-сосудистая система.**

 ***Осмотр.***

Область сердца без деформаций, сердечный горб и верхушечный толчок визуально не определяются, симптом Мюссе и Квинке отрицательные.

***Пальпация.***

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы.

 Пульс симметричный, ритмичный, 84 удара в минуту, умеренного напряжения и наполнения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий.

***Перкуссия.***

*Границы относительной сердечной тупости.*

Правая в 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины;

Верхняя в 3 межреберье между l.sternalis et parasternalis sinistrae;

Левая в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

*Границы абсолютной сердечной тупости.*

Правая по левому краю грудины;

Верхняя на уровне 4 ребра;

Левая – на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

Границы сосудистого пучка располагаются по краям грудины, его поперечник составляет 6 см.

Конфигурация сердца обычная.

***Аускультация.***

Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные. Соотношение тонов не изменено.

Аускультативно определяется тахикардия. Отмечается акцент 2 тона над лёгочным стволом.

Артериальное давление- 120\80 мм рт. ст.

 **Органы пищеварения.**

Живот правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания.

При пальпации живот мягкий.

Печень не пальпируется.

Поджелудочная железа и селезёнка не пальпируются.

***Перкуссия.***

Границы абсолютной печёночной тупости:

Верхняя граница:

По l. parasternalis – верхний край 6 ребра;

По l. medioclavicularis – на 6 ребре;

По l. axillaries anterior dextra – на 7 ребре.

Нижняя граница:

По l. parasternalis – на 10 ребре;

По l. medioclavicularis – по нижнему правой дуги;

По l. axillaries anterior dextra – на 2 см ниже нижнего края правой рёберной дуги;

По l. mediana anterior – на 3 – 6 см от нижнего края мечевидного отростка.

Размеры печени: по правой среднеключичной линии 10 см., по передней срединой линии 8 см., по левой реберной дуге 7 см.

 **Мочеполовая система.**

***Осмотр.***

В области поясницы видимых изменений не обнаружено.

***Пальпация.***

Мочеточниковые точки интактны, безболезненны. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

 **Эндокринная система**

 ***Осмотр.***

Область щитовидной железы без видимых изменений.

***Пальпация.***

Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная.

***Нервная система***

 *Сознание*: ясное

 *Общемозговые явления*. Головная боль в области височных дисков, ноющего интенсивного характера, постоянная. Головокружения при наклоне головы и при ходьбе. Тошноты и рвоты нет.

 *Менингиальные симптомы*. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кер-

нига, Брудзинского (верхний и нижний), напряжение брюшных мышц - отсутствуют. Реакция на свет нормальная. Феномен Куимова-Керера- отрицательный.

 *Психическое состояние*. Ориентировка во времени, месте сохранена. Больной общительный, контактирует с соседями по палате и с врачами. К своему заболеванию относится спокойно. Внимание не нарушено, отмечается нарушение памяти, не може вcпомнить события., произошедшие с ним в прошлом.

 *Высшие корковые функции*. Речь скандирована, письмо, чтение, счет не нарушены. Моторная, сенсорная, амнестическая афазии отсутствуют.

 *Черепно-мозговые нервы.*

 I пара. Обонятельный анализатор. Обоняние сохранено.

 II пара. Зрительный анализатор. Острота зрения, поле зрения, цветоощущение в норме.

 III, IV, VI пары. Зрачки одинакового диаметра, равномерны. Ширина и равномерность глазных щелей сохранена. Движения глазных яблок сохранены в полном объеме, отмечается горизонтальный нистагм.

 V пара. Жевательные мышцы не напряжены, трофика не нарушена. Движение нижней челюсти при открывании рта нормальное. Болезненности

точек выхода тройничного нерва нет. Чувствительность кожи лица по перифе-

рическому и сегментарному типу (зоны Зельдера) в норме (сохранена). Конъюнктивальный и корнеальный рефлексы в норме.

 VII пара. Лобные и носогубные складки, глазные щели в покое равномерны. Асимметрии при наморщивании лба, нахмуривании бровей,

зажмуривании глаз, оскаливании зубов, свисте, надувании щек (симптом

"паруса") не наблюдается. Вкус на передних 2-х третях языка в норме.

 VIII пара. Слуховой анализатор и вестибулярные функции. Больной отрицает снижение слуха, звон, шум в ухе. Острота слуха в норме.

 IX-X пары. Положение мягкого нёба в покое и подвижность его при

произношении звука "а" нормальное. Глотание сохранено. Дисфагии, фонации, артикуляции речи (бульбарная речь) не наблюдаются. Вкусовой анализатор. Ощу-

щение соленого, кислого, сладкого (задней 1/3 языка) в норме. Рефлекс мягкого

неба, глоточный рефлекс сохранены.

 XI пара. Поднимание плеч и поворот головы не нарушены. Напряжение и трофика

грудино-ключично-сосковой и трапециевидной мышц в норме.

 XII пара. Положение языка во рту и при высовывании (уклонение в

сторону) обычное. Атрофия мышц языка отсутствует.

*Двигательные функции конечностей и туловища.*

 Посредством осмотра, пальпации, измерения объема мышц определили Объем активных и пассивных движений сохранены в полном объеме, мышечная сила по суставам. Проба Баре отрицательная. Мышечный тонус сгибателей и разгибателей, приводящих и отводящих мышц, пронаторов и супинаторов в норме. Симптом зубчатого колеса отрицательный. Шаткая походка. Акинезии, скованности, брадикинезии нет.

 Координация движений. Ходьба с открытыми и закрытыми глазами не нарушена. Симптом Ромберга отрицательный, при усложненной форме наблюдается пошатывание . Пальценосовая, пяточно-коленная пробыположительные. Адиадохокинеза нет. Асинергии Бабинского нет.

 Рефлексы.

 Сухожильные: с двуглавой (С5-С6), трехглавой мышц (С7-С8), колен-

ные (L3-L4), ахилловы (S1-S2) сохранены, слабо выражены.

Надкостничные: пястно-лучевой (С5-С8). Кожные: брюшные (верхний Д7-Д8,

средний Д9-Д10 и нижний Д11-Д12)отрицательные, подошвенный L5-S1 сохранены. Рефлексы со слизистых оболочек: корнеальный, конъюнктивальный, нёбный, глоточный в норме. Зрачковые рефлексы на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранены.

 Патологических рефлексов: пирамидных - Бабинского, Оппенгейма,

Гордона, Шефера, Россолимо, Бехтерева, Жуковского, патологических реф-

лексов на верхних конечностях (Россолимо, Бехтерева, Жуковского), защит-

ных рефлексов, синкинезий, постуральных рефлексов, псевдобульбарных рефлексов (ладонно-подбородочный, губной, хоботковый, сосательный, подбородочный), хватательных рефлексов (симптом Янишевского) **нет.**

*Чувствительность.*

 Субъективные жалобы: парестезии нет. Боли в области колен и средней трети голеней жгучего характера, исчезающие при растирании. Поверхностная чувствительность, мышечно-суставная вибрационная сохранена.

Сложная чувствительность (определение направления движения складки кожи, узнавание написанных на кожи знаков, стереогноз) сохранена.

 Болезненности при движении в точках выхода ветвей тройничного нерва нет. Чувствительность кожи лица (по сегментарному, периферическому

типам) сохранена. Чувствительность слизистых оболочек полости рта, языка и глаз сохранена.

Точки затылочного нерва, плечевого сплетения (точки Эрба), паравертебральные, по ходу межреберных нервов, при давлении на остистые

отростки, точки по ходу седалищного нерва (Валле), бедренного нерва не болезненны.

Болезненности нервных стволов нет. Симптом Ласега, Нери, Вассермана, Мацкевича отрицательные.

*Вегетативная нервная система.*

 Симптом Горнера отрицательный, Кожа нормального цвета, потоотделение в норме. Дермографизм не наблюдается. Трофика кожи не нарушена. Волосяной покров развит умеренно. Симптом Ашнера отрицательный.

***Лабораторные и инструментальные исследования.***

Лабораторные исследования

1. клинический и биохимический анализ крови

2. анализ мочи

Инструментальные исследования

3.МРТ+ контрастирование

 **Результаты исследования**

**1. Общий анализ крови.**

Гемоглобин---134 г\л (N- 130-140 г\л)

Эритроциты---4,4 млн. в 1 мкл (N- 4,0-5,0 млн. в 1 мкл)

Цветной показатель---0,9 (N- 0,85-1,05)

Лейкоциты--- 7700 в 1 мкл (N- 4000-9000 в 1 мкл)

Эозинофилы---7 % (N- 0,5-5 %)

Базофилы--- 0 % (N- 0-1 %)

Палочкоядерные---1 % (N- 1-6 %)

Сегментоядерные---74 % (N- 47-72 %)

Лимфоциты--- 9 % (N- 19-37 %)

Моноциты--- 9 % (N- 3-11 %)

СОЭ--- 10мм\ч(N2-10 мм\ч)

**2. Биохимический анализ крови.**

Билирубин общий – 18,7 мкмоль/л (N- 8,55-20,52 мкмоль\л)

Сахар – 5,7 ммоль/л (N- 4,4-6,6 ммоль\л)

Общий белок – 64 ,3 г/л (N- 60-80 г\л)

Общий холестерин – 5,12 ммоль/л (N- 3,9-5,2 ммоль\л)

Альбумин – 40,4

Креатинин - 111

АсТ - 37

АлТ - 22

Фосфотаза – 20,6

Мочевина – 6,3

Прямой билирубин – 7,4

Альфа- амилаза - 52

**3. Общий анализ мочи.**

Цвет – светло-желтый

Прозрачность – прозрачная

Удельный вес – 1,017

Реакция рН = 5,0

Эритроциты – 1-2 в п.\з.

Лейкоциты – 3-4 в п.\з.

Эпителий – не обнаружен

**4.МРТ**

**обнаружены гиподенсивные очаги демиелинизации диаметром 2-3 мм в пенривентрикулярном пространсве.**

***Топический диагноз.***

*Диагноз и его обоснование*

 На основании жалоб на шаткую походку, скандированную речь, плохую память, нарушение чувствительности: мышечную гипотонию боль в области колен и средней трети голеней жгучего характера, исчезающие при растирании, чувство онемения, интенционный тремор верхних конечностей, дрожание при выполнении пальценосовой, пяточно - коленной пробе, нарушение зрения, в частности нечеткое видение изображений, горизонтальный нистагм, отрицательные брюшные рефлексы, головокружения, головные боли ноющего характера в области височных дисков, частые запоры, раздражительность, не может обслуживать себя.

, анамнеза, клинической картины шаткая походка, мышечную гипотонию, интенционный тремор, скандированная речь, боли в области колен и средней трети голеней жгучего характера, исчезающие при растирании, головная боль, головокружения, отрицательные брюшные рефлексы, методов исследования при МРТ были обнаружены гиподенсивные очаги демиелинизации диаметром 2-3 мм в перивентрикулярном пространстве был поставлен диагноз: Рассеянный склероз цереброспинальной формы, в стадию ремиссии, прогрессирующее течение.

*Дифференциальный диагноз.*

|  |  |
| --- | --- |
| Рассеянный склероз | Опухоли головного мозга |
| Этиология |
| Вирусная инфекция, интоксикации, наследственность, аллергия. | Вирусная инфекция, действие химических препаратов, дизэмбриогенез, генетический фактор. |
|  Патогенез |
| Характеризуется многочисленными очагами демиелинизации в головном и спинном мозге. Очаги разной величины и формы, отличающихся от нормальной нервной ткани цветом и консистенции, (свежие очаги розовой окраски, микроскопически в них выявляется картина периаксиальной демиелинизации нервных волокон, происходит разрастание микроглии, соединительной ткани, формируются глиозные рубцы, замещающие погибшую ткань, образуется «старая» ткань), поражаются спинной мозг - боковые канатики, мозжечок, зрительные нервы. | Новообразования резко нарушают условия существования спинного мозга, сдавливая, разрушая, или прорастая его вещество. Опухоли уменьшают пространство в позвоночном канале, натягивают мозговые оболочки и корешки, нарушают ликворообращение, приводят к расстройствам кровообращения в спинном мозге, сдавливая или прорастая спинальные и корешково - спинальные сосуды. Микроскопически мозг представляется сдавленным, истонченным, атрофичным, при интрамедуллярных опухолях - утолщенным, как бы раздутым. Серое вещество на поперечном разрезе смазано, деформировано, обнаруживается исчезновение нервных клеток. А в белом веществе – дегенерация нервных волокон.  |
| Клиника |
| 1 Поражение зрительного нерва:-нечеткость изображения-переходящая слепота-снижение остроты зрения-скотомы2 глазодвигательные расстройства-диплопия-косоглазие3 пирамидальные симптомы-моно, геми, парапарезы с высокими сухожильными или периостальными рефлексами-клонус стоп-патологические рефлексы4 мозжечковые нарушения триада Шарко:* шаткость при ходьбе
* интенционное дрожание
* нистагм
* скандированная речь

 -дрожание при выполнении пяточно-коленной и пальце - носовой пробах5 расстройства чувствительности в конечностях* онемение
* парестезии

6 невротические расстройства* задержка мочеиспускания
* императивные позывы
* вегето-сосудистая дистония
* поражение лицевого, тройничного нерва и нервов бульбарной группы

7 понижение брюшных рефлексов - побледнение височных половин дисков зрительных нервов - триада Шарко (пентада Марбурга)8 психотические изменения-эмоциональная неустойчивость-эйфория-депрессия-раздражительность-вялость-апатия | Характерно прогрессирующее развитие синдрома поперечного поражения спинного мозга и механическая блокада субарахноидального пространства. В результате прекращается циркуляция цереброспинальной жидкости и в ней развиваются застойные изменения. При экстрамедуллярных опухолях выделяют три стадии: корешковую, стадия половинного поражения спинного мозга, стадия полного поражения спинного мозга. Возникают одно и двусторонние боли и парестезии, сначала периодически , а затем постоянно в связи с чиханием кашлем, иногда в ночное время, при долгом лежании. Снижаются и выпадают сухожильные, периостальные и кожные рефлексы, болезненность при надавливании на остистые отростки и паравертебральные точки в месте локализации опухоли, проводниковые параэстезии, нарушается глубокая чувствительность и возникает центральный парез, а на противоположной стороне нарушается поверхностная чувствительность, при прогрессировании опухоли нижняя параплегия или тетраплегия, гипэстезия, нарушение тазовых органов. |
| Диагностика |
| При МРТ видны очаги демиелинизации, расположенные перивентрикулярно диаметром 2-3 мм. | При МРТ видно округлое образование, различного диаметра, с нечеткой границей. |

***Дневники***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Жалобы | Состояние больного | Назначения  |
| 20,02 | Больной жалуется на головную боль, которая носит интенсивный, ноющий характер, головокружения, шаткая походка, нарушение стула(запор), нарушение зрения., интенционный тремор, нарушение речи, боли в области колен | Состояние средней тяжести. Температура 36,7. АД 110\70. пульс не напряжен, нормального наполнения, ЧСС 80 уд\мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. Кожные покровы телесного цвета. Неврологический статус см. выше. Диурез в норме | ОАМБХОАК+ лечение по схеме |
| 21,02 | Больной жалуется на, головокружения, на нарушение сна, шаткую походку интенционный тремор, нарушение речи, боли в области колен, стул нормализовался. Отмечается нечеткость изображений в глазах | Состояние средней тяжести. Температура 36,7. АД 120\70. пульс не напряжен, нормального наполнения, ЧСС 70 уд\мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. Кожные покровы телесного цвета. Неврологический статус без изменений. Стул и диурез в норме. | По схеме |
| 22,02. | Головная боль носит умеренный характер. У больного восстановился сон. Больной отмечает улучшение своего состояния. Отмечается снижение настроения, боль в области колен сохраняется, зрение улучшилось | Состояние удовлетворительное. АД 110\75. температура 36,8. пульс не напряжен. Нормального наполнения. ЧСС 80 уд\мин.Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. Кожные покровы телесного цвета. Неврологический статус без изменений. Стул и диурез в норме. | МРТ + лечение по схеме |
| 24,02 | Головная боль исчезла, головокружения уменьшились, тремор снизился, речь не изменилась, боли в области колен уменьшились, зрение нормализовалось  | Состояние удовлетворительное. АД 110\75. пульс не напряжен, нормального наполнения. температура 36,8. ЧСС 80 уд\мин.Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. Кожные покровы телесного цвета. Неврологический статус без изменений. Стул и диурез в норме. | По схеме |
| 25,02 | Головная боль исчезла, головокружения уменьшились, тремор снизился, речь не изменилась, боли в области колен уменьшились, зрение нормализовалось | Состояние удовлетворительное. АД 120\70 пульс не напряжен, нормального наполнения. температура 36,8. ЧСС 80 уд\мин.Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. Кожные покровы телесного цвета. Неврологический статус без изменений. Стул и диурез в норме. | По схеме |

***Лечение.***

***БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ***

Rp: Sol. Thiamini chloridi 25 %- 1 ml

 D. t. d № 10 in amp.

 S. вводить в/м по 1 мл через день

Rp: Sol. Piridoxini 5 %- 1 ml

 D. t. d № 10 in amp.

S. вводить в/м по 1 мл 2 раза в день, через день

Rp: Sol. Acidi nicotinici 1 %- 1 ml

 D. t d № 10 in amp.

 S. вводить в/в по схеме 1 мл, 2 мл, 3 мл, до 10 мл, затем снижать на 1 мл ежедневно

Rp: Nootropili mini 0.1 № 50

 D. S.по 1 таблетке 2- раза в день

Rp: Sol. Tocopheroli acetas oleosae 5 %- 10 ml

 D.S принимать по 2-капли-на кусок хлеба через день

Rp: Extraktus Aloe’s fluidi 1.0

 D. t d № 10 in amp.

 S. вводить п/к по 1 мл 1 раз в день

Rp: Sol. Corpus vitrei 2 ml

 D. t d № 10 in amp.

 S. вводить п/к по 2-мл 1 раз в день

**Лечение в остром периоде с выраженной иммуноагрессией**

Rp: Tab. Prednizoloni 0.05 № 20

 D.S принимать по 2 таблетки через день после завтрака в 2 приема

Rp: Sol. Retabolili oleosae 5 %- 1 ml

 D. t d № 10 in amp.

 S. Вводить в/м по 1 мл 1 раз в две недели

Rp: Tab. Spironolactoni 0.025 № 50

 D.S по 1 таблетке утром и днем

Rp: Sol. Acidi ascorbinici 1 %- 1 ml

 D.t d № 10 in amp/

 S. вводить в/в по 5 мл ежедневно

 Rp: Sol. Haemodesi 400 ml

 D.t d № 3

 S. вводить в/в капельно 1 раз в день

Rp: Kopaksoni 20 mg + 1 ml (растворитель)

 D. t d № 15

 S. Вводить п/к по схеме 1 раз в день

***Прогноз***

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный. В целях профилактики избегать инфекций, интоксикаций, переутомления, не рекомендуется смена климатических условий, ограничение физиотерапевтических процедур, противопоказана гиперинсоляция.