**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

1. ФИО
2. 57 лет
3. Пол: мужской
4. Национальность: русский
5. Место работы:
6. Семейное положение: женат
7. Место жительства
8. Дата заболевания:
9. Дата поступления в клинику:

**АНАМНЕЗ**

**1. АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**(ANAMNESIS MORBI)**

* 1. **Жалобы больного при поступлении.** Жалуется на чувство дискомфорта и тянущие боли внизу живота, преимущественно в подвздошных областях, не связанные с приемом пищи и физической нагрузкой, более выраженные при вставании, иногда приступообразно усиливающиеся, не беспокоящие ночью; имеются жалобы на частый (3-4 раза в сутки), жидкий стул со слизью; акт дефекации болезненный, возникает на высоте болей, обычно через 30 минут после приема пищи (преимущественно после завтрака), после акта дефекации боли проходят или значительно уменьшаются; периодически в течение дня возникают ложные позывы к дефекации. Также имеются жалобы на вздутие живота, тяжесть в эпигастрии после еды.
	2. **Развитие и течение болезни.** Считает себя больным с 2004 года, когда впервые стали возникать боли внизу живота, императивные позывы к дефекации, учащение актов дефекации до 3 и более раз в сутки с появлением жидкого стула со слизью. Заболевание с 2004 года не прогрессирует. По поводу данного состояния к врачу впервые обратился лишь в мае 2006 г., проходя санаторно-курортное лечение в санатории «Варзи-Ятчи». В последний месяц отмечается ухудшение состояния, выражающееся в усилении болей и учащении стула. Обратился к участковому терапевту, был направлен на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение МСЧ «Ижмаш» с диагнозом: синдром раздраженного кишечника.

**2. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

**(ANAMNESIS VITAE)**

Место рождения – город Ижевск. Социальное положение: рабочий. В раннем возрасте в развитии от сверстников не отставал. Образование – среднее специальное. Питание нерегулярное, неразнообразное, калорийность средняя. Перенесенные заболевания: в детстве перенес ОРЗ, ветряную оспу, эпидемический паротит.

Служил в армии в 1966 – 1968 гг.

Вредные привычки: не курит, употребление алкоголя умеренное.

Наследственность не отягощена. У матери был калькулезный холецистит, у отца – гастрит. У родственников отсутствовали туберкулез, сифилис, алкоголизм, психические болезни и злокачественные новообразования.

Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных средств и продуктов питания не отмечается. Переливания крови не проводилось.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Походка уверенная. Осанка прямая. Выражение лица обычное. Форма головы не изменена. Квадратного, башенного черепа нет, размягчение костей черепа отсутствует. Мозговой череп преобладает над лицевым.

Глазные щели расположены симметрично. Слизистая склеры, конъюнктивы физиологической окраски. Зрачки одинаковые, правильной формы. Реакция на свет живая, содружественная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, нистагм отсутствуют.

Спинка носа: западания нет; искривление носовой перегородки, дефекты, седловидный нос отсутствуют. Крылья носа в акте дыхания не участвуют. Носогубные складки симметричны. Углы губ находятся на одном уровне; трещин, заед, высыпаний нет. Губы физиологической окраски.

Язык высовывается по срединной линии, имеется белый налет; сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Задняя стенка глотки гладкая, блестящая, физиологической окраски; налетов, кровоизлияний нет.

Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников лакунах нет.

Десны розовые, кровоточивости, гноетечения нет.

Зубы: кариозные поражения отсутствуют, зубных протезов нет, все зубы присутствуют.

Шея средних размеров, кровенаполнение сосудов нормальное; кривошеи, ограничения движения нет; воротника Стокса, ожерелья Венеры нет. Щитовидная железа не пальпируется.

Запах тела и выдыхаемого воздуха физиологический. Телосложение правильное. Конституция гиперстеническая. Повышенное питание. Подкожная жировая клетчатка – 2,5 см в области реберной дуги.

Кожные покровы физиологической окраски; сыпи, язв, пролежней нет. Коллатеральное кровообращение отсутствует.

Оволосение по мужскому типу. Ногти физиологической окраски, расслоения, исчерченности нет. Ногтей в виде «часовых стекол», пальцев в виде «барабанных палочек» нет.

Пальпация кожи: тургор сохранен, влажность сохранена, эластичность кожи на тыльной стороне кистей снижена.

Лимфоузлы: околоушные, собственно шейные, заушные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные, подколенные, – не пальпируются.

Кости безболезненны, не деформированы, опорная функция не нарушена. Суставы: движения в полном объеме, безболезненны, кожа над суставами не изменена. Мышцы безболезненны; функции и сила не изменены и симметричны. Позвоночник имеет физиологические изгибы, безболезненный; движение в полном объеме.

Отеков на лице, крестце, голенях нет.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ**

**1. Осмотр грудной клетки.** Грудная клетка гиперстеническая..

Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания, отставания одной половины от другой нет. Брюшной тип дыхания. Ритм дыхания правильный. Дыхательные движения средней глубины; частота дыхательных движений – 16 в минуту. Объективные признаки одышки: изменение частоты и глубины дыхания, участие вспомогательной мускулатуры и крыльев носа в акте дыхания, акроцианоз, ортопноэ, – отсутствуют.

**2. Пальпация.** Резистентность грудной клетки нормальная. Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц, ребер нет. Голосовое дрожание не изменено, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Ощущения трения плевры при пальпации нет. Экскурсия грудной клетки при спокойном дыхании составляет 3 см, максимальная экскурсия – 8 см.

**3. Перкуссия грудной клетки.**

А. Топографическая перкуссия:

Определение нижних границ легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опознавательная линия** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Срединно-ключичная | VI ребро | – |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |

Определение активной подвижности легких по линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опознавательная линия** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Срединно-ключичная | 5 см | – |
| Средняя подмышечная | 7 см | 7 см |
| Лопаточная | 6 см | 6 см |

Высота стояния верхушек легких: спереди (относительно ключицы) – 3 см справа и слева; сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка справа и слева. Ширина полей Кренига – 6 см справа и слева. Полулунное пространство Траубе свободно.

Б. Качественная перкуссия: над симметричными участками легких перкуторный звук легочный, не измененный.

**4. Аускультация.** Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы: хрипы, шум трения плевры, крепитация, – отсутствуют. Бронхофония не изменена, выслушивается в виде неясного бормотания.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**1. Осмотр.**

Осмотр сердечной области: сердечный горб отсутствует; верхушечный толчок на глаз не определяется. Отрицательного верхушечного толчка нет. Сердечный толчок отсутствует. Эпигастральная пульсация отсутствует.

Осмотр крупных сосудов: пульсация височных артерий, пляска каротид, набухлость шейных вен, венный пульс не наблюдается. Симптом «червячка», капиллярный пульс Квинке, варикозное расширение вен на нижних конечностях, расширение подкожных вен на грудной клетке отсутствуют. Симптом Альфреда Мюссе отсутствует.

**2. Пальпация.** Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; ритмичный, ограниченный (площадь 2 см2), средней силы и высоты. Сердечный толчок не определяется.

Симптом «кошачьего мурлыканья», трение перикарда отсутствуют. Ретростернальная пульсация аорты не пальпируется.

Пульс одинакового наполнения на обеих руках. Правильный (pulsus regularis), мягкий (pulsus mollis), полный (pulsus plenuus). Частота пульса – 72 в минуту. Форма и величина пульса не изменены.

**3. Перкуссия сердца.** Определение границ относительной тупости сердца:

- Правая – правый край грудины, 4 межреберье;

- Левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье;

- Верхняя – 3 ребро, левая парастернальная линия.

Ширина сосудистого пучка – 5 см.

**4. Аускультация.**

А. Аускультация сердца:

I точка: выслушиваются 2 тона; 1 тон громче, чем 2 тон.

II точка: выслушиваются 2 тона; 1 тон громче, чем 2 тон.

III точка: выслушиваются 2 тона; 2 тон громче, чем 1 тон.

IV точка: выслушиваются 2 тона; 2 тон громче, чем 1 тон.

Точка Боткина-Эрба: выслушиваются 2 тона; 2 тон громче, чем 1 тон.

Изменений тембра и конфигурации тонов ни в одной из точек аускультации нет. Ритм перепела, ритм галопа не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует.

Б. Аускультация сосудов:

На сонных, подключичных артериях выслушиваются 2 тона. Тоны Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье при аускультации бедренной артерии отсутствуют. Симптом Сиротинина-Куковерова отсутствует. Шум волчка при выслушивании яремных вен отсутствует.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**1. Осмотр полости рта.** Язык высовывается по срединной линии, имеется белый налет; сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Задняя стенка глотки гладкая, блестящая, физиологической окраски; налетов, кровоизлияний нет. Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников лакунах нет. Десны розовые, кровоточивости, гноетечения нет. Зубы: кариозные поражения отсутствуют, зубных протезов нет, все зубы присутствуют.

**2. Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении.** Форма живота обычная, пупок втянут. Расширенные кожные вены, пигментация, цианотические участки отсутствуют. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не отмечаются.

**3. Поверхностная пальпация живота в вертикальном и горизонтальном положении.** Местная и разлитая болезненность не отмечаются. Общее и местное напряжение отсутствует. Грыжевые отверстия, расхождение прямых мышц живота, опухолевидные образования отсутствуют. Асцит методом флюктуации не определяется. Увеличение органов брюшной полости не отмечается.

**4. Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско.**

Сигмовидная кишка прощупывается в левой подвздошной области, слегка болезненна, имеет форму цилиндра толщиной 2 см, плотноватой консистенции, с гладкой поверхностью, подвижность – 2 см в обе стороны; урчание не отмечается.

Слепая кишка прощупывается в правой подвздошной области в форме слегка болезненного, гладкого цилиндра мягкой консистенции, толщиной 3 см; подвижность – 1 см в обе стороны; отмечается небольшое урчание; поверхность гладкая.

Терминальный отдел подвздошной кишки прощупывается в правой подвздошной области в форме безболезненного, гладкого, плотного цилиндра диаметром 1 см; подвижность – 3 см в обе стороны; урчание не отмечается.

Червеобразный отросток слепой кишки не пальпируется.

Малая кривизна желудка не пальпируется, большая кривизна желудка пальпируется на уровне пупка, безболезненна; привратник не пальпируется.

Поперечная ободочная кишка прощупывается на 2 см ниже пупка в виде плотноватой консистенции безболезненного цилиндра толщиной 2,5 см, с гладкой поверхностью; подвижность в обе стороны – 4 см; урчание отсутствует.

Восходящий отдел ободочной кишки прощупывается в области правого фланка в виде мягкой консистенции цилиндра с гладкой поверхностью, толщиной 3 см, слегка болезненный, малоподвижный; имеется урчание.

Нисходящий отдел ободочной кишки прощупывается в области левого фланка в виде мягкой консистенции цилиндра с гладкой поверхностью, толщиной 3 см, безболезненный, малоподвижный; урчание отсутствует.

**Пальпация печени по Образцову.** Нижний край печени не выступает из-под правой реберной дуги, находится у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии; мягкий, с гладкой поверхностью, острый, ровный, безболезненный. Пульсация при пальпации печени не отмечается.

**Пальпация желчного пузыря.** Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы **Захарьина, Лепене, Кера-Гаусмана, Ортнера, Образцова-Мерфи, Курвуазье, Георгиевского-Мюсси** отрицательные.

**Пальпация поджелудочной железы.** Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в треугольнике Шоффара не отмечается. Болезненность в точке Дежардена отсутствует. Симптомы Гротта, Мейо-Робсона, Катча отрицательные.

**Пальпация селезенки в горизонтальном положении и на правом боку (по Сали).** Селезенка не прощупывается.

Симптом Поргеса отрицательный.

**5. Перкуссия живота.** Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Образцова отрицательный.

Перкуторные размеры печени по Курлову:

- 10 см – по правой срединно-ключичной линии;

- 9 см – по передней срединной линии;

- 7 см – по левой реберной дуге.

Перкуторные размеры селезенки: продольный – 7 см, поперечный – 6 см.

**6. Аускультация.** Выслушиваются шумы во всех отделах кишечника. Шум трения брюшины над печенью, селезенкой не выслушивается.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

**1. Осмотр.** Осмотр поясничной области: припухлости, покраснения кожных покровов нет. Визуально определяется увеличение мочевого пузыря.

**2. Пальпация.** Пальпация почек по Образцову и Боткину: почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется.

Пальпация по ходу мочеточников: безболезненна.

**3. Перкуссия.** Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуссия мочевого пузыря: перкуторный звук над мочевым пузырем тимпанический.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Синдром раздраженного кишечника. **Обоснование предварительного диагноза:** Предварительный диагноз поставлен на основании наличия у курируемого больного следующих синдромов:

- болевой синдром: абдоминальная боль тянущего характера в подвздошных областях, уменьшающаяся или исчезающая после акта дефекации, не связанная с приемом пищи и физической нагрузкой, не беспокоящая ночью, усилившаяся в течение последнего месяца параллельно с учащением стула.

- дискинетический синдром: учащение стула (3-4 раза в сутки), изменение консистенции кала (жидкий стул с выделением слизи), нарушение акта дефекации (болезненный акт дефекации, тенезмы), вздутие живота. Данные признаки присутствуют на протяжении всего времени бодрствования.

Данные синдромы присутствуют у больного на протяжении 2 лет, что соответствует Римским диагностическим критериям синдрома раздраженнного кишечника:

1. Абдоминальная боль (или дискомфорт), имеющая 2 из 3 особенностей:

**-** обычно уменьшается после дефекации;

**-** ассоциированная с изменением частоты дефекации;

**-** ассоциированная с изменением консистенции кала.

1. Симптомы, длящиеся более 25% времени суток:

- изменение частоты стула (более 3 раз в 1 сутки или менее 3 раз в 1 неделю);

- изменение консистенции кала (твердый, «овечий» или жидкий, водянистый);

- нарушение акта дефекации (напряжение при дефекации, императивные позывы, чувство неполного опорожнения);

- выделение слизи с калом;

- вздутие или чувство распирания в животе.

Данные симптомы должны присутствовать в течение периода более 3 месяцев.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Лабораторные исследования:

- общий анализ крови;

- биохимический анализ крови;

- общий анализ мочи;

- анализ кала;

1. Инструментальные исследования:

- сигмофиброскопия;

- УЗИ органов брюшной полости и малого таза;

- эзофагогастродуоденоскопия;

- электрокардиография.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**1. Данные лабораторных исследований.**

1). Анализ мочи (11.07.06 г.):

Цвет – соломенно-желтый

Удельный вес – 1023 (в норме 1012-1025)

Прозрачная

Эпителий плоский – 0-1 в п/зр. (в норме 0-1 в п/зр.)

Лейкоциты – 1-3 в п/зр. (в норме 0-3 в п/зр.)

Белок – 0 г/л

Соли – оксалаты в небольшом количестве

Заключение: анализ мочи в норме.

2). Полный анализ крови (11.07.06 г.):

Эритроциты – 4,75∙1012 (в норме 4,5-5∙1012)

Hb – 129 г/л (в норме 120-180 г/л)

Лейкоциты – 8,2∙109 (в норме 4-9∙109)

Нейтрофилы юные – 0% (в норме 0-1%)

Нейтрофилы палочкоядерные – 3% (в норме 1-5%)

Нейтрофилы сегментоядерные – 62% (в норме 47-72%)

Базофилы – 0% (в норме – 0-1%)

Эозинофилы – 2% (в норме – 0,5-5%)

Лимфоциты – 26% (в норме 19-37%)

Моноциты – 7% (в норме 3-9%)

СОЭ – 12 мм/ч (в норме 4-10 мм/ч)

Заключение: общий анализ крови в норме.

3). Биохимический анализ крови (29.06.06 г.):

Билирубин общий – 13 мкмоль/л (в норме 8,5-20,5 мкмоль/л)

Холестерин – 8,33 ммоль/л (в норме 3,5-6,3 ммоль/л)

АСТ – 47,3 ед/л (в норме до 41,0 ед/л)

АЛТ – 41,8 ед/л (в норме до 38,0 ед/л)

ЩФ – 231,8 ед/л (в норме 100 – 290 ед/л)

ГГТ – 48,1 ед/л (в норме 11,0 – 61,0 ед/л)

Заключение: увеличение активности АЛТ, АСТ.

4). Определение уровня глюкозы в крови (11.07.06 г.):

5,4 ммоль/л (в норме 3,3 – 5,5 ммоль/л) – в норме.

5). Копрологическое исследование (11.07.06 г.):

Форма – неоформленный

Консистенция – мягкий

Цвет – коричневый

Слизь +++

Реакция на кровь – 0

Мышечные волокна: пер. – 2 в п/зр., непер. – 1 в п/зр.

Нейтр. жир – 1 в п/зр.

Жирные кислоты – 0-1 в п/зр.

Непер. клетчатка – 1-2 в п/зр.

Пер. клетчатка – 1 в п/зр.

Крахмал – 1 в п/зр.

Йодоф. бактерии – 0-1 в п/зр.

Лейкоциты – 0 в п/зр.

Эритроциты – 0 в п/зр.

Простейшие – не обн.

Заключение: признаки дискинетического синдрома с ускоренной эвакуацией по толстой кишке.

**2****. Данные инструментальных исследований.**

1). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (12.07.06 г.).

Заключение: Хронический холецистит. Диффузные изменения печени, pancreas. Увеличен диаметр воротной и селезеночной вен.

2). Ультразвуковое исследование мочевого пузыря (12.07.06 г.).

Заключение: Гиперплазия простаты. Не исключается хронический простатит.

3). Электрокардиография (11.07.06 г.).

Ритм синусовый. Положение ЭОС промежуточное. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

4). Дуоденогастрофиброскопия (13.07.06 г.).

Пищевод свободно проходим; в нижней трети слизистая гиперемированная, отечная, с мелкими эрозиями. Наблюдаются эндоскопические признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия. Желудок раскрылся хорошо, содержит слизь, складки продольные, эластичные. Слизистая желудка ярко-розовая, привратник округлый, без особенностей; луковица duodenum рубцово деформирована, проходима. Слизистая луковицы duodenum гиперемирована, отечна, с эрозией d=0,2 см. Заключение: Эрозивный бульбит. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрозивный эзофагит. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

5). Сигмофиброскопия (21.06.06 г.).

Анус без особенностей, сфинктер – спавшиеся геморроидальные узлы. Осмотрены прямая и сигмовидная кишка. Слизистая гладкая, сосудистый рисунок четкий, складки правильной формы, эластичные. Тонус нормальный. Заключение: Внутренний геморрой вне обострения.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

а). Основное заболевание: Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, стадия обострения.

б). Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит. Эрозивный бульбит. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрозивный эзофагит. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Внутренний геморрой вне обострения. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Гиперплазия простаты.

в). Осложнения основного заболевания: — .

**Обоснование клинического диагноза:**

Различают 3 основных клинических формы СРК:

1. Алгическая форма, харктеризующаяся преобладанием в клинике абдоминальной боли и метеоризма;
2. С преобладанием диареи, характеризующаяся наличием признаков: учащение стула более 3 раз в сутки, жидкий кал и императивные позывы к дефекации;
3. С преобладанием запоров, характеризующаяся наличием признаков: урежение стула менее 3 раз в неделю, твердый кал и натуживание на протяжении всего акта дефекации.

Поскольку в клинике у больного преобладает более выраженное в течение последнего месяца учащение стула до 3-4 раз в сутки с выделением жидкого кала со слизью, имеются тенезмы, ставится диагноз основного заболевания: синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, стадия обострения.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Диета: стол 5«п», в рационе ограничиваются продукты, содержащие грубую клетчатку, исключаются острые приправы, продукты, богатые эфирными маслами, сырые овощи, фрукты, ограничивается молоко. Режим: полупостельный.

Медикаментозное лечение:

1. Антидиарейные препараты:

Rp.: Loperamidi 0,002

D.t.d N. 30 in caps.

S. По 1 капсуле 2 раза в сутки.

Rp.: Diosmectiti 3,0

D.t.d. N. 45

S. По 1 пакетику 3 раза в сутки после еды

2. Спазмолитики:

Rp.: Meteospasmyli N. 20 in caps.

D.S. По 1 капсуле в день в течение 2 недель

Rp.: Sol. Platyphillini 0,2% - 1 ml

D.t.d. N 15 in amp.

S. Внутримышечно 1 раз в день

Rp.: Tab. Diceteli 0,05 N.50

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды

3. Ферментные препараты:

Rp.: Tab. Pancreatini 0,25 N. 100

D.S. По 2 таблетки 3 раза в день перед едой

Rp.: Tab. Mezym Forte N. 50

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день перед едой

4. Эубиотики:

Rp.: Bifidumbacterini N. 100 in pulv.

D.S. По 2 пакетика во время еды 2 раза в день

Rp.: Colibacterini sicci N. 30 in. logenis

D.S. По 2 дозы 3 раза в день внутрь за 30 минут до еды, разведя в 2 чайных ложках кипяченой воды.

5. Цитопротекторы:

Rp.: Tab. Venteri 0,5 N. 60

D.S. По 1 таблетке 4 раза в сутки за 30 минут до еды.

6. Антациды (ингибиторы протонного насоса):

Rp.: Omeprazoli 0,02

D.t.d. N. 30 in caps.

S. По 1 капсуле 2 раза в день.

7. Витаминные препараты, метаболическая терапия:

Rp: Sol. Acidi nicotinici 1%-1ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 ампуле внутримышечно 1 раз в день

Rp.: Tab. Methyluracili 0,5 N. 60

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml

Sol. Panangini 5 ml

Sol. Riboxini 10 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200 ml

M.D.S. Внутривенно капельно

8. Ноотропы:

Rp.: Sol. Pyracetami 20% - 5 ml

D.t.d. N. 15

S. По 1 ампуле внутримышечно 1 раз в сутки

Рекомендована психотерапия, аутогенная тренировка, ЛФК.