# Краткая характеристика врача-интерна.

Березин Владислав Аркадьевич, успешно окончивший в 2002г. ТВЕРСКУЮ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ ГОСУДАРСТВЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ АКАДЕМИЮ, на основании приказа врачебно-санитарной службы управления ФГУП Октябрьской железной дороги МПС России от 21.07.02. за № НВЫК 4/33 был принят с 1.08.2002. по 10.06.2003. на должность врача - интерна неврологического отделения ГУЗ “ДКБ”.



За время прохождения интернатуры показал высокий уровень теоретической подготовки, в полном объеме овладел необходимыми практическими навыками по выбранной специальности. В повседневной работе проявлял любознательность, настойчивость в усвоении новых знаний и навыков.

Участвовал в научно-практической работе кафедры неврологии СПбИУВЭКа, в частности принимал участие в создании научной работы “Вегетативная дистония у лиц молодого возраста с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения” под руководством зав. каф., д.м.н., проф. А. Ю. Макарова и доцента кафедры, к.м.н. Д.В.Гуревича. Регулярно посещал заседания научного общества неврологии, консилиумы, совместные консультации и обходы с участием профессора, доцента и ассистентов кафедры неврологии СПбИУВЭКа.

Соблюдал основы деонтологии при общении с пациентами и коллегами, принимал активное участие в общественной жизни коллектива.

В периоды с 13.04.03 по 25.04.03 в рамках программы прохождения интернатуры работал в ГИБ № 30 им. С.П. Боткина в качестве врача-интерна на отделении нейроинфекции, а так же в период с 12.05.03. по 26.05.03. на отделении нейрохирургии ГУЗ “ДКБ”.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ ИНТЕРНАТУРЫ

1.08.02 – 1.10.02.

1. Посещение цикла занятий (с 9-00 до 14-00) по общей неврологии и топической диагностике, проводимых кафедрой неврологии СПбИУВЭКа с группой интернов на базе неврологического отделения ГУЗ “ДКБ”. Преподаватели – к.м.н. доцент каф. Д.В.Гуревич, к.м.н. ас. каф. Л.Г.Гончарова. Темы цикла:

-Функциональная морфология нервной системы.

-Общая чувствительность и ее нарушения

-Рефлексы и их изменения.

-Произвольные движения и их нарушение.

-Экстрапирамидные нарушения

-Мозжечок, расстройства координации.

-Обонятельный нерв.

-Зрительный нерв.

-Глазодвигательный нерв.

-Блоковый нерв.

-Отводящий нерв.

-Тройничный нерв.

-Лицевой нерв.

-Предверно-улитковый нерв.

-Языкоглоточный нерв.

-Блуждающий нерв.

-Добавочный нерв.

-Подъязычный нерв.

-Бульбарный, псевдобульбарный параличи.

-Расстройства высших мозговых функций.

-Функции вегетативной нервной системы.

-Симптомы поражения различных долей головного мозга.

- Симптомы поражения мозгового ствола и черепных нервов.

-Симптомы поражения спинного мозга.

2. Итоговое, зачетное занятие по вышеперечисленным темам.1.10.02. Ведут занятие зав. каф., д.м.н., проф. А. Ю. Макаров и доцент кафедры, к.м.н. Д.В.Гуревич.

3. Курация больных.(с 14-00 до 16-30) постоянно 6 человек.

4. Посещение и ознакомление с диагностическими подразделениями больницы – лабораторией, кабинетом СКТ, кабинетом рентгенодиагностики, кабинетом ритмографии, ознакомление с финансово – экономическими аспектами деятельности больницы – системами ОМС и ДМС, их преимуществами и недостатками.

5. Зачет по теме ведения и заполнения медицинской документации (приказ 50) Специфические нормативные ведомственные приказы – 15 ЦЗ, 90, принципы построения и использования. Экзаменатор- зам. глав. врача по клинико-экспертной работе Вахмянинова Тамара Яковлевна.

1.10.02-1.03.03

1. Посещение цикла занятий (с 9-00 до 14-00) по частной неврологии проводимых кафедрой неврологии СПбИУВЭКа с группой интернов на базе неврологического отделения ГУЗ “ДКБ”. Преподаватели – к.м.н. доцент каф. Д.В.Гуревич, к.м.н. ас. каф. Л.Г.Гончарова. Темы цикла:

-Инфекционные заболевания нервной системы( менингиты, энцефалиты, миелит, полиомиелит, нейроСПИД, церебральный арахноидит).

-Демиелинизирующие заболевания (постинфекционные, поствакцинационные поражения, рассеянный склероз).

-БАС, сирингомиелия, сирингобульбия, фуникулярный миелоз.

-Поражение периферической нервной системы.

-Лицевые боли.

-Вертеброгенные заболевания нервной системы.

-Сосудистые заболевания нервной системы.

-Сосудистые заболевания спинного мозга.

-Поражения при системных васкулитах.

-Эпилепсия.

-Неврологические расстройства при соматических заболеваниях.

-Нервно-мышечные заболевания.

-Миастения.

-Факоматозы.

-Наследственные заболевания.

-Травмы головного и спинного мозга.

-Опухоли головного и спинного мозга.

-Неотложные состояния в неврологии.

2. Итоговое, зачетное занятие по вышеперечисленным темам.1.03.03. Ведут занятие зав. каф., д.м.н., проф. А. Ю. Макаров и доцент кафедры, к.м.н. Д.В.Гуревич.

3. Участие в научно-практической работе кафедры неврологии СПбИУВЭКа, - участие в создании научной работы “Вегетативная дистония у лиц молодого возраста с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения” под руководством зав. каф., д.м.н., проф. А. Ю. Макарова и доцента кафедры, к.м.н. Д.В.Гуревича.(охвачено 15 больных)

4. Посещение заседаний научного общества неврологии, консилиумы, совместные консультации и обходы с участием профессора, (осмотрено 18 человек), доцента.( осмотрено 28 человек) и ассистентов кафедры неврологии.( осмотрено 2 человека) СПбИУВЭКа.

5. Курация больных (с 14-00 до 16-30) постоянно 6 человек + 1 в ПИТе.

6. Посещение и ознакомление с диагностическими подразделениями больницы - кабинетами МРТ, Эхоэнцефалограммы, ЭЭГ, кардиоритмографии.

7. Освоение методики эхоэнцефалограммы , самостоятельное выполнение процедуры.

8. Люмбальная пункция- самостоятельное выполнение процедуры.

9. Регулярное участие в больничных конференциях и разборах больных, присутствие на паталого-анатомических вскрытиях (11 раз).

10. Зачет по теме “Внутрибольничные инфекции-пути профилактики”. Экзаменатор- зав. неврол. отд. ДКБ Н.Ю. Сахарова.

1.03.03.-13.04.03

1. Курация больных.(с 9-00 до 16-30)(сводный отчет далее)

6 человек в палате + 1 в ПИТе.

2. Продолжение участия в создании научной работы “Вегетативная дистония у лиц молодого возраста с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения” под руководством зав. каф., д.м.н., проф. А. Ю. Макарова и доцента кафедры, к.м.н. Д.В.Гуревича, (охвачено 38 больных).

3. Посещение заседаний научного общества неврологии, консилиумы, совместные консультации и обходы с участием профессора.( осмотрено 18 человек), доцента и ассистентов кафедры неврологии СПбИУВЭКа.(осмотрено 35 человек)

4. Регулярное участие в больничных конференциях и разборах больных, присутствие на паталого-анатомических вскрытиях (2 раза).

13.04.03.-25.04.03.

1. В рамках программы прохождения интернатуры работал в ГИБ № 30 им. С.П. Боткина в качестве врача-интерна на отделении нейроинфекции. (охвачено 43 больных)
2. Продолжение участия в создании научной работы “Вегетативная дистония у лиц молодого возраста с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения” под руководством зав. каф., д.м.н., проф. А. Ю. Макарова и доцента кафедры, к.м.н. Д.В.Гуревича, (охвачено 3 больных).
3. Зачетное занятие по теме Нейроинфекции. Экзаменатор-

Э.Р. Шафикова.

25.04.03.-12.05.03.

1. Курация больных.(с 9-00 до 16-30)(сводный отчет далее)

6 человек в палате + 1 в ПИТе.

2. Продолжение участия в создании научной работы “Вегетативная дистония у лиц молодого возраста с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения” под руководством зав. каф., д.м.н., проф. А. Ю. Макарова и доцента кафедры, к.м.н. Д.В.Гуревича, (охвачено 4 больных).

3. Регулярное участие в больничных конференциях и разборах больных, присутствие на паталого-анатомических вскрытиях (2 раза).

4. Посещение заседаний научного общества неврологии, консилиумы, совместные консультации и обходы с участием профессора.( осмотрено 3 человека), доцента и ассистентов кафедры неврологии СПбИУВЭКа.(осмотрено 5 человек).

12.05.03.-26.05.03.

1. Работа на отделении нейрохирургии ГУЗ “ДКБ”

2. Курация больных. (с 9-00 до 16-30 )нейрохирургического профиля. ( Охвачено 25 больных).

3. Регулярное участие в больничных конференциях и разборах больных, присутствие на паталого-анатомических вскрытиях (1 раз).

4. Посещение заседаний научного общества неврологии, консилиумы, совместные консультации и обходы с участием профессора.( осмотрено 1 человек), доцента и ассистентов кафедры неврологии СПбИУВЭКа.(осмотрено 5 человек)

26.05.03.-9.06.03.

Цикл занятий в клинике неврологии СПбГМУ им. Павлова под руководством Е.Л. Пугачевой.

10.05.03.

Аттестационный экзамен.

**Сводный отчет.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Характер деятельности | 1семестр | 2семестр | Всего |
| Проведено дежурств | 5 | 12 | 17 |
| Участие в больничных конференциях | 2 | 8 | 10 |
| Прослушано лекций | 11 | 8 | 19 |
| Проведено семинаров | 0 | 1 | 1 |
| Посещение заседаний научных обществ | 3 | 4 | 7 |
| Участие в составлении отчета | 1 | 1 | 2 |
| Прочитанная реферированная литература | 5 | 2 | 7 |
| Участие в научной работе | 1 | 1 | 1 |
| Курация больных (с ведением истории болезни) | 44 | 68 | 112 |
| Выполнено Л П | 0 | 12 | 12 |
| Выполнено Эхо-ЭС | 0 | 19 | 19 |
| Прочитано Санитарно-просветительских лекций для больных и млад. мед. персонала | 4 | 2 | 6 |
| Присутствие на паталогоанатомических исследованиях | 2 | 5 | 7 |
| Участие в клинических разборах, консилиумах, консультациях с участием профессора, доцента каф. неврологии СПбИУВЭКа | 18  (чел) | 32 | 50 |
| Курировано больных в ПИТе (с ведением истории болезни) | 2 | 15 | 17 |
| Курировано больных нейрохирургического профиля | 0 | 11 | 11 |
| Присутствие на операциях нейрохирургического профиля-опухоли головного мозга, грыжи м/п дисков | 0 | 3 | 3 |
| Курация больных на отделении нейроинфекции ГИБ № 30 им. Боткина | 0 | 35 | 35 |
| Участие в реанимационных мероприятиях | 1 | 0 | 1 |
| Участие в купировании эпилептического тонико-клонического припадка | 0 | 1 | 1 |

**Курация больных по месяцам:**

Август

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)  со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга | 1 |  | 2 | 1 | 4 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга |  |  |  |  |  |
| 3.Эпилепсия |  |  |  |  |  | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 2 | 1 | 1 |  | 4 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) |  |  | 1 | 1 | 2 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания |  |  |  |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  | 1 |  |  | 1 |
| 9. Вегетативная дистония | 1 |  | 1 | 1 | 3 |  |
| 10.Прочие | 1 |  | 1 |  | 2 |  |

Сентябрь

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга |  | 1 | 1 |  | 2 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга |  |  |  | 1 | 1 |
| 3.Эпилепсия |  |  | 1 |  | 1 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 1 |  |  | 1 | 2 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) |  | 1 |  |  | 1 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания |  |  | 1 |  | 1 |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  |  |  |  |  |
| 9. Вегетативная дистония |  | 1 |  |  | 1 |  |
| 10.Прочие |  |  |  |  |  |  |

Октябрь

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга |  | 1 |  | 1 | 2 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга |  |  |  |  |  |
| 3.Эпилепсия |  | 1 |  |  | 1 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 1 |  |  |  | 1 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) | 1 |  |  | 1 | 2 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания | 1 |  |  |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  |  | 1 |  | 1 |
| 9. Вегетативная дистония |  |  |  | 1 | 1 |  |
| 10.Прочие | 1 |  |  |  | 1 |  |

Ноябрь

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга |  | 1 |  | 1 | 2 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга | 1 |  |  |  | 1 |
| 3.Эпилепсия |  | 1 |  |  | 1 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 1 |  |  | 1 | 2 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) | 1 |  |  | 1 | 2 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания | 1 |  |  |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  |  | 1 |  | 1 |
| 9. Вегетативная дистония |  |  |  | 1 | 1 |  |
| 10.Прочие | 1 |  |  |  | 1 |  |

Декабрь

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга | 1 | 2 | 1 |  | 4 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга |  |  |  |  |  |
| 3.Эпилепсия |  |  |  |  |  | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 4 | 3 | 1 | 4 | 12 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) |  |  |  |  |  | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания |  |  |  |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  |  |  |  |  |
| 9. Вегетативная дистония |  |  | 1 |  | 1 |  |
| 10.Прочие |  |  |  |  |  |  |

Январь

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга | 1 | 1 |  | 1 | 3 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга |  |  | 1 |  | 1 |
| 3.Эпилепсия |  | 1 |  |  | 1 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 1 |  |  | 1 | 2 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) | 1 |  |  | 1 | 2 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания |  |  | 1 |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга | 1 |  |  |  | 1 |
| 9. Вегетативная дистония |  |  | 2 | 1 | 3 |  |
| 10.Прочие | 1 |  |  |  | 1 |  |

Февраль

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга |  |  |  |  |  |
| 3.Эпилепсия |  |  | 1 |  | 1 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы |  | 3 |  |  | 3 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) | 1 | 1 |  |  | 2 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания |  |  |  |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  |  |  |  |  |
| 9. Вегетативная дистония |  | 1 | 2 |  | 3 |  |
| 10.Прочие |  |  |  |  |  |  |

Март

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга | 3 | 1 |  | 1 | 5 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга | 1 |  |  |  | 1 |
| 3.Эпилепсия |  |  | 2 |  | 2 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 1 |  |  | 1 | 2 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) | 1 |  |  | 1 | 2 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания | 1 |  |  |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  |  | 1 |  | 1 |
| 9. Вегетативная дистония |  | 1 |  | 1 | 1 |  |
| 10.Прочие | 1 |  |  |  | 1 |  |

Апрель

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга | 3 |  | 2 | 1 | 6 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга | 1 |  |  |  | 1 |
| 3.Эпилепсия |  |  | 1 |  | 1 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 3 | 2 |  | 1 | 6 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) | 1 | 3 |  | 1 | 5 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания |  |  | 1 |  | 1 |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  | 1 |  |  | 1 | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга |  |  | 1 |  | 1 |
| 9. Вегетативная дистония | 1 |  |  | 1 | 2 |  |
| 10.Прочие |  | 1 |  |  | 1 |  |

Май

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Курация больных (с ведением истории болезни)   со следующими заболеваниями | Число новых больных за неделю | | | | | Подпись руководителя за неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | Всего |
| 1.Сосудистые заболевания головного мозга |  | 1 |  | 1 | 2 | 1. |
| 2.Сосудистые заболевания спинного мозга | 1 |  |  |  | 1 |
| 3.Эпилепсия |  | 1 |  |  | 1 | 2. |
| 4.Вертеброгенные заболевания нервной системы | 1 |  |  | 1 | 2 |
| 5.Поражение периферической нс (невралгии, невропатии, полиневропатии в т.ч. токсического характера) | 1 |  |  | 1 | 2 | 3. |
| 6.Демиелинизирующие заболевания | 1 |  |  |  |  |
| 7.Инфекционные заболевания нервной системы |  |  |  |  |  | 4. |
| 8.Опухоли головного, спинного мозга | 3 |  | 1 |  | 4 |
| 9. Вегетативная дистония |  |  |  | 1 | 1 |  |
| 10.Прочие | 1 |  |  |  | 1 |  |

Примеры курируемых больных.

Пример 1.

Клинический диагноз: Рассеянный склероз цереброспинальная форма

III ст. , ремитирующее течение , фаза обострения .

1. Паспортные данные.

Фамилия Гришин , Имя Иван, Отчество : Генадьевич

Возраст : 1978 ( 25 лет ) . Пол : мужской

Семейное положение : женат .

Образование : среднее .

Профессия : проводник

Место жительства : г. Мурманск , Минский р-н.

Дата поступления в клинику : 18.03.2003

Диагноз при поступлении в клинику: пояснично-крестцовый ради-

кулит .

2. Жалобы больного.

Больной предъявляет жалобы на периодически возникающие боли в нижних конечностях в области голеней , средней интенсивности. Так- же шаткость походки , ощущение тяжести и утомляемость при дли- тельной ходьбе, в положении лежа чувство жжения в дистальных отделах нижних конечностей , уменьшение объема нижних конечностей. Кроме этого больной отмечает преходящее снижение остроты зрения, ощущение нечеткости изображения, появление " сетки " перед глазами , нарушения почерка - которое связывает с наруше нием зрения.

3. Анамнез болезни.

Заболевание началось остро зимой 1996 года. На фоне полного здоровья появилось чувство онемения правой половины тела ( нижняя конечность до середины грудной клетки. При обращении в поликлинику по месту жительства , невропатологом был поставлен диагноз пояснично-крестцовый радикулит и назначено лечение ( диклофенак , плазмол , никотиновая кислота ) . Назначенное лечение оказало эффект , симптомы заболевания исчезли полностью. 18 января 1997 года у больного возобновились симптомы заболевания - онемение обеих нижних конечностей. Больной возобновил прием ранее назначенных лекарственных средств , однако положительного эффекта лечение не оказало. Кроме этого больной стал отмечать шаткость походки при ходьбе , расстройства почерка , переодически возникающее снижение остроты зрения , ощущение нечоткости изображения и появление " пленки " пред глазами. Позже присоединилось чувство жжения в дис- тальных отделах нижних конечностей в положении лежа. 18 марта 1997 года больной в плановом порядке , поступил на стационарное лечение в отделение неврологии .

4. История жизни

Родился и проживает в Киеве , в детстве жилищно - бытовые условия и питание были удовлетворительными. Школу окончил в возрасте 17 лет , после окончания школы работал электриком на базаре . На рабочем месте контакта с вредностями производства не имел.

В настоящее время жилищно - бытовые условия удовлетворительные, питание рациональное сбалансированное . Материальная обеспеченность средняя . Вредные привычки - курит до пачки в день , алкоголь , никотин , морфин не употребляет.Туберкулез , болезнь Боткина , сифилис , бруце- лез-отрицает . Аллергических реакций на лекарственные средства , пищевые продукты, а также на растительные субстраты не отмечает.Женат с 23 лет. Родственники и дети здоровы , у отца наблюдались переходящие нарушения зрения. Психи- ческие нервные болезни у себя и родственников отрицает.

5. Общее состояние

Общее самочувствие больного средней тяжести , положение в постели активное. Выражение лица спокойное , осанка прямая , ходь- ба не быстрая не уверенная. Рост 175 см. вес 68 кг. Степень развития мышц хорошая , тонус мышц сохранен. Отмечает- ся некоторое снижение тонуса мышц нижних конечностей и гипотрофия их.Костная система развита пропорционально , суставы - пассивные и активные движения в полном объеме. :Дыхание свободное. Грудная клетка нормостенической формы , обе половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки выражены умеренно , лопатки прилегают к грудной клетке. В акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют одинаково . Частота дыхательных движе- ний - 18 в минуту , тип дыхания брюшной. Дыхание ритмичное глубо- кое. При пальпации грудной клетки умеренная резистентность. Голосовое дрожание не изменено , межреберные промежутки сглажены. Сравнительная перкуссия грудной клетки выявила ясный легочной звук над симетричными половинами грудной клетки Система кровообращения : Боли в области сердца (за грудиной) не беспокоят , перебоев в работе сердца больной не отмечает . Артериальный пульс одинаков на обеих руках , ритм правильный , частота пульса ( 78 уд. мин. ). . АД - 110/70 , Аускультация : тоны сердца ритмичные,частота 78 уд в мин,пато- логичеких аускультативных феноменов не определяется. При исследовании в положении стоя и лежа живот округлой формы пупок втянут , участие в акте дыхания равномерное. . Перкутор- ный звук имеет тимпанический оттенок. При аускультации нормальные перестальтические шумы. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Поверхностная пальпация живота безболезненая , Мышцы передней брюшной стенки не напряжены , симптомы Щеткина - Блюмберга отрицательные. Симптомы Кера , Мерфи , Мю- си-Георгиевского отрицательные. Селезенка не увеличена , плотная , при пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, болезненности в зонах Шофара и Мейо-Робсона не отмечается . Стул регулярный один раз в сутки Мочеиспускание безболезненое до 4-6 раз в сутки. Количество мочи в сутки 1500 - 2000 мл. , цвет - соломенно желтый. Почки не пальпируются , симтом Пастернацкого отрицательный , мочевой пузырь не выступает над лобком. Наружные половые органы без изменений. Щитовидная железа обычных размеров , умеренно плотной консистенции , бугристая ( дольчатая ) безболезненна. Симптомов нарушения эндокринных желез нет.

6. Данные неврологического обследования

Состояние психики Больной контактен,сознание ясное,умственное развитие соответ- ствует возрасту и образованию, внимание устойчивое , память на ближайшие и отдаленные события не утрачена, отношение к своему заболеванию не критичное, наличие обонятельных,зрительных и вкусовых галлюцинаций отрицает. "Речь , гнозис , праксис Речь больного несколько скандирована , спонтанности речи не наблюдается , понимание речи не изменено. Целенаправленность действий сохранена. Понимание значения зри- тельных , слуховых , и других раздражителей не изменено. Ориенти- руется в пространстве и в топографии частей своего тела. "Менингиальные симптомы Ригидность затылочных мышц , симптомы Кернига , Брудзинского - верхний и нижний , брадикардия , тошнота , рвота не отмечается. "Рефлекторно двигательная функция Определяется наличие гипотро- фий мышц дистальных отделов нижних конечностей , фибрилярные и фасцикулярные подергивания не отмечаются. Объем активных и пасив- ных движений не ограничен. Сила мышц верхних конечностей можна оценить в 5 баллов , их тонус удовлетворительный ; Сила мышц нижних конечностей составляет 3 балла , тонус их повышен по спасти- ческому типу ( в правой выше чем в левой ). У данного больного при ходьбе определяются физиологические синергии ,патологические синкинезии (глобальные , координаторные , имитационные)не выявлены. Гиперкинезы ( хорея , атетоз , торзионная дистония ,гемиболизм , миоклонии , тики ) у данного больного не выявлены. Судорожные пипадки ( общие и локальные )больной отрицает. Проба Барре отрицательная. Рефлексы Сгибательные и разгибательные : локтевые , карпорадиальные - на обеих конечностях не изменены D=S ; рефлексы колен- ные и с ахилова сухожилия высокие D>S. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон , при штриховом раздражении кожи наружного края подошвы определяется выраженный симптом Бабинского D>S. Пато- логические рефлексы Бехтерева и Жуковского положительные D=S. Рефлекс Россолимо положителен справа. Рефлексы Шефара и Гордона положительны на правой конечности. Клонус стопы и надколенника не оп- ределяется.Рефлексы орального автоматизма , хватательный не выявляются.

Координация движений

При выполнении пальценосовой пробы больной промахивается. При вы- полнении пяточноколенной пробы пятка соскакивает с гребня больше- берцовой кости , особенно это выражено справа. Проба на адиадохокинез выявляет отставание правой руки. Феномен Стюарта - Холмса отрицательный. При исследовании почерка отмечается макрография , почерк неровный , зигзагообразный ломаными линиями , поднимается вверх к концу строки. Больной в позе Ромберга неустойчив , походка паретикоатактическая .

Чувствительная функция

Анталгическая поза у больного отсутствует. Симптомы натяжения нервных стволов и корешков ( Лассега , Вассермана , Мацкевича ,Нери , Дежерина ) отрицательные.Болевая чувствительность снижена в дистальных отделах нижней конечности , температурная , тактильная не изменены , мышечно-суставное чувство - нарушено распознавание положения пальцев на левой нижней конечности , вибрационная не из- менена. Наблюдаются парестезии ( чувство " жжения " ) в дистальных отделах нижних конечностей. Болезненость при надавливании в точках выхода корешков и на переферические нервные стволы - болевых точках тройничного , затылочного нервов ; болезненность в области плечевого сплетения ; паравертебральных точках ; по ходу межреберных нервов ; при постукивании по остистым отросткам ; по ходу седалищного нервов отсутствует .

Исследование функции черепных нервов

I - при использовании набора с ароматическими веществами было выявлено , что восприятие и дефферинцировка запахов вблизи и на расстоянии у данного больного не нарушена. Обонятельные галлюцинации отсутствуют.

II - У больного определяется снижение остроты зрения ,уменьшение полей зрения. При иисследовании глазного дна отмечается побледнение дисков зрительных нервов обеих глаз .III,IV,VI- обе глазные щели равномерно сужены. Птоза , экзо- , эндофтальма , признаков сходящегося и расходящегося косоглазия не обнаружено , диплопия отсутствует. Зрачки одинаковой величины , округлой формы , умеренно сужены. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет сохранена , аккомодация и конвергенция не нарушены. Симптомы Аргайля - Робертсона , Бернара - Горне- ра отрицательны . V - поверхностная чувствительность ( температурная , болевая , тактильная ) на симметричных участках лица выражена одинаково удовлетворительно. Надбровный , корнеальный , роговичный рефлексы живые и симметричные. Тонус жевательной мускулатуры сохранен. Дви- гательная функция жевательной мускулатуры сохранена VII- лицо симметричное , разрез глазных щелей симметричен. Сужения щели , птоза , " заячьего глаза " нет. Кожная складка лба при взгляде вверх , нахмуривании бровей симметрична. Длина ресниц при зажмуривании глаз одинакова , носогубная складка выражена одинаково с двух сторон , опущений угла рта нет. Симптом " паруса " отрицательный, ротовая щель симметрична, оскал зубов симметричный ( симптома " морковки " не наблюдается. При улыбке, свисте асим- метрии не выявлено. Сухости глаз и слезотечения, а также сухости во рту и повышенного слюноотделения не выявлено. Вкусовая чувствительность на передних 2/3 языка не нарушена. VIII - острота слуха , исследованная при помощи шепотной ( D=10м ) и громкой речи удовлетворительное. Камертонные пробы Вебера, Швабаха, Рине не изменены. IX,X- глоточный рефлекс живой. Глотание жидкой и твердой пищи не нарушено. Дужки мягкого неба в покое распологаются симметрично, при произнесении звука " а " выявляется подвижность дужек мягкого неба. Ps - 78 уд. в мин., ЧДД - 18 мин.. Голос не изменен: гнуса- вости, глухости не выявленно. Тембр голоса низкий, вкусовая чув- ствительность ( ощущение горького ) на задней 1/3 языка не нарушено. XI-положение гловы и шеи относительно продольной оси тела симметричное. Движения головы в стороны, запрокидывание ее назад, поднятие, отведение плечевого пояса кзади, возможность поднятия рук выше горизонтального уровня не нарушены ( возможны в полном объеме ). Атрофии мышц шеи, фибрилярных подергиваний в трапецевидных и грудинноключичнососцевидных мышцах не выявлено. XII- язык располагается в ротовой полости симметрично. Движения языка сохранены в полном объеме, при высовывании его из рта отклонений в сторону не наблюдается. Атрофии и фибрилярноые подергивания мышц языка не определяются. Артикуляция речи не нарушена ( дизартрия отсутствует ).

Вегетативно - трофическая функция

Кожа обычной температуры ( в подмышечной впадине 36,6 С ), окраска бледнорозовая. Дермографизм местный, белый, в виде белой полоски, сохраняется 9 мин., пото-, сало- и слюноотделение не нарушено. Трофические изменения кожи и придатков, костей, суставов не обнаружено. Пролежни отсутствуют. Болезненность при пальпации шейных вегетативных узлов, солнечного сплетения отсутствуют. Зрачки симметричные. Функции тазовых органов: половая не нарушена, акт дефекации и мочеотделения без патологических ( задержка, переодическое недержание, императивные позывы, истинное недержание мочи ) изменений.

7. Топический диагноз.

По имеющимся у больного признаков нарушения рефлекторно-двига- тельной функции - наличие мышечноной гипотрофии в дистальных отделах нижних конечностей, повышение тонуса мышц по спастическому типу, высоких коленных, ахиловых, отсутствие брюшных рефлексов с обеих сторон, наличие выраженныж патологических рефлексов Бабин- ского, Бехтерева, Жуковского, Россолимо, Шефара и Гордона дает возможность предполагать о центральном типе парапареза нижних конечностей, вызванным поражением пирамидных путей в боковых канатиках спинного мозга на уровне грудного отдела ( сегменты ThIII- ThXII ). Координации движений - промахивание при выполнение пальценосо вой пробы, соскальзывание пятки с гребня большеберцовой кости при проведении пяточно-коленной пробы, отставание правой руки при пробе на адиадохокинез, изменение почерка ( по типу макрографии ) указывает на поражение левого полушария мозжечка. Астазия и абазия указывает на повреждени клочково-узелковой доли мозжечка. Нарушение сенсорной функции в виде снижения болевой чувствительности в дистальных отделах нижних конечностей, нарушение мышечно-суставного чувства, парестезии в дистальных отделах нижних конечностей возможно указывает на поражение задних рогов спинного мозга LV-SII, а также на возможность частичного поражения ме диальной петли изнутри слева.

8. Данные параклинических методов обследования .

18.03.1997

Общеклинический анализ мочи :

Количество - 150 мл; Реакция - слабокислая;

Цвет - светло желтый; Удельный вес - 1014 кг/см3;

Прозрачность - прозрачная; Сахар - нет;

Белoк - нет.

Микроскопия осадка :

слизь - нет эпителий - еденичный в поле зрен

цилиндры - нет лейкоциты - 2 в поле зрения

18.03.1997

Общеклинический анализ крови :

Hb - 110 г/л; Лейкоциты - 7,0 \* 10 9

Эритроциты -3.5 \* 10 12; Базофилы - 1%

Эозинофилы - 2%;

Цветной показатель - 0,9; Нейтрофилы :

Гематокрит - 0,5; Юные - 0%

СОЭ - 15 мм. час; Палочкоядерные - 9%;

Сегментоядерные - 60%;

Лимфоциты - 20%;

Моноциты - 8%.

8.04.97.

Биохимия крови :

Общий белок - 77 г/л в - 10 %

Альбумины - 57 % гамма - 20 %

Глобулины - 43 % А/Г коефициент - 1.2

а1 - 3% С-реактивный белок - отр.

а2 - 10%

9.04.97.

ЭКГ исследование : Ритм синусовый , ЧСС - 103 уд.мин , регулярный.

Электрическая позиция сердца горизонтальная , еденичные желудочко-

вые экстрасистолы. Диффузные изменения в миокарде.

10. Предварительный клинический диагноз.

На основании имеющихся у данного больного жалоб на переодически возникающие боли в нижних конечностях в области голеней , средней интенсивности, шаткость походки , ощущение тяжести и утомляемость при длительной ходьбе, в положении лежа чувство " жжения " в дистальных отделах нижних конечностей , уменьшение объема нижних конечностей, преходящее снижение остроты зрения , ощущение нечеткости изображения , появление " сетки " , " плеки " перед глазами , нарушения почерка - которое связывает с нарушением зрения. Данных анамнеза ( острое начало заболевания, возраст больного,постипенное нарастание симптоматики, ухудшение состояния больного. Указание больного на то, что у его отца наблюдались переходящие нарушения зрения.Данных неврологического обследования ( отношение к своему заболеванию не критичное, речь больной несколько скандирована, определяется наличие гипотрофий мышц дистальных отделов нижних конечностей , тонус нижних конечностей повышен по спастическому типу,реылексы коленные и с ахилова сухожилия высокие D>S. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон , при штриховом раздражении кожи наружного края подошвы определяется выраженный симптом Бабинского D>S. Патологические рефлексы Бехтерева и Жуковского положительные D=S. Рефлекс Россолимо положителен справа. Рефлексы Шефара и Гордона положительны на правой конечности.При выполнении пальценосо вой пробы больной промахивается. При выполнении пяточноколенной пробы пятка соскакивает с гребня большеберцовой кости , особенно это выражено справа. Проба на адиадохокинез выявляет отставание правой руки.При исследовании почерка отмечается макрография , почерк неровный , зигзагообразный ломаными линиями , поднимается вверх к концу строки. Больной в позе Ромберга неустойчив , походка ретикоатактическая.Болевая чувствительность снижена в дистальных отделах нижней конечности , мышечно-суставное чувство нарушено распознавание положения пальцев на левой нижней конечности , Наблюдаются парестезии ( чувство " жжения " ) в дистальных отделах нижних конечностей, поражение II-пары ч.м.н. ( снижение остроты зрения ,уменьшение полей зрения. При иисследовании глазного дна отмечается побледнение дисков зрительных нервов обеих глаз, можно поставить предварительный

клинический диагноз: Рассеяный склероз. Цереброспинальная форма, III-ст., ремиттирующее течение, стадия обострения.

11. Дифференциальный диагноз.

Рассеяный склероз необходимо дифференцировать с :опухолью спинного мозга с локализацией в грудном отделе,для которой характерно наличие опоясывающей корешковой боли, выпадение всех видов чувствительности в нижней части тела, симптома ликворного толчка и синдрома вклинивания, для данного больного это не характерно. Так же у данного больного имеется поражение вышележащих мозговых структур, что не наблюдается при опухоли грудного отдела спинного мозга и имеет место при рассеяном склерозе. - опухолью головного мозга для которой характерна множественность поражения ЦНС, наличие психических нарушений, отсутствие четких нарушений чувствительности по проводниковому типу, чего не наблюдается у данного больного и наличие ремиссий. - острым рассеяным энцефаломиелитом, который протекает по типу острого заболевания с быстрым нарастанием симптомов, и дальнейшим их регрессом. Характерно повышение температуры, озноб, психомоторное возбуждение, менингиальные явления, могут быть выражены общемозговые симптомы. Не характерно снижения остроты зрения и исчезновение брюшных рефлексов в начальных этапах заболевания. Отсутсвие рецидивов и ремиссий всегда свидетельствует в пользу острого рассеяного энцефаломиелита. опухолью мозжечка которая чаще наблюдается в детском возрасте, характеризуется быстрым наростанием симптомов заболевания, наличием множественного поражения ЦНС, повышением внутричерепного давления, отсутствием ремиссий. - дисциркуляторной энцефаломиелопатии протекающей с расстройствами памяти, ,значительными нарушениями в эмоционально-волевой сфере псевдобульбарными и паркинсоническими синдромами,эпилепсией. На глазном дне наблюдается атеросклероз сосудов и бледность дисков зрительного нерва, и встречающейся в основном у пожилых людей.

12. Клинический диагноз

На основании обоснованного предварительного и дифференциального дигнозов, можно поставить следующий диагноз: Рассеяный склероз. Цереброспинальная форма, III cт.,ремиттирующее течение, фаза

обострения.

13. Этиология и патогенез.

Рассеяный склероз представляет собой 6 основных звеньев патологической цепи.

1. Полифакториальное воздействие ( геоклиматические, экологические, инфекционные ) на стволовые надсегментарные структуры головного мозга и прежде всего гипоталамической области, у генетически предрасположенных лиц способствует возникновению нарушения различных видов обмена, в том числе и белкового.

2. Нарушение регуляции белкового метаболизма вызывает его расстройство, в генетически молодых структурах проводников, представленных нейрокератиновой сетью миелиновых пластин, с распространением их дезинтеграции в наиболее дифференцированых волокнах единой системы, чем объясняются особенности клинических проявлений заболевания.

3. Продукты распада белка миелина, представляющие собой высокоактивные энцефалитогенные полипептиды, в норме адекватно стимулируют надсегментарные образования к выработке противомозговых антител, направленных на уборку дериватов, ускоряя течение регенеративных процессов. При нарушении функции высших регуляторных систем, которые в каждом конкрктном случае проявляется выраженностью торпидности в восприятии малых концентраций продуктов распада миелина, ведет к задержке его восстановления в проводящих структурах,что клинически проявляется индивидуальным выражением манифестации заболевания.

4. По достижениям дериватами миелина уровней, которые способны воспринимать высшие регуляторные центры, последние включают механизмы, направленные на восстановление пораженных структур миелиновых пластин проводниковых систем, что морфологически проявляется процессами ремиелинизации, а клинически ремиссией заболевания.

5. Энцефалитогенные полипептиды, являясь высокоактивными комплексонами, способствуют развитию неконтролируемых нейроаллергических и аутоиммуных процессов, а также нарушению регуляции сосудистого тонуса, сопровождающегося морфофункциональными изменениями стенок сосудов. Последнее ведет к расстройствам гемодинамики, втом числе на уровне МЦР, развитию плазморрагий и формированию переваскулярных инфильтратов с активацией элементов гематогенного происхождения, а в целом обеспечивает прогрессирование изменений паренхиматозных структур нервной системы и образование склеротических бляшек. Подобные механизмы действуют на сосудыи ткани внутренних органов, в частности печени.

6. Ведущими в развитии висцеральных расстройств, в том числе печени, являются нарушения регуляции нейротрофических процессов вследствие функциональной недостаточности как высших надсегментарных структур ЦНС, так и в развитии демиелинизирующего процесса проводниковых систем различных уровней. В свою очередь нейротрофические изменения в печени вызывают расстройство белковообразовательной и вегетативной ее функции, что задерживает ресинтез белка миелина осложняя тем самым течение основного заболевания.

14. Лечение.

Базисная терапия рассеяного склероза: витамины группы В

( В1,В6,В12 ), РР, Е, Ноотропил, биостимуляторы.

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2.5% - 1ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S.: Вводить в/м по 1ml через день.

Rp.: Sol. Piridoxini 5% - 1ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S.: Вводить в/м по 1ml 2раза в день через день.

Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% - 1ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S.: Вводить в/в по схем: 1ml,2ml,3ml до 10ml, по

том снижать по 1ml ежедневно.

Rp.: Tab. Nootropili mini 0.1 N50

D.S.: По 1 таблетке 2 раза в день .

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

D.S.: Принимать по 2 капли на кусок хлеба

через день.

Rp.: Extr. AloЎs fluidi 1,0

D.t.d. N 10 in ampull.

S.: Вводить п/к по 1ml 1раз в день день .

Rp.: Sol. Corpus vitrei 2ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S.: Вводить п/к по 2ml 1раз в день день .

Лечение в остром периоде с выраженной иммуноагрессией: Преднизолон, Гемодез, Ретаболил, Панангин, Верошпирон, Аскорбиновая кислота, препараты влияющие на метаболизм: Эсенциале, АТФ, Кокарбоксилаза, при координационных нарушениях Глицин.

Rp.: Tab. Prednisolonii 00.5 N20

D.S.: Принимать по 2 таблетки через день, после

завтрака в два приема.

Rp.: Sol. Retabolili oleosae 5% 1ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S.: Вводить в/м по 1ml 1раз в 2 недели .

Rp.: Tab. Spironolactoni 0,025 N50

D.S.: По 1 таблетке утром и днем.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 1% - 1ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S.: Вводить в/в по 5ml ежедневно.

Rp.: Sol. Haemodesi 400ml

D.t.d. N 3

S.: Вводить в/в капельно 1 раз в день.

15. Дневник.

20.04.97. Состояние больного средней тяжести, сознание ясное, положение в постели активное. Температура тела 36.6ЁС, Ps-76 уд.мин., АД 110/70 мм. рт. ст.. Больная отмечает улучшение состояния. Лечение по ранее указанной схеме продолжать.

24.04.97. Состояние больного средней тяжести, сознание ясное, положение в постели активное. Температура тела 36.6 С, Ps-73 уд.мин., АД 105/70 мм. рт. ст.. Больнаой предъявляет жалобы на головную боль в связи с изменением погоды, в связи с чем больной назначен Цитрамон однократно 0,5г.Лечение по ранее указанной схеме продолжать.

16. Прогноз и рекомендации.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при соблюдении базисной терапии и своевременном купировании обострений заболевания. Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен, заболевание хроническое, прогрессирующее. Трудовой прогноз благоприятен при создании облегченных условий труда. Больному даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни, профилактического лечения, по изменению характератрудовой деятельности.

17. Эпикриз.

Больной x, 1936г. рождения поступил в неврологическое отделение стационара 31.03.97. с жалобами на пе реодически возникающие боли в нижних конечностях в области голе ней , средней интенсивности, шаткость походки , ощущение тяжести и утомляемость при длительной ходьбе, в положении лежа чувство жжения в дистальных отделах нижних конечностей , уменьшение объема нижних конечностей, преходящее снижение остроты зрения , ощущение нечеткости изображения , появление " сетки " , " пленки " перед глазами , нарушения почерка - которое связывает с нарушением зрения. Из данных анамнеза - имело место острое начало заболевания, постепенное нарастание симптоматики, ухудшение состояния больного. По данным неврологического обследования, исследований функций черепно-мозговых нервов, вегетативно трофической функции был поставлен клинический диагноз: Рассеяный склероз. Цереброспинальная форма, III-ст., ремиттирующее течение, стадия обострения. Была назначена медикаментозная терапия признаваемая больным эффективной. Больному даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни,профилактического лечения, по изменению характера трудовой деятельности.

Пример 2.

Клинический диагноз: Болезнь Паркинсона.

Паспортная часть:

ФИО: Смирнова Л.Г.

Возраст: 49 лет

Профессия: уборщица ст. Мельничный Ручей

Место жительства: Мельничный Ручей

Жалобы.

При поступлении больная предъявляла жалобы пос-

тоянное дрожание обеих рук, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положительного, так и отрицательного характера); эпизоды дрожания мышц нижних конечностей, особенно правой голени, связанные с длительным хождением; выраженную немотивированную слабость в правой руке. Кроме выше перечисленного, обращает вни-

мание на практически постоянную головную боль, преимущественно в затылочной области давящего характера, хорошо купирующуюся приемом анальгетиков; эпизодически возникает чувство онемения, "ползания мурашек" в обеих стопах и нижних третях голени по типу "полусапог", а также в виде отдельных полос по медиальным поверхностям голеней. Периодически бывают приступы несистемного головокружения, связанного, по мнению больной, с изменением АД (на высоте приступа однократно было зафиксировано АД 90/60 мм.рт.ст нормальные цифры 110/70 мм.рт.ст.); последние 4 года, по сравнению с прошлым, стала резко раздражительна, в указанный период отмечает прогрессирующее снижение способности концентрироваться на какой-либо проблеме, снижение памяти и внимания, нарушение сна (плохое засыпание, частые просыпания в середине ночи).

На момент осмотра характер жалоб не изменился, отмечает общую слабость, усиление чувства онемения нижних конечностей указанной выше локализации.

Anamnesis morbi.

Считает себя больной с осени 1989 г., когда после тяжелых физических нагрузок (связанных с уборкой урожая) появилась постоянная ноющая боль в левом предплечье, которой больная не предала особого внимания. Через месяц там же появилась постоянная дрожь, усиливающаяся при физической нагрузке и эмоциональных волнениях и напряжение мышц. Обратилась к терапевту поликлиники, поставлен диагноз невроз (со слов больной), назначен курс иглорефлексотерапии, не принесший выраженного эффекта. Осмотрена невропатологом, госпитализирована с диагнозом "паркинсонизм ?", после курса проведенного лечения с некоторым улучшением выписана на амбулаторное лечение. В январе 1990 г. была повторно направлена к невропатологу, для исключения болезни Коновалова-Вильсона госпитализирована, где в течение 1 месяца проходила лечение без улучшения состояния. В марте 1991 г. была выполнена стереотаксическая таламотомия справа.

Послеоперационный период гладкий, отмечает исчезновение всей симптоматики. Через 2 недели после оперативного вмешательства рецидив в виде появления всех ранее беспокоящих больную симптомов. С 1991 г. ежегодно госпитализируется для курса поддерживающей и восстановительной терапии. В 1993 г. из-за семейных проблем не

госпитализировалась - отмечает резкое ухудшение общего состояния, нарастание выраженности тремора левой руки, появление парастезий нижних конечностей. В 1995 г. отмечает появление напряжения и дрожания мышц правой руки.

Поводом настоящей госпитализации явилось направление участкового невропатолога на плановое лечение.

Anamnesis vitae.

Родилась в 1949 году в г. Лениногорске восточно-казахстанской области. Была первым ребенком из троих в семье. Росла и развивалась здоровым ребенком. Из детских болезней: нечастые простудные, в возрасте 11-12 лет перенесла ревмокардит, в течение 1 месяца находилась на стационарном лечении, затем в течение 3 лет получала курс противорецидивной терапии. Из диагностированных заболеваний: хр. цистит. Туберкулез, острые заразные, венерические заболевания у себя и родных отрицает. Травм не было. Из операций: стереотаксическая правосторонняя таламотомия от 1991 года. Про-

фессиональные вредности не отмечает. Вредных привычек, хронических интоксикаций нет. Аллергоанамнез не отягощен. Отмечает укус клеща весной 1996 года, изменения общего состояния не было, за медицинской помощью не обращалась. Было 3 беременности; 2 родов неосложненного течения; 1 медицинский аборт.

Генеалогическое дерево:

1поколение

2 поколение

Наследственной патологии не выявлено.

Status praesens communis.

Больная в ясном сознании, активном положении. Состояние удовлетворительное. На вопросы отвечает внятно, адекватно, речевые команды воспринимает замедленно. Ориентирована во времени и пространстве. Конституционально- нормостеник, нормального питания. Температура- 36,6, ЧСС- 75 в минуту, пульс на обеих лучевых

артериях симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения

и напряжения, средней величины и формы. ЧДД- 18 в минуту, АД- 130/75. Рост 170 см, вес 65 кг

Неврологический статус.

I пара- обонятельный нерв (n. olfactorius): больная разли-

чает все виды ароматических запахов одинаково правым и левым но-

совым ходом, D=S.

II пара- зрительный нерв (n. opticus): острота зрения: Visus

1,6/1,6 с кор. +3,0/+3,0= 1,0/1,0. Зрительные поля:

OS OD

¦65 ¦65

¦ ¦

¦ ¦

¦ ¦

85-------- +--------55 55-------+--------85

¦ ¦

¦ ¦

¦ ¦

¦ ¦

65 65

III, IV, VI пары- глазодвигательный, блоковый, отводящий

нервы (nn. oculomotorius, trochlearis et abducens): зрачки круг-

лые c ровными краями, нормальной величины с обеих сторон, D=S.

Реакция зрачков на свет- прямая: живая, равная, D=S; содружес-

твенная: живая, равная, D=S. Реакция зрачков на конвергенцию с

аккомодацией живая, равная, D=S. Симптом Арджиль-Робертсона не

выявляется. Объем движений глазных яблок полный, D=S. косоглазие,

нистагм, птоз не определяются.

V пара- тройничный нерв (n. trigeminus): чувствительность на

обеих половинах лица и передней трети головы сохранена, D=S. Кор-

неальный и конъюнктивальный рефлексы живые, равные, D=S. Жевание

осуществляется в полном объеме, ограничение движения нижней

челюсти не определяется. Вкус на симметричных половинах передних

двух третях языка сохранен.

VII пара- лицевой нерв (n. facialis): при наморщивании лба,

нахмуривании бровей образующиеся складки симметричны; при оскали-

вании зубов углы рта на одном уровне; носогубная складка не выра-

жена, симметрична. Отмечается симптом Мари.

VIII пара- слуховой и вестибулярный нервы (n. vestibulococh-

learis): острота слуха для шепотной речи слева и справа состав-

ляет 6 м., D=S; для разговорной 25 м. для левого и правого уха,

D=S. В позе Ромберга устойчива, головокружения нет.

IX и Х пара- языкоглоточный, блуждающий нервы (nn. glossopha-

ryngeus et vagus): вкус на задней трети языка сохранен, глоточ-

ный и небный рефлексы живые и равные, D=S. Мягкое небо в тонусе,

не свисает; язычок симметричен, расположен по центру. Акт глота-

ния не нарушен. Фонация сохранена.

XI пара- добавочный нерв (n. accesorius): поднятие плеч,

сведение лопаток, поворот головы в стороны выполняется в полном

объеме, одинаково с обеих сторон, D=S. Сила мышц справа и слева 5

баллов, D=S.

XII пара- подъязычный нерв (n. hypoglossus): ограничения

движения языка в стороны, девиации не выявляются. Акт членораз-

дельной речи не нарушен.

Двигательная сфера

В руках: объем активных и пассивных движений полный, при

пассивном разгибании левой кисти выявляется симптом "зубчатого

колеса", темп движений замедленный, сила мышц слева и справа 5

баллов, D=S; тонус повышен, S>D; рефлексы карпорадиальный, с дву-

х- и трехглавых мышц живые, равные, D=S.

В ногах: объем активных и пассивных движений полный, темп

движений достаточный, сила мышц слева и справа 5 баллов, D=S; то-

нус повышен, D>S; коленный, с ахиллова сухожилия, подошвенный жи-

вые, равные, D=S. Патологических стопных знаков нет.

Симптомы орального автоматизма не выявляются.

Координация движений

Отмечается тремор верхних конечностей и правой нижней, мел-

коритмичного характера с частотой 4 в сек., выраженный в покое и

практически исчезающий при произвольных движениях. При выполне-

нии пальце-носовой пробы правой и левой рукой и коленно-пяточной

правой и левой ногой на всем ее протяжении дрожание не выявляет-

ся, нарушения выполнения проб нет. Скандированная речь, адиадо-

хокинез не выявляются. Двигательная инициативность больной резко

снижена. В обычной и сенсибилизированной позе Ромберга устойчива.

Походка замедленная, инициальная фаза движения затруднена, опре-

деляется ахейрокинез. Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия не

выявляются.

Чувствительная сфера

Болезненность нервных стволов при пальпации и вытяжении не

отмечается, симптомы Ласега, Вассермана не определяются, выяв-

ляется положительный симптом Нери. Болезненности в болевых точ-

ках Валли нет, кроме умеренной болезненности в паравертебральных

точках шейного отдела позвоночника. Температурная чувстви-

тельность, мышечно-суставное чувство, стереогноз сохранены, оди-

наковы в симметричных участках тела. Чувствительность правой и

левой половины тела одинакова, D=S. Анестезия, дизестезия, гипер-

патия в отношении всех видов чувствительности не выявляются.

Больная отмечает парастезии в обеих стопах и нижних третях голе-

ни по типу "полусапог", а также в виде отдельных полос по ме-

диальным поверхностям голеней.

Функция тазовых органов

Дизурических расстройств нет, мочеиспускание безболезненно;

задержку или учащение стула не отмечает, стул регулярный, нор-

мальной консистенции; императивных позывов на акт мочеиспускания

и тенезмов нет.

Оболочечные симптомы.

Ригидность затылочных мышц не выявляется. Симптомы Кернига и

Брудзинского не отмечаются.

Вегетативно-эндокринная система

Дермографизм розовый, быстрый; потоотделение не усилено; пи-

ломоторный рефлекс не выражен. Щитовидная железа не увеличена,

"больших признаков" тиреотоксикоза нет; расстройств менструально-

го цикла нет.

Речь

Устная речь: понимание затруднено и замедлено; произношение-

выраженных нарушений нет. Письменная речь: чтение- скорость чте-

ния и усвоение прочитанного материала снижены; письмо- нарушен

процесс начертания букв. Анартрии, афазии, дизартрии нет. Речь

ближе к монотонной, немодулированная.

Психическая сфера

Корковые процессы несколько ослаблены, плохая переключае-

мость и произвольность психических процессов, отмечается невыра-

женная "вязкость" мышления. Сознание ясное, ориентирована во вре-

мени, пространстве. Внимание и ассоциативные процессы снижены.

Поведение адекватное, настроение апатичное.

Дневник:

8.04.98.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 110\70.

Предъявляет жалобы на головокружение.

9.04.98 Самочувствие хорошее, АД 110\80, пульс 78 ударов в мин.

Предъявляет жалобы на нарушение сна.

10/04/98Состояние удовлетворительное, сознание ясное. АД 110\70, пульс 75 ударов в минуту. Жалобы на головокружение, шум в ушах, потливость.

Ведущий синдром: на основании жалоб больной на дрожание обеих

рук, усиливающихся при эмоциональном напряжении (как положи-

тельного, так и отрицательного характера); эпизоды дрожания мышц

нижних конечностей; объективных данных: гипомимия, симптом "зуб-

чатого колеса" при пассивном разгибании левой кисти, повышенный

тонус мышц верхних (особенно левой руки) и нижних конечностей;

тремор верхних конечностей и правой нижней, мелкоритмичного ха-

рактера с частотой 4 в сек., выраженный в покое и практически ис-

чезающий при произвольных движениях; снижение двигательная ини-

циативности, замедление походки, затрудненность инициальной фазы

движения, ахейрокинез можно сделать вывод о наличии у больной ги-

покинетического-гипертонического синдрома.

Обоснование топического диагноза:

Выше перечисленные симптомы, характерные для гипертоническо-

го-гипокинетического синдрома, а также отсутствие клинических

признаков поражения пирамидной системы и нарушения чувстви-

тельности позволяют предположить поражение экстрапирамидной сис-

темы, а именно патологию паллидума.

Клинический диагноз: На основании жалоб больной на тремор обеих рук,

постоянную головную боль, объективных данных: гипомимию, тремор

рук и правой ноги мелкоритмического характера, практически исчезающий при произвольных движениях, симптом “зубчатого колеса” при пассивном сгибании левой кисти, повышенный тонус мышц рук и ног, можно поставить предварительный клинический диагноз - дрожательный паралич (paralisis agitans) или болезнь Паркинсона.

Дифференциальный диагноз:

Болезнь Паркинсона следует дифферинцировать от гепато-лентикулярной дегенерации

Вильсона-Коновалова, для этой болезни характерен тремор, гипомимия, отсутствие пирамидных знаков, однако пакркинсоноподобные варианты гепато-лентикулярной дегенерации отличается наличием роговичного кольца Кайзера-Флейшера и патологии печеночных проб. Поводом предположения паркинсонизма могут стать многочисленные заболевания, сопровожд. тремором. Тремор при рассеяном склерозе, где дрожание носит смешаный интенционно-статический характер. Может напоминать дрожание паркинсоников. Решает диагностику наличие пирамидных знаков и мозжечковая атаксия. Сенильный тремор характеризуется отсутствием других отклонений в неврологическом статусе. Аналогичным образом дифференцируется с паркинсонизмом эссенциальный семейный тремор Минора. Заболевание носит наследственный характер и начинается нередко в детстве. Он сочетает в себе элементы и статического и интенционного дрожания. Характерной особенностью, отличающей медикаментозный паркинсонизм (применение больших доз нейролептиков –резерпин, аминозин). От болезни Паркинсона, служит не редкое сочетание акинетико-регидного синдрома с оральными гиперкинезами, приступообразным напряжением мышц ротовой полости, языка, глотки, жевательных мышц, иногда с нарушением голоса и дыхания, судорогой взора, спастической кривошеей. Т о на основании выше перечисленного можно поставить окончательный клин. Диагноз – болезнь Паркинсона.

Этиология и патогенез:

Этиологическая классификация – различают 6 основных форм: наследственная, постэнцефалическая, атепросклеротическая, токсическая, травматическая, бластематозная.

Генетические механизмы, лежащие в основе семейных случаев болезни паркинсона не ясны. Патогенетические основы: основу всех форм паркинсонизма составляют резкое

уменьшение, подчас до 10% нормального уровня, концентрации дофамина в базальных ганглиях и черной субстанции, где в обычных условиях его концентрация максимальна по сравнению с другими отделами мозга. По мнению Барбье в мозге имеется постоянное равновесие между антагонистически действующими катехоламинами и серотонином, с одной стороны, и ацетолхолином и гистамином с другой. При паркинсонизме падает содержание первый двух в-в, и поэтому возрастает относительный уровень ацетилхолина и гистамина. Конкретные механизмы Трансформации указанных биохим. Нарушений при паркинсонизме расстройстве тонуса и моторики не ясны, равно как и локализация этих основных симптомов.

Прогноз и течение:

Заболевание хроническое, медленно прогрессирующее. Течение данного заболевания доброкачественно. Если больная будет ежегодно приходить курс поддерживающей восстановительной терапии, то прогноз более благоприятен.

Лечение:

1.L-DOPA 0,125 после еды

2.Vit В6

3.лечебная физкультура

4.массаж

Пример 3.

Общие сведения (паспортная часть)

Фамилия, имя, отчество: Джанелидзе К.Н.

Возраст: 59 лет

Пол: мужской

Национальность: русский

Образование: среднее специальное

Домашний адрес: г.Санкт-Петербург

Выполняемая работа и должность: пенсионер

Дата поступления: 14 мая 2003 года на плановое лечение

Клинический диагноз: Последствия перенсенного в январе 2002года

ишемического инсульта в бассейне левой средней

мозговой артерии с правосторонним гемипарезом

на ДЭ 2 стадии.

ЖАЛОБЫ

Больной жалуется на небольшую слабость и ограничение движений в

правых конечностях, отечность в них.

АNAMNESIS MORBI

Больным себя считает с января 1996 года, когда после принятия большого

количества спиртных напитков проснувшись утром обнаружил, что не может

двигать правыми конечностями, невозможность осуществления движений

мимической мускулатуры правой половины лица, вследствие чего была

затруднена речь.

С этими жалобами он вызвал машину "Скорой помощи" и неврологической

бригадой был доставлен в неврологическое отделение 9-й горбольницы.

Здесь больному был поставлен диагноз ишемический инсульт в бассейне

левой средней мозговой артерии с правосторонним гемиплегией, проведено

лечение, сущность которого больной вспомнить затрудняется.

После проведенного лечения явления правосторонней гемилегии в значительной

степени купировались и больной был выписан в удовлетворительном состоянии

с остаточными явлениями в виде правостороннего гемипареза.

За период до момента нынешней госпитализации ухудшения состояния больной

не отмечает. Настоящая госпитализация является плановой.

ANAMNESIS VITAE

Родился в Саратове в 1938 году в семье рабочего. Рос и развивался

нормально. В физическом и психическом развитии не отставал от

сверстников.В школу пошел в 7 лет. Учился удовлетворительно.

По окончании школы обучался в среднем специальном учебном заведении

Частых простудных заболеваний в детстве и взрослом состоянии не отмечает.

Лекарственной непереносимости не отмечается.

Туберкулез, психические и венерические заболевания у себя и

родственников отрицает.

Status praesens universalis

При общем осмотре:

Состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание

ясное,выражение лица и глаз доброжелательное.

Телосложение правильное.АД 160\95 ЧСС 78 ЧДД 17

Черепные нервы

1 пара - обоняние сохранено, обонятельных галлюцинаций нет.

2 пара - острота зрения снижена(дальнозоркость OD=+2.0 OS=+2.0),

ограничения или выпадения полей зрения нет, цветоощущение

сохранено, глазное дно: гипертонический ангиосклероз.

3,4,6 пары - форма и величина зрачков равномерно нормальные, движения

глазных яблок в полном объеме, реакция зрачков на свет

живая.

5 пара - поверхностная и глубокая чувствительность на лице в норме,

точки Валле безболезненны, корнеальный и конъюктивальный

рефлексы сохранены.

7 пара - наморщивание лба, зажмуривание глаз нормальные, сглажена

правая носогубная складка.

8 пара - нарушений координаций нет, простая и усложненная пробы Ромберга

отрицательные,пробы Вебера и Швабаха отрицательные, острота

слуха в норме, нистагма, головокружений нет.

9, 10 пара - глотание свободное безболезненное, голосообразование

нормальное, мягкое небо подвижное, рефлексы с мягкого неба

и задней стенки глотки сохранены.

11 пара - повороты головы в стороны и вниз, поднимание плеч без

затруденний.

12 пара - высовывание языка нормальное, девиации высунотого языка нет,

атрофии мышц языка нет.

Чувствительная сфера

1) Болей парестезий нет

2) Точки Валле безболезненные. Симптомы Ласега, Нери, Бонне отрицательные

3) Болевая, температурная и тактильная чувствительность сохранены и

симметричны.

4) Мышечно-суставное чувство, вибрационное чувство и чувство давления

в норме.

5) Стереогноз, двумерно-пространственное чувство, тактильная дискриминация

двух точек.

Больной осознает положение тела и его частей в пространстве.

Двигательная сфера

Нейропсихическая сфера

1) Сознание ясное. Ориентировка в отношении самого себя, места и времени

в норме.

2) Поведение при обследовании спокойное, доброжелательное, свою болезнь

осознает.

3) Память, внимание в норме, сообразительность, мышление несколько

снижены, темп речи, связанность речевых формулировок в норме.

4) Со стороны эмоциональной сферы нарушений нет.

5) Галлюцинаций, бреда, навязчивых состояний нет.

Отдельные синдромы

1) Менингиальные симптомы отрицательные

2) Афазия отсутсвует

3) Эпилептический синдром не отмечается

4) Апраксии нет

5) Расстройств сна нет

6) Синдром половинного поражения спинного мозга отсутствует

7) Синдрома повышенного внутричерепного давления отсутствует

Результаты лабораторных и инструментальных исследований

Анализ крови:

Гемоглобин 130 г/л

Эритроциты 4.17\*10^12

Лейкоциты 7.4\*10^9

Палочкоядерные 2

Сегментоядерные 64

Лимфоциты 19

Моноциты 4

СОЭ - 8 мм/ч

Анализ мочи:

Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, без запаха, удельный вес

1015. Белок,сахар,кровьи,желчные пигменты не определяются.

Кал на яйцеглист: - отрицательный

Топический диагноз

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования и

дополнительных исследований у больного выявлен правосторонний гемипарез

центрального генеза, обусловленного ишемическим инсультом в бассейне

левой средней мозговой артерии с поражением прецентральной извилины

левого полушария.

Окончательный диагноз

Последствия перенесенного ишемического инсульта в бассейне левой

средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом на фоне ДЭ

2-й стадии атеросклеротически-гипертонического генеза.

Этиология, патогенез, патоанатомия, клиника, течение,

лечение, прогноз заболевания

Развитию ишемического инсульта нередко предшествуют преходящие нарушения

мозгового кровообращения. Ишемический инсульт может развиться в любое

время суток. Нередко он возникает под утро или ночью. Характерно

постепенное нарастание неврологических симптомов - в течение нескольких

часов (иногда 2-3 дней), реже в течение более продолжительного времени.

При этом может наблюдаться ундулирующий тип нарастания симптомов, когда

степень выраженности их то ослабляется, то снова усиливается ("мерцание"

симптомов). В 1/3 наблюдений происходит апоплектиформное развитие

ишемического инсульта, когда неврологические симптомы возникают

одновременно, почти мнгновенно. Такая клиника особенно характерна для

эмболии. Примерно в 1/6 наблюдений мозговой инфаркт развивается

медленно - в течение нескольких недель или даже месяцев.

Характерное чертой ишемического является преобладание очаговых симптомов

над общемозговыми, которые иногда отсутствуют. Очаговые симптомы

определяются локализацией мозгового инфаркта, пораженным сосудом и

условиями коллатерального кровообращения.

Наиболее часто инфаркт мозга развивается в бассейне средней мозговой

артерии. При поражении ствола средней мозговой артерии до отхождения

глубоких ветвей страдает весь ее бассейн (тотальный инфаркт), после

отхождения глубоких ветвей (обширный корково-подкорковый инфаркт).

Клинический синдром при тотальном инфаркте складывается из

контралатеральной гемиплегии, гемианестезии и гемианопсии. При

левополушарных инфарктах бывает афазия, при правополушарных -

анаозогнозия. При инфаркте в бассейне глубоких ветвей наблюдается

спастическая гемиплегия, непостоянно нарушение чувствительности.

Как правило, при своевременно проведенном лечении неврологическая

симптоматика купируется в течении 1-2 недель, хотя зачастую при обширных

поражениях сохраняются остаточные явления, характер которых зависит от

локализации поражения.

Лечение ишемического инсульта:

1) Базисная недифферинцированная терапия

- Нормализация артериального давления (гипо- или гипертензивные

препараты, в зависимости от изначального АД)

- Коррекция сердечного ритма (поляризующая смесь, строфантин, эуфиллин)

- Коррекция дыхания (обеспечение внешнего дыхания путем отсасывания

слизи и предупреждения западения языка - введение воздуховода)

- Профиллактика пневмонии (переворачивать больного, растирание,

антибиотики)

- Борьба с отеком легких (мочегонные и др противотечные препараты)

- Нормализация гомеостаза (актовегин, ГОМК, транквилизаторы, витамин Е,

унитиол, церебролизин, пирацетам)

- Борьба с отеком мозга (сульфат магния, лазикс, глицерин)

2) Дифференцированная терапия

- Антикоагулянты: гепарин, неодикумарин, фенилин

- Тромболитики: стрептокиназа(не более чем через 6 часов после инсульта)

- Лазеротерапия

Прогноз заболевания сомнительный из-за значительного возраста пациента

и наличия у него дисциркуляторной энцефалопатии 2-й стадии.

# Литература, использованная в учебном процессе.

1. М. М. Герасимова, А.Н. Гордиенко, Б.Н. Тихомиров, “Нервные болезни” – Т в е р ь, 2000 г. -507 с.
2. В. И. Чаплыгин. “Основы нейрохирургии“ – Т в е р ь, 1999 г. – 127с.
3. А. Ю. Макаров, Д. В. Гуревич, Л.Г. Гончарова, и др. “ Клиническая неврология“ Санкт-Петербург, 2002 г. -592 с.
4. А. А. Скоромец. “ Топическая диагностика заболеваний нервной системы“, Ленинград, 1989 г.

Березин.В.А. 2003г