

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии

**Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов**

для практического занятия по теме

**«Инфекционные заболевания нервной системы.**

Клещевой энцефалит. Эпидемический энцефалит Экономо. Менингиты:  
менингококковый, туберкулезный, вирусный. Нейросифилис. ВИЧ-энцефалит.  
Рассеянный склероз»

для студентов III курса стоматологического факультета.

«Утверждаю»

Зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии,  
проф.

В.В.Линьков

1. Тема занятия - Инфекционные заболевания нервной системы. Клещевой энцефалит. Эпидемический энцефалит Экономо. Менингиты: менингококковый, туберкулезный, вирусный. Нейросифилис. ВИЧ-энцефалит. Рассеянный склероз.

2. Цель занятия - Изучить этиологию, патогенез, классификацию, клинику бактериальных, вирусных, грибковых и паразитарных заболеваний нервной системы (первичных и вторичных гнойных и серозных энцефалитов и менингитов, миелитов, полирадикулоневритов, полиомиелита, ВИЧ-энцефалопатии, нейросифилиса) у детей, вопросы диагностики, лечения, медицинской реабилитации, профилактики, диспансеризации.

3. Уровень усвоения дисциплины – 2,3.

Студент должен:

**Знать:** правила сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов неврологического осмотра;

Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний нервной системы;

Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных неврологического профиля, показания к их проведению.

Критерии постановки диагноза заболеваний центральной и периферической нервной системы;

Механизм действия основных групп лекарственных препаратов; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением.

**Уметь:** собрать жалобы и анамнез у неврологического больного;

Определять у пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы;

Исследовать пациента в коматозном состоянии: оценить зрачковые реакции, выявить очаговые неврологические синдромы, провести окулоцефалические пробы;

Сформулировать топический неврологический диагноз; поставить предварительный и заключительный диагнозы с отражением этиологии, течения, характера и степени нарушения неврологических функций;

Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата;

Сформулировать показания и противопоказания к проведению люмбальной пункции и исследованию цереброспинальной жидкости, краниографии и спондилографии, электронейромиографии (ЭНМГ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ) головного и спинного мозга, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного и спинного мозга, ультразвуковой доплерографии и дуплексного сканирования магистральных сосудов головы и шеи, ангиографии сосудов головного мозга, эхоэнцефалоскопии (Эхо-ЭС);

Разработать план лечебных мероприятий при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства: отеке головного мозга;

Осуществлять назначение медикаментозной терапии с учетом клинической картины заболевания

**Владеть:**

Алгоритмом развернутого клинического диагноза.

Определить уровень сознания у пациента с неврологическим заболеванием;

Исследовать функцию черепных нервов;

Исследовать двигательную сферу: определить объем и темп произвольных движений, силу различных групп мышц; исследовать мышечный тонус; выявить гипотрофии мышц и

амиотрофии; оценить поверхностные и глубокие рефлексы и наличие патологических рефлексов;

Исследовать стато-локомоторные функции;

Выявить у пациента симптомы паркинсонизма, гиперкинезы;

Исследовать поверхностные, глубокие и сложные виды чувствительности, выявить у пациента парестезии и каузалгии;

Исследовать симптомы натяжения нервных стволов и спинно-мозговых корешков;

Исследовать менингеальные симптомы;

Исследовать вегетативные функции; выявить нарушения терморегуляции, потоотделения, вазомоторные и трофические расстройства, ортостатическую гипотензию, синдром Рейно, нарушения функции тазовых органов;

Исследовать высшие мозговые функции: речь, чтение, письмо, счет, гнозис, праксис, память и интеллект;

Оценить результаты исследования цереброспинальной жидкости, краниографии и спондилографии, электронейромиографии (ЭНМГ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ) головного и спинного мозга магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного и спинного мозга, ультразвуковой доплерографии и дуплексного сканирования магистральных сосудов головы и шеи, ангиографии сосудов головного мозга, эхоэнцефалоскопии (Эхо-ЭС)

Способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

#### **4. Организация и формы самостоятельной работы студентов.**

Самостоятельная работа студентов включает решение ситуационных задач, курацию (микрокурацию) больных, просмотры фильмов, совершенствование практических навыков по обследованию пациентов, ознакомление с кафедральным методическим материалом.

### **5. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И УЧЕБНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

#### **Перечень вопросов для проведения вводного контроля.**

1. Каковы анатомо-физиологические особенности строения головного и спинного мозга, оболочек мозга, ликворной системы у детей?
2. Какие существуют методы получения цереброспинальной жидкости?
3. Каков нормальный состав цереброспинальной жидкости у детей?
4. Как проявляются ликвородинамический и биохимический блоки?
5. Какие основные менингеальные симптомы Вы знаете и методика их выявления ?
6. Чем проявляется гипертензионный симптомокомплекс у детей?
7. Какова клиника общеинфекционных симптомов у детей?
8. Когда и в чём проявляется менингизм?
9. Какие Вы знаете неврологические синдромы при поражении структур головного и спинного мозга на разных уровнях?

#### **Перечень вопросов для собеседования.**

1. Каковы пути проникновения инфекции в нервную систему?
2. С учетом каких факторов строится классификация инфекционных заболеваний ЦНС у детей?

### Менингиты.

1. Какова классификация менингитов с учётом этиологии, патогенеза и характера течения?
2. Когда возникает вторичный серозный и гнойный менингиты у детей, их этиология?
3. Назовите возбудителей первичного менингита (серозного и гнойного).
4. Каковы клинические проявления серозного и гнойного менингитов в зависимости от возбудителя у детей?
5. Как проводится дифференциальная диагностика серозного и гнойного менингитов у детей?
6. Каковы клинические симптомы и характеристика изменений в цереброспинальной жидкости при остром и хроническом сифилитическом менингите у детей?
7. Каковы особенности клиники, течения и изменений цереброспинальной жидкости при туберкулезном поражении ЦНС у детей?
8. Какие особенности терапии, реабилитации и диспансеризации менингитов в зависимости от этиологического фактора?
9. Каковы подходы к врачебно-трудовой экспертизе при менингитах, её особенности при туберкулезном менингите у детей?

### Арахноидиты (лептоменингиты)

1. Назовите основные этиологические факторы арахноидита (лептоменингита) у детей.
2. Каковы особенности течения и клиники арахноидита (лептоменингита) у детей в зависимости от локализации процесса - конвекситальной, базальной с поражением передней, средней, задней черепных ямок, апикальной.
3. Каков прогноз при арахноидитах в зависимости от этиологии и локализации процесса у детей?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз при арахноидитах у детей и какие при этой используются дополнительные методы обследования?
5. Какое лечение применяется у детей при арахноидитах в зависимости от этиологии и стадии процесса и каковы показания к нейрохирургическому вмешательству?
6. Каковы особенности реабилитации у детей (в зависимости от этиологии процесса), врачебно-трудовой экспертизы, диспансеризации, профилактики при арахноидитах (лептоменингитах).

### Энцефалиты.

1. Какова классификация энцефалитов у детей с учётом: этиологии, патогенеза, особенностей течения?
2. Назовите основные формы первичных вирусных и вторичных вирусных и микробных энцефалитов у детей.
3. Каковы особенности патогенеза, патологоанатомических изменений и клиники эпидемического (летаргического) энцефалита Экономо у детей с учётом стадии процесса?
4. Как лечить больных в остром и хроническом периодах эпидемического энцефалита?
5. Какова этиология и пути заражения при весенне-летнем клещевом энцефалите у детей?
6. Перечислить и дать характеристику основных клинических форм клещевого энцефалита детей.
7. Каковы основные принципы терапии и профилактики при клещевом энцефалите у детей.
8. Какие дополнительные методы обследования применяются для уточнения этиологии энцефалитов у детей?

9. Каковы клинические проявления при полисезонных энцефалитах, вызванных энтеровирусами у детей?

10. Каковы особенности клиники и течения при гриппозном энцефалите у детей?

11. При каких инфекциях развиваются вторичные энцефалиты и особенности их течения у детей?

12. После каких вакцинаций возможно развитие вторичных энцефалитов и особенности их течения у детей?

13. При каком заболевании возможно развитие малой хореи у детей, её клинические проявления, лечение и профилактика?

14. Основные принципы современной терапии, врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), профилактики, Диспансеризации, реабилитации при энцефалитах.

#### Полиомиелит.

1. Какова этиология и пути распространения инфекции при полиомиелите у детей?

2. Какова классификация клинических форм полиомиелита, их проявления и стадии течения?

3. Какие методы обследования применяются в дифференциальной диагностике полиомиелита у детей?

4. Какие лечебные мероприятия проводятся в различных стадиях полиомиелита у детей?

5. Каковы последствия полиомиелита и реабилитационные мероприятия при них.

6. Каким образом осуществляется профилактика полиомиелита?

#### Миелит.

1. Каковы этиологические факторы острого миелита (первичного, вторичного) у детей?

2. Каковы особенности клиники и течения острого миелита с учетом уровня поражения спинного мозга?

3. Каковы лечение, ВТЭ, диспансеризация и реабилитация последствий у больных с острым миелитом?

#### Нейросифилис.

1. Что включает в себя понятие мезодермальный и паренхиматозный нейросифилис у детей?

2. Каковы клинические проявления гуммы мозга, васкулярной формы нейросифилиса и сухотки спинного мозга?

3. Как лечить мезодермальный и паренхиматозный нейросифилис?

4. Каков должен быть подход к экспертизе трудоспособности, диспансеризации, профилактике при нейросифилисе?

#### Нейробруцеллёз

1. Каковы этиология, пути заражения, основные клинические симптомы нейробруцеллеза у детей?

2. Каковы основные принципы терапии, экспертизы трудоспособности, диспансеризации, профилактики при нейробруцеллезе?

#### Боковой амиотрофический склероз. (БАС)

1. Какова предполагаемая этиология бокового амиотрофического склероза ?

2. Какие патологоанатомические данные подтверждают системный характер поражения при БАС?

3. Какие различают клинические формы, их проявления и прогноз при БАС?

4. Какие признаки учитываются в дифференциальной диагностике БАС, как нозологической единицы с синдромом БАС при клещевом энцефалит спинальной миелопатии вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника?

5. Каковы основные принципы терапии при БАС?

6. Каковы подходы при решении вопросов ВТЭ и диспансеризации при БАС?

Демиелинизирующие заболевания нервной системы.

1. Каковы современные данные об этиологии и патогенезе демиелинизирующих заболеваний?

2. Какова эпидемиология демиелинизирующих заболеваний?

3. Каковы особенности течения рассеянного склероза?

4. Какие основные патоморфологические изменения обнаруживаются в мозговой ткани при демиелинизирующих заболеваниях в зависимости от стадии процесса?

5. Какие патофизиологические механизмы обеспечивают регресс симптомов при рассеянном склерозе?

6. Какие симптомы характерны для начальных стадий рассеянного склероза?

7. Что включает в себя триада Шарко и пентада Марбурга, секстада Маркова?

8. Какой возраст поражает рассеянный склероз?

9. Каковы изменения глазного дна характерны для рассеянного склероза?

10. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз при подозрении на рассеянный склероз?

11. Какие критерии лежат в основе дифференциальной диагностики рассеянного склероза и острого рассеянного энцефаломиелита?

12. Какие дополнительные методы исследования могут быть применены для уточнения диагнозов рассеянного склероза и острого рассеянного энцефаломиелита?

13. Каково лечение больных рассеянным склерозом?

14. Основные принципы врачебно-трудовой экспертизы, реабилитации, диспансеризаций при рассеянном склерозе?

### **Перечень ситуационных задач для проведения заключительного контроля.**

#### **Задача №1.**

Больная М., 10 лет, жалуется на сильные головные боли, тошноту, рвоту, озноб, боли в мышечных группах туловища, конечностей. Заболела остро, повысилась температура до 39,2° и появились вышеуказанные симптомы.

Объективно: имеются герпетические высыпания на губах. Пульс 96 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Кивот мягкий, безболезненный при пальпации, несколько втянут. В неврологическом статусе выражены ригидность - мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского. На глазной дне выявлена гиперемия сосков зрительных нервов. Парезов нет. Сухожильные рефлексy оживлены, симметричные. Патологических рефлексy нет. Имеется световая, тактильная, болевая гиперестезия. Анализ крови: СОЭ-34, Л-20000 в 1 мкл Спинномозговая жидкость мутная, давление 300 мм.вод.ст., цитоз 25 000 в 1 мм3, преимущественно нейтрофилы, содержание сахара 0,4 г/л. В нейтрофилах обнаружены менингококки.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8,9)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)

8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

Задача №2.

Больной П., 12 лет, жалуется на приступообразную, усиливающуюся головную боль, пошатывание при ходьбе, головокружения, снижение слуха, гнойные выделения из правого уха, не закрывается правый глаз, "перекосило" рот. С раннего детства страдает хроническим отитом. Головные боли, головокружения беспокоят три месяца.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На глазном дне расширены вены. Снижен слух на правое ухо. Периферический парез мимической мускулатуры справа.

Мышечная сила хорошая. Сухожильные рефлексы живее слева, брюшные слева снижены. В позе Ромберга не устойчив. При пальценосовой и указательных пробах отмечается легкое промахивание с элементами интенционного дрожания справа.

На краниограмме определяется усиление пальцевых вдавлений по своду черепа. М-Эхо по данным Эхо-ЭГ по средней линии. При исследовании цереброспинальной жидкости патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)
11. Приведите данные по нормальному составу цереброспинальной жидкости (ПК6,8)

Задача №3.

Ребенок 10 лет жалуется на слабость в руках, в мышцах шеи, трудности удержания головы. Две недели назад в апреле был укус клеща. Внезапно повысилась температура до 39, появились озноб, головная боль, боли и слабость в мышцах спины, шеи.

Объективно: в крови лейкоцитоз, увеличено СОЭ. Со стороны внутренних органов патологии нет. В неврологическом статусе верхний вялый парализованный парез с похудением мышц шеи, плечевого пояса и рук, снижением сухожильных рефлексов, парез мышц шеи ("падающая голова"). Цереброспинальная жидкость нормальная.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

#### Задача №4.

Пациент М., 15 лет, считает себя больным в течение последнего года. Тогда он находился в таежном районе Дальнего Востока. Известно, что повысилась температура тела до 38,6°, был озноб, болела шея, руки, ноги и поясница, была тошнота, рвота, светобоязнь. В первые дни заболевания отмечена ригидность мышц шеи, симптомы Кернига и Брудзинского. Язык был сухим, обложенным. При исследовании крови в этот период болезни установлено: СОЭ – 25 мм/час, Л – 12,0 Г/л; с – 60%; п – 15%; э – 1%; лф – 16%; м – 8%. Спинномозговая жидкость: давление – 320 мм вод. ст., прозрачная, белок – 0,8 г/л; реакция Панди – положительная, плеоцитоз – 158 лф. К десятому дню болезни температура тела стала нормальной, уменьшились менингеальные симптомы и появились миоклонические подергивания в левой половине лица. К концу шестой недели после начала заболевания сохранялись миоклонии мышц лица слева. С 2001 года стал отмечать дрожание рук. Во время работы они стали быстро уставать, а поднятые вверх было трудно удерживать. Слабость прогрессивно нарастала, появилось ограничение движений в плечевых суставах.

Объективно: миоклонические подергивания на лице слева, голова свисает, с большим трудом больной откидывает голову назад и удерживает ее в вертикальном положении. Неустойчив в пробе Ромберга. Походка нормальная. Плечи опущены. Движения в плечевых и локтевых суставах отсутствуют, ограничены в лучезапястных суставах и, в меньшей степени, в пальцах кистей. Атония проксимальных мышц рук. Атрофия трапецевидных, дельтовидных, двуглавых, трехглавых, больших и малых грудных, надостных и подостных мышц. В этих мышцах наблюдаются миоклонические подергивания. Отсутствуют сухожильные рефлексы с двуглавых и трехглавых мышц, лучезапястные рефлексы. Кисти рук цианотичны, отечны, кожные складки сглажены, ногти тусклые, ломкие. Движения ног не ограничены. Мышечный тонус и сила не изменены. Глубокие рефлексы с ног симметричны, удовлетворительные. Патологических рефлексов не выявлено. Все виды чувствительности сохранены. Тазовых расстройств нет. За время пребывания в клинике у больного отмечался приступ клонических судорог мышц левой половины лица, затем такого же характера судороги появились в левой руке, а вслед за этим развился общий судорожный приступ, продолжавшийся 3 минуты.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

#### Задача № 5.

Больной Н., 15 лет, школьник, жалуется на боли ломящего характера в правой половине грудной клетки, онемение и снижение силы в пальцах правой руки. 2 года назад впервые получил безболезненный ожог, длительно не заживавший. Болезнь развивалась постепенно, значительного улучшения от лечения не отмечал.

Объективно: сколиоз грудного отдела позвоночника, грудная клетка "сапожника". Симптом Горнера справа. Снижение силы, гипотония и атрофия мышц дистальных отделов правой руки. Сухожильные и надкостничные рефлексы на правой руке не



вызываются. Снижена болевая и температурная чувствительность с С2 - Д5 справа, Координаторных нарушений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

Задача №6

На приеме у невролога в поликлинике больной Г., 15 лет, предъявил жалобы на головную боль («тяжелая голова»), шум в ушах, тошноту, двоение перед глазами, слабость в ногах.

Считает себя больным около 5 дней. Ранее болел простудными заболеваниями в холодное время года, к врачам обращался редко, чаще занимался самолечением. Год назад была травма головы в результате драки, терял сознание на короткое время (точно сказать не может), были головные боли, рвота. Принимал анальгин, в медицинские учреждения не обращался.

Из анамнеза жизни: рожден в срок, рос и развивался без отставания от сверстников, прививки проводились во время. В детстве перенес вирусный гепатит. Операций, переливаний крови, аллергических реакций не было.

В неврологическом статусе: температура тела - 37,8 °С, тахикардия, пятнисто-папулезная сыпь на коже, не резко выраженные менингеальные симптомы, диплопия, птоз, косоглазие, зрачки узкие, вялая реакция зрачков на свет, синдром Аргайла-Роберсона, асимметрия носогубных складок, неустойчивость в позе Ромберга, снижение глубоких рефлексов, повышение мышечного тонуса, снижение силы мышц нижних конечностей до 3,5 - 4 баллов.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

Задача №7

Пациент М., 15 лет, поступил в клинику с жалобами на сильную головную боль, нарушение зрения, повышение температуры тела, общую слабость.

Из анамнеза известно, что пациент болеет около месяца, когда появилось общее недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела к вечеру до 37,4 - 37,7°С. Самочувствие постепенно ухудшалось.

Анамнез жизни: рос и развивался соответственно возрасту. С 7 лет находился на учете в областном противотуберкулезном диспансере. Проживает с матерью. Учится в профессиональном училище.

При осмотре: состояние тяжелое, оглушен, температура тела 39,8 °С. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Пульс 100 ударов в минуту. Частота дыхания 22 в минуту. Гиперемия лица. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Дыхание жесткое, над всей поверхностью легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный.

В неврологическом статусе: сходящееся косоглазие, фотореакции ослаблены, асимметрия носогубных складок, девиация языка вправо, общая гиперестезия, глубокие рефлексы низкие, симметричные, патологических рефлексов нет, положительный рефлекс Маринеску-Радовичи; координаторная сфера не исследовалась в виду тяжести состояния больного. Выявляется положительный симптом Кернига, нижний симптом Брудзинского, базально-оболочечные симптомы.

Вопросы:

11. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
12. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
13. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
14. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
15. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
16. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
17. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
18. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
19. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
20. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

#### Задача № 8

В поликлинику поступил вызов на дом к больной У., 14 лет, с жалобами на высокую температуру тела (39,7 °С), сильную головную боль и многократную рвоту, двоение перед глазами.

Анамнез заболевания: больна первый день. Ранее (в начальных классах) часто болела простудными заболеваниями. Около 5 дней до болезни выступала на соревнованиях в другом городе, во время которых перенесла психоэмоциональный стресс. Впоследствии заболела острой респираторной инфекцией.

Объективно: гипертермия (40 °С), гиперемия кожных покровов лица, герпетические высыпания на губах, полиморфная геморрагическая звездчатая сыпь на теле, артериальная гипотензия (95/60 мм рт. ст.), брадикардия, сменяющаяся тахикардией, птоз, расходящееся косоглазие, психомоторное возбуждение, светобоязнь, выраженные менингеальные симптомы - общая гиперестезия, ригидность шейно-затылочных мышц, двусторонние симптомы Кернига, Брудзинского, базально-оболочечные симптомы. Глубокие рефлексы высокие, двухсторонний патологический рефлекс Бабинского.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)

9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)

10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

#### Задача №9

Больной Ш. 14 лет направлен участковым терапевтом на консультацию к неврологу с жалобами на онемение и слабость в ногах, нарушение походки.

Анамнез заболевания: 3 недели назад до появления вышеуказанных жалоб больной тяжело переболел гриппом. Отмечалась лихорадка до 39 °С, интенсивные головные боли с многократной рвотой, подъемом артериального давления до 160/90 мм рт. ст. Лечился амбулаторно. Получал антибактериальную, десенсибилизирующую, жаропонижающую, гипотензивную терапию. Через 10 дней общее самочувствие улучшилось. Однако после регресса общинфекционных признаков болезни появились и постепенно усиливались онемение и парестезии в стопах, распространившиеся в последующем на голени и бедра, а также мышечные боли и слабость в ногах. Стал отмечать нарушения функции передвижения и равновесия, сфинктерные нарушения в виде неудержания мочи.

Во время осмотра неврологом выявлена статическая атаксия, увеличивающаяся при закрытых глазах, спастико-паретическая походка, двусторонняя динамическая атаксия при выполнении пяточно-коленных проб. Умеренно повышен мышечный тонус по спастическому типу в мышцах голени и бедер. Мышечная сила в ногах снижена до 2 баллов. Значительно повышены пателлярные и ахилловы рефлексы, выявлен двусторонний патологический рефлекс Бабинского. Снижена поверхностная и в меньшей степени глубокая чувствительность в стопах, голених, бедрах и нижней половине туловища до D<sub>9</sub>-дерматома включительно. Отсутствуют кремаштерные, нижние брюшные рефлексы с 2-х сторон. Глазодвигательные функции, зрение, слух, обоняние, вкус, речь, память, внимание без особенностей. Чувствительность верхней половины туловища, рук, лица не нарушена. Парезов в мышцах плечевого пояса и рук не выявлено. Со стороны внутренних органов изменений нет.

#### Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

#### Задача № 10

Больной З., 10 лет, обратился к неврологу с жалобами на нестерпимые головные боли, сопровождаемые тошнотой и рвотой, непереносимостью яркого света, громких звуков. У больного отмечалось повышение температуры до 39-40 °С.

В ходе неврологического обследования установлено: сопротивление при попытке наклонить голову вперед. У лежащего на спине больного при разгибании ноги в коленном и тазобедренном суставе возникает сопротивление. При пассивном наклоне головы к груди - происходит сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах. При давлении на область лобкового симфиза возникает легкое сгибание ног в этих же суставах. При сгибании одной ноги в тазобедренном и коленном суставах - сгибается другая нога. Также отмечается болезненность при надавливании на глазные яблоки, при этом происходит

тоническое сокращение мимических мышц, при давлении на область скуловой дуги - усиливается головная боль.

Ответьте на вопросы:

1. Перечислите все неврологические симптомы, имеющиеся у больного (ОПК6, ПК5,6)
2. Какое изменение спинно-мозговой жидкости может быть у больного? (ОПК6, ПК5)
3. Определите очаг поражения. (ОПК6, ПК5)

Задача №11.

Больной Д., 15 лет, жалуется на снижение зрения, слабость в ногах, шатает при ходьбе "как пьяную". 3 года назад внезапно резко снизилось зрение. В течение месяца после лечения у офтальмолога зрение восстановилось. Через год появилась слабость в ногах, шаткость при ходьбе. Периодически самочувствие ухудшается. За последние полгода улучшения не отмечает.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Острота зрения снижена на оба глаза до 0,7, на глазном дне - побледнение височных половин дисков зрительных нервов. Горизонтальный нистагм. Нижний спастический парепарез. В позе Ромберга не устойчива. Походка "пьяного". При пальце-носовой и пяточно-коленной пробах отмечаются промахивание и интенционное дрожание. Реакция Вассермана крови отрицательная.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (ОПК 6, ПК5,6,8)
2. Дифференциальная диагностика (ОПК 6, ПК5,6,8)
3. План дополнительного обследования больного (ОПК 6, ПК5,6,8)
4. Оценка результатов обследования (ОПК 6, ПК5,6,8)
5. Формулировка клинического диагноза (ОПК 6, ПК5,6,8)
6. Показания к госпитализации (ОПК 6, ПК5,6,8)
7. План лечения больного с учетом результатов обследования и сопутствующей патологии (ОПК 6, ПК5,6,8)
8. Вопросы экспертизы нетрудоспособности (временной и МСЭ) (ОПК 6, ПК5,6,8)
9. План диспансерного наблюдения (ОПК 6, ПК5,6,8)
10. Первичная и вторичная профилактика, реабилитация (ОПК 6, ПК5,6,8)

## **6. ООД при работе с тематическими больными.**

1. Выяснить фамилию, имя, отчество пациента, его возраст;
2. Выяснить жалобы, провести их детализацию.
3. Собрать анамнез болезни.
  - Необходимо уточнить время появления первых признаков заболевания (возраст больного),
    - Важно отметить, как началось заболевание (остро, подостро, постепенно),
    - Выяснить, какие возможные факторы предрасполагали к заболеванию.
    - Если имеются указания на простудный фактор, то выяснить в каких пределах и сколько дней была повышенная температура, какое было самочувствие, чем все закончилось (выздоровление полное, с остаточными явлениями и т.д.).
  - При наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы уточнить степень её тяжести, какое получал лечение и какой исход травмы (выздоровление и т.д.).

- Подобная конкретизация нужна в отношении других обстоятельств, с которыми больной связывает развитие заболевания.

- После описания первых проявлений заболевания необходимо изложить в хронологической последовательности развитие новых симптомов, дать им клиническую характеристику, динамику степени выраженности, проводимое лечение и его эффективность.

- Следует обращать внимание на выявление побочных реакций при лечении, непереносимость определенных лекарственных препаратов.

- В анамнезе болезни должны быть отражены данные о длительности временной нетрудоспособности больного по тем или иным заболеваниям, о прохождении ВТЭК с указанием группы инвалидности и сроках её продолжительности.

#### 4. Собрать анамнез жизни

- В анамнезе жизни отражают характеристики возрастных этапов развития с учётом динамики семейных, социальных и психологических факторов.

- Начинать следует о месте рождения, особенностях протекания беременности и родов у матери.

- При расспросе больного особое внимание уделяют описанию тех сторон жизни, которые могут иметь значение для данного заболевания. Для оценки роли социально-психологических факторов (конфликтные семейные и служебные ситуации, болезни близких и др.), определяющее значение имеют отношение больного к этим событиям, способы его психологической адаптации.

- При описании возрастных этапов жизни следует отразить своевременность становления навыков физического и психического развития пациента, а, в зависимости от возраста, так же половой анамнез (менструации, семейно-брачный анамнез), трудовой маршрут с указанием профессиональных вредностей (шум, химические вредности и т.д.), жилищно-бытовые условия, наличие хронических интоксикаций, перенесенные травмы, инфекции, операции.

- Анамнестические данные по наследственности включают в себя указания на наличие семейных заболеваний (мигрень, эпилепсия, алкоголизм, психические заболевания, туберкулёз, сифилис, болезни обмена веществ и внутренней секреции); возраст и состояние здоровья родителей при рождении больного и на момент курации; количество выкидышей и мертворожденных у матери; наличие родства между родителями; количество братьев и сестер, состояние их здоровья с указанием на возраст и причины смерти при возможности таковой; а так же данные о наличии аналогичного заболевания (по отношению к курируемому больному) у отдаленных родственников. При получении данных, свидетельствующих о возможном наследственном характере заболевания у больного, следует составить генеалогическую таблицу с применением общепринятых условных обозначений.

- При невозможности собрать анамнез вследствие тяжелого состояния больного, нарушения речи, сознания, пользуются данными, полученными при опросе родственников, сослуживцев и др., а также заключениями медицинских документов.

- Анамнестические сведения помогают врачу составить представление о возможных этиологических факторах и патогенетических механизмах развития заболевания, об особенностях формирования и характере личности больного, имеющих важное значение для эффективного лечения.

#### 5. Провести общесоматическое обследование пациента в соответствии с предъявляемыми дополнительными жалобами: проводится осмотр только тех систем органов, на которые пациент предъявляет жалобы.

- Оцениваются общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое), сознание (ясное, оглушенное, сумеречное, сонор, кома, психомоторное возбуждение), положение (активное, пассивное, вынужденное).

- Проводится осмотр дыхательной (частота дыхания, аускультация), сердечно-сосудистой (пульс, его частота и характеристика, артериальное давление (на правой и левой плечевых артериях), пищеварительной, мочеполовой систем и опорно-двигательного аппарата.

6. Провести исследование неврологического статуса

7. Интерпретация данных дополнительных методов исследования (ликворологических, рентгенологических, нейрофизиологических, нейровизуальных и ультразвуковых методов исследования, консультации других специалистов – отоневролога, окулиста).

8. Общее клиническое заключение с обоснованием неврологического синдрома и топического диагноза. Жалобы, данные анамнеза и выявленные симптомы объединяются в неврологические синдромы (например - левосторонний центральный гемипарез, мозжечковая атаксия и т.д.).

9. Топический диагноз. Определяют локализацию патологического очага при каждом неврологическом синдроме.

10. Предварительный клинический диагноз и его обоснование.

11. Обоснование диагноза проводится на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, данных лабораторно-инструментальных методов исследования. Необходимо избегать полного перечисления жалоб и данных анамнеза, следует выбирать наиболее характерные проявления изучаемой патологии.

12. Дифференциальный диагноз.

Проводится сопоставление клинических проявлений заболевания у курируемого больного с другими болезнями, имеющими сходство по структуре неврологических синдромов, их тяжести, течению процесса и по другим признакам. В истории болезни необходимо отразить клинические синдромы разбираемой патологии в сравнении с клиникой заболеваний, с которыми проводится дифференциальный диагноз (по данным научной литературы) с указанием принципиальных различий.

13. Окончательный клинический диагноз.

В развернутом клиническом диагнозе должна указываться этиология, морфология, топика, течение болезни, неврологические синдромы, степень нарушенных функций, стадия и фаза развития процесса (ремиссия, обострение), наличие осложнений основного заболевания и сопутствующих болезней.

14. Лечение.

Составляется (по данным научной литературы) план лечения с учётом режима, диеты, фармакологических препаратов, физиотерапии и других методов. Приводится механизм действия, рецепты лекарственных средств. Указывается лечение курируемого больного в стационаре.

15. Профилактика.

Дается комплекс мероприятий по первичной и вторичной профилактике разбираемой патологии.

#### 16. Прогноз.

Указываются прогноз для возможной продолжительности жизни и для восстановления нарушенных функций, трудовой, социальной у курируемого больного и при разбираемой форме заболевания.

#### 17. Трудоспособность.

Оценивается трудоспособность больного трудоспособного возраста с учётом нарушения функций нервной системы, течения заболевания, профессии больного и условий работы (трудоспособен, нуждается в продлении больничного листка, требуется перевод на другие виды работ с указанием их профессиональной ориентации, направляется на МСЭК).

### 7. Литература.

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов учреждений высшего профессионального образования : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1 : Неврология. - 2015.
2. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов учреждений высшего профессионального образования : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2 : Нейрохирургия. - 2015.
3. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов медицинских вузов : с компакт-диском : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1 : Неврология. - 2013. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
4. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов медицинских вузов : с компакт-диском : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 2 : Нейрохирургия / под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - 2013.
5. Гусев Н. И. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : приложение на компакт-диске к учебнику : для студентов медицинских вузов : в 2 т. / Н. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - Электрон. дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM)
6. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия : учебник с приложением на компакт-диске : для студентов медицинских вузов : в 2 т. Т. 1/ Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
7. Гусев Н. И. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : приложение на компакт-диске к учебнику : для студентов медицинских вузов : в 2 т. / Н. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - Электрон. дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

### ЭБС:

- 1 Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 1. Неврология. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.  
<http://www.studmedlib.ru>

2. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 2. Нейрохирургия / под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru>
3. Никифоров А.С. Общая неврология : учебное пособие /А.С. Никифоров, Е.И. Гусев . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. <http://www.studmedlib.ru>
5. Петрухин А.С. Детская неврология: учебник : в 2-х томах. 2012. <http://www.studmedlib.ru>

**Дополнительная литература:**

1. Неврология : национальное руководство : краткое издание / Н. Ю. Абрамычева [и др.] ; под ред.: Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Линьков В.В., Гаранина Е.С. Рассеянный склероз (клиника, диагностика, лечение): электронное обучающе-контролирующее учеб. пособие - Иваново, 2010.
3. Ястребцева И. П. Оценка ограничений жизнедеятельности при нарушениях двигательных функций по этапам восстановительного лечения : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / И. П. Ястребцева. - Иваново, 2008.

**ЭБС:**

- Можаев С.В. Нейрохирургия: учебник / С.В. Можаев, А.А. Скоромец; Т.А. Скоромец. . - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. <http://www.studmedlib.ru>