МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ‘Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КВНЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ"

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

з дисципліни ***Неврологія***
за спеціальністю ***223 Медсестринство***
спеціалізація ***Лікувальна справа***

Тема: ***Менінгіти. Арахноїдити***

Підготував викладач: ***Лісова С.І.***
Розглянуто та схвалено на засіданні
циклової комісії
терапевтичних дисциплін
Протокол № ____ від "___"_____20__р.
Голова _____Кузнєцова Л.П.

МЕТОДІЧНІ ВКАЗІВКИ
для самостійної роботи студентів

ТЕМА: МЕНІНГІТИ. АРАХНОЇДИТИ.

Обгрунтування теми. Менінгіти порівняно часто зустрічаються в клінічній практиці, вони можуть викликати грізні ускладнення, а також залишкові явища, які призводять до інвалідності. Менінгіти відносяться до числа гострих захворювань, які потребують швидкої діагностики і призначення диференційованого лікування. Церебральні арахноїдити є ускладнненням таких розповсюджених захворювань, як інфекційні, черепно-мозкові травми, ЛОР-хвороби. Знання клінічних ознак первинних та вторинних менінгітів а також арахноїтитів необхідно лікарям всіх спеціальностей, особливо неврологам, інфекціоністам, педіатрам, отолярингологам, фтізіатрам, венерологам.

Мета заняття:

Загальна: оволодіти методами обстеження хворих на менінгіти, вміти діагностувати ці захворювання, проводити диференційну діагностику, використовувати додаткову літературу для визначення етіологічної та клінічної форми менінгіту, надання лікарської допомоги.

Конкретна:

Знати	Вміти
1. Етіологію та патогенез менінгітів та арахноїдитів. 2. Клінічні синдроми типові для менінгітів та арахноїдитів. 3. Методи клінічного обстеження хворих для виявлення симптомів ураження оболонок (менінгеальні симптоми) та речовини мозку. 4. Методику проведення люмбальної пункції 5. Зміни ліквору при різних формах менінгітів 6. Принципи етіотропного та патогенетичного лікування менінгітів та арахноїдитів 7. Особливості експертизи працездатності при менінгітах і методи реабілітації хворих.	1. Зібрати скарги і анамнез у хворого, звернувши увагу на дані які відбивають наявність загально -інфекційного синдрому. 2. Провести дослідження неврологічного статусу. Виявити при цьому ознаки інфекційного ураження оболонок головного та спинного мозку (менінгеальний синдром), ознаки ураження різних структур головного мозку (парези, порушення чутливості, порушення функцій черепноих нервів) 3. Встановити ведучі синдроми ураження оболонок мозку та різних відділів нервової системи (рухові, чуливі системи, черепні нерви) і визначити топічний діагноз. 4. Встановити ведучі клінічні синдроми (загальноінфекційний, загальномозковий, менінгеальний, вогнищевий, лікворний) і сформулювати попередній діагноз. 5. Провести диференційну діагностику між різними формами менінгітів і субарахноїдальним крововиливом, арахноїдитом та об’ємними процесами мозку. 6. Застосувати засоби етіологічної, патогенетичної і симптоматичної терапії: медикаментозної, фізіотерапевтичної. Обгрунтувати і призначити індивідуальне лікування, виписати рецепти на лікарські

	препарати. 7. Застосувати основи законодавства про тимчасову і стійку втрату працездатності та рекомендації про методи реабілітації.

Практичні навички:

1. Вміти провести дослідження менінгеальних симптомів (Керніга, Брудзинського, ригідності потиличних м»язів).
2. Вміти провести люмбальну пункцію.
3. Вміти призначити лікування хворому на менінгіт та арахноїдит.

<u>Зміст навчального матеріалу</u>. Граф логічної структури теми.

Граф логічної структури

МЕНІНГІТИ

I. Класифікація — Первинні — Вторинні

II. Нозологічні Форми — Первинні: Цереброспинальний епідемічний; Вторинні: Гнійний, Туберкульозний, Сифілітичний

III. Клінічні Ознаки
- Гострий початок
- Підвищення температури
- Запальні зміни крові
- Загальномозкові симптоми
- Менінгеальні симптоми
- Ураження черепний нервів
- Ураження спинальний корінців
- Пригнічення рефлексів
- Загальна гіперестезія
- Запальні зміни ліквору

IV. Лікування
- Антибактеріальні препарати
- Кортикостероїдні гормони
- Дезінтоксикація
- Дегідратація
- Десенсибілізація
- Вітаміни
- Кардіотоніки
- Симтоматичне лікування

А Р А Х Н О І Д И Т И

1) Класіфікація :
   Конвекситальний
   базальний
   задня черепна ямка
2) Локалізація :
   Лобний Оптикохіазмальний Бокові цитерни
   Тім`яний Інтерпедункулярний Великі цистерни
   Скроневий Поперекової цистерни
3) По характеру змін
   Злипчивий Кістозний
4) Клінічні ознаки:
   загально-інфекційні симптоми
   загально-мозкові
   менінгіальні
   ураження ЧМН
   запальні зміни в крові
5) Лікування:
   анти бактеріальні препарати
   гормони
   дезінтоксикаційні
   дегидротаційні
   десенсибілізуючі
   вітаміни
   симптоматічні

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

Орієнтовна карта для вивчення студентами літератури

Питання і послідовність дій	Вказівки до навчальних дій та еталон відповідей
Класифікація менінгітів	Викласти класифікацію менінгітів по етіології, характеру ексудату, локалізації процесу і перебігу
Клінічні ознаки менінгеального синдрому	Перелічити та пояснити патогенез основних симптомів, які складають менінгеальний синдром
Клінічні особливості і діагностика менінгітів	Вивчити по підручнику клініко-лабораторну діагностику різних форм менінгітів: цереброспинального епідемічного, вторинного гнійного, первинного серозного, туберкульозного, сифілітичного. Скласти таблицю диференційно-діагностичних ознак по ліквору.
Ураження черепних нервів при менінгітах	Використовуючи таблицю “Основа головного мозку”, повторити ознаки черепних нервів, які найбільш часто уражаються при базальних менінгітах
Лікування менінгітів	Розібрати по підручнику етіологічне, патогенетичне та симптоматичне лікування менінгітів. Засвоїти перелік, дозировки та рецептуру препаратів
Ускладнення і залишкові явища при менінгітах	Вивчити ускладнення менінгітів в гострому періоді, які можуть виникати в зв’язку з інтоксикацією і гострою надниркoвою недостатністю. Вивчити

	можливі залишкові явища після менінгітів
Класифікація арахноїдітів	По етіології: постгрипозний,травматичний, ревматични тонзілогенний, токсичний; По локалізації: конвекситальний, базальний, задньої черепної ямки. По характеру змін підпавутинного простору: змін-ливий, кістозний, змішаний. По перебігу: гострий, підгострий, хронічний.
Етіологія церебрального арахноїдіта	Захворювання поліетиологічне. Загальні та місцеві інфекції, травми, інтоксикації.
Клінічні особливості конвекситального арахноїдіта	Гострий початок. Загальномозкові симптоми. Симптом подразнення. Менінгеальні синдроми.
Клінічні ознаки базального арахноїдіта.	Загальномозкові симптоми. Симптоми подразнення черепних нервів І, ІІ, ІІІ, У,УІ,УІІ,УІІІ.
Клінічні ознаки арахноїдіта задньої черепної ямки.	Гіпоталамічні порушення. Мозочкові розлади.
Діагностика арахноїдітів	Загальномозкові симптоми. Ураження черепних нервів: УІ, УІІ, УІІІ, ІХ, Х, ХІІ. Мозочкові розлади. Краніограма - ЕЕГ, цереброспинальна рідина. Пневмоенцефалографія, ехоенцефалографія, КТ головн мозку, ЯМР.
Лікування арахноїдітів.	Антибактеріальні препарати: протиалергічні; дезінтоксикаційні; дегідратуючі; протизапальні; протисудорожні; анальгет вітамінні, ноотропи.

На практичному занятті студенти самостійно під контролем викладача обстежують тематичних хворих, при наявності показань приймають участь у проведенні люмбальної пункції, знайомляться з результатами аналізу ліквору.

Студенти повинні розуміти, що в курації хворих на менінгіт обов’язок лікаря полягає в першу чергу в умінні швидко діагностувати захворювання і терміново призначити етіотропне та патогенетичне лікування. В диференційній діагностиці менінгітів вирішальне значення має аналіз ліквору. Лікар зобов’язаний вміло пояснити хворому та родичам хворого необхідність дослідження ліквору, обходячи при цьому різкість тону, але проявляючи потрібну настійність.

Обговорення з викладачем диференційного діагнозу, питань прогнозу проводять в учбовій кімнаті. В кінці заняття студенти вирішують ситуаційні задачі.

Орієнтовна карта для самостійної роботи.

Послідовність і зміст дій	*Методика виконання дій, практичних навичок*
Вияснити паспортні дані хворого. Вияснити скарги та анамнез.	Коротко записати собі основні дані. Особливу увагу звернути на наявність загальномозкових симптомів (головний біль, блювота), розвиток захворювання (гостро, підгостро), перші ознаки, підвищення температури, наявність попередніх захворювань (грип, отит, карбункул, контакт з хворим на туберкульоз).
Дослідити неврологічний статус.

Для роботи використовуються фонендоскоп, неврологічний молоток, набори для дослідження чутливості, вищих коркових функцій, учбові таблиці, набір медикаментів.

Викладач контролює правильність всіх дій студентів при самостійній роботі в палаті та хід клінічного мислення в процесі розбору хворого і постановки діагнозу. Підкреслює найбільш типові помилки в рецептурі і принципах призначення лікування.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

Задача N 1. У дитини 6 років на протязі 2-х днів спостерігалась млявість, помірний головний біль. назофарингіт. На третій день температура підвищилась до 39, різко посилився головний біль, з'явилась блювота, розвився сопорозний стан. При огляді звертає на себе увагу поза хворого: голова відкинута назад, живіт втягнутий, ноги зігнуті в колінних суглобах і притягнуті до живота. На шкірі передпліч, гомілок і стегон геморагічний висип. В неврологічному статусі: косоокість, яка сходиться за рахунок правого ока, анізокорія. Сухожилкові рефлекси рівномірно знижені. Ригідність м'язів потилиці на 5 поперечних пальців, позитивні симптоми Керніга і Брудзинського (верхній і нижній). В крові: лейкоцитів 16. 10^9/л, ШОЕ - 30 мм/год. Аналіз ліквору: тиск 300 мм водн. ст., колір -мутний, молочного кольору, цитоз - 7000 в 1 мкл, нейтрофіли.
Встановити клінічний діагноз, визначити клінічну форму, призначити додаткові дослідження, призначити лікування.

Задача N 2. Хворому 27 років, тракторист. Доставлений у приймальне відділення у важкому стані. На всі питання відповідає "Голова!" Об'єктивно: загальмований лежить з відкинутою назад головою, ноги зігнуті в колінних і тазостегенних суглобах. З лівого зовнішнього слухового проходу відмічається гноєтеча. Перкуторно: болючість в ділянці смочкового відростка. В неврологічному статусі: параліч мімічної мускулатури всієї лівої половини обличчя. Сухожилкові рефлекси торпідні. Ригідність м'язів потилиці на 4 поперечних пальці, позитивні симптоми Керніга і Брудзинського. В крові: лейкоцити - $18 \cdot 10^9$ /л, зрушенняг формули ліворуч, ШОЕ - 40 мм/г. Аналіз ліквору: мутний з зеленуватим відтінком, тиск 320 мм водн. ст., цитоз - 5600 в 1 мкл, нейторфіли,білок - 4,2 г/л. Встановити клінічний діагноз, призначити лікування.

Задача N 3. У хворої 28 років на фоні катаральних явищ та болю в м'язах грудної клітини раптово підвищилась температура до 38,5, з'явився сильний головний біль, біль в очних яблуках, повторна блювота. В неврологічному статусі: анізорефлексія сухожилкових рефлексів, праворуч вище. Гіперестезія шкірних покриттів та органів чуття. Ригідність м'язів потилиці, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. На очному дні легкий набряк дисків зорових нервів. Ліквор: прозорий, безбарвний, тиск 280 мм водн. ст., цитоз - 40 в 1 мкл., лімфоцити, глюкоза -3,1 ммоль/л, хлориди 210 ммоль/л, РВ негативна. Зразу після люмбальної пункції головний біль зменшився. В крові виявлений високий титр антитіл до вірусу Армстронга.
Встановити клінічний діагноз , призначити лікування.

Задача N 4. Хворому 40 років, направлений в ЛОР відділення з приводу поліпозного етмоїдиту. Прооперований: видалені поліпи, відкриті клітки решітчастого лабіринту. Ввечері підвищилась температура до 38, був озноб. Наступного дня температура 39, різкий головний біль, періодично затемнена свідомість. В неврологічному статусі: ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, виличний симптом Бехтєрєва, болючість при рухах очними яблуками. Аналіз крові: лейкоціти -$18 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 49 мм/год. Ліквор: тиск - 350

мм водн. ст., мутний, цитоз - 1200 клітин в 1 мкл, нейтрофіли, білок - 1,8 г/л, хлориди-200 ммоль/л, глюкоза - 2,9 ммоль/л.

Встановити діагноз, призначити лікування.

Задача N 5. Хворій 32 роки. Три тижні тому з'явився головний біль, став поступово посилюватися, через 2 тижні її поклали в районну лікарню. Стала поступово підвищуватися температура, днів 5 тому, з'явилось двоїння в очах, повторна блювота. Була зроблена люмбальна пункція, в ліквoрі білку -1,8 г/л, цитоз - 544 клітини в 1 мкл, нейтрофіли- 40 % , лімфоцити - 60%, глюкоза - 1, 5 ммоль/л, хлориди - 110 ммоль/л. Направлена для подальшого лікування в неврологічне відділення обласної лікарні. В статусі: праворуч птоз і мідріаз, трохи обмежені рухи правого очного яблука всередину і вгору, слабкість мімічних м'язів праворуч по периферичному типу. Рефлекси кінцівок пригнічені. Ригідність м'язів потилиці на 3 поперечних пальці, позитивний виличний симптом Бехтєрєва та симптом Керніга. Хвора дезорієнтована, загальмована. Повторно проведена люмбальна пункція, в ліквoрі білка - 2,8 г/л, цитоз - 800 клітин в 1 мкл, нейтрофіли і лейкоціті порівну, глюкоза - 2,2 ммоль/л, хлориди -120 ммоль/л. При стоянні випала ніжна фібринова плівка. На очному дні набряк дисків зорових нервів. При рентгеноскопії грудної клітини патології не виявлено.
Встановити діагноз, призначити лікування.

Задача N 6. У хворої 27 років через 7 днів після пологів з'явився озноб, різкий головний біль, повторна блювота, слабкість, підвищилась температура до 39,8 . Об'єктівно: шкірні покриття бліді. Пульс 105 в хв. ритмічний, АТ - 115/65. Тони серця приглушені. Дихання везикулярне. Печінка і селезінка збільшені в розмірах, злегка болісні при пальпації. Неврологічний статус: Парез конвергенції, згладжена ліва носогубна складка. Рефлекси рук і ніг дуже низькі. Ригідність м'язів потилиці на 4 поперечних пальці, позитивні симптоми Керніга і Брудзинського. Гіперестезія шкіри**.** Аналіз крові: лейкоцити -$14 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ- 40 мм/год. Ліквор: цитоз -6000 клітин в 1 мкл, нейтрофіли,білок - 3 г/л, цукор - 2,5 ммоль/л, хлориди - 200 ммоль/л.
Встановити діагноз, призначити лікування.

Задача N 7. Хворому 48 років. Прийшовши додому від родичів, де він вживав вино, відчув гостий головний біль. Хворіє гіпертонічною хворобою на протязі 12 років. При огляді наступного дня збуджений, чинив опір дослідженню, не адекватно відповідає на питання. Температура 38,2, пульс - 56 у хв., ритмічний, напружений. АТ - 190/140. Неврологічний статус: з обох боків позитивний симптом Марінеско-Радовичі, рефлекси рук і ніг жваві, рівномірні. Ригідність потиличних м'язів на 3 поперечних пальці, сімптом Керніга. Ліквор: тіск 250 мм вод. ст., кров'янистий ,еритроцити - на все поле зору, лейкоцити - 20 в 1 мкл (70 % нейтрофіли, 30 % лімфоцити).
Встановити діагноз, призначити лікування, режим.

Задача N 8. У дитини 5 років на протязі 2-х тижнів спостерігалась дратливість, плаксивість, погіршення апетиту, головний біль, вечірній субфебрилітет. Потім температура підвищилась до 39°С , різко посилився головний біль поступово наступила втрата свідомості. Неврологічний статус: птоз ліворуч, косоокість, яка сходиться. Рефлекси рук і ніг торпідні. Ригідність м'язів потилиці. Позитивні симптоми Керніга і Брудзинського. Розлитий стійкий дермографізм. На рентгенограмах органів грудної клітіни патологічних змін не виявлено. Ліквор прозорий, злегка ксантохромний, цітоз - 200 в 1 мкл (70 % лімфоцити, 30 % нейтрофіли), білок - 0,97 г/л, хлориди - 100 ммоль/л, глюкоза - 1,0 ммоль/л. Через 24 години в ліквoрі з'явилась ніжна фібринова плівка.
Встановити діагноз, призначити лікування.

Задача N 9. У хворої 35 років на протязі майже місяця спостерігались субфебрилітет, біль у спині, головний біль, періодично нежить, втрата апетиту, дратливість. Лікувалась з приводу гострого респіраторного захворювання. Потім стан різко погіршився - посилився головний біль, з'явилась повторна блювота, температура підвищилась до 39,7 і у хворої розвинувся глибокий сопор. Родичі повідомили, що хвора 5 років тому розвелася з чоловіком, який хворів на туберкульоз. Неврологічний статус: двохсторонній птоз, більше праворуч, зіниця зліва ширше. Різко виражена ригідність м'язів потилиці, позитивний виличний симптом Бехтєрєва, симптоми Керніга і Брудзинського. На рентгенограмі легень одиничні петрифікати. Ліквор прозорий, ксантохромний, тиск 290 мм вод. ст., цитоз - 150 в 1 мкл. переважають лімфоцити, білок - 0,8 г/л, глюкоза 1,3 ммоль/л, хлориди -90 ммоль/л.
Через 24 години в лікворі з'явилась ніжна плівка.
Встановити діагноз, призначити лікування.

Задача N10. Хворий 45 років, скаржиться на тупий головний біль в ділянці потилиці і скронь, який посилюється вночі. Вважає себе хворим біля року. Періодичний головний біль посилюється і супроводжується запамороченням, шумом у вухах. При зовнішньому огляді: на шкірі "професійно" виконані наколки. Температура нормальна. Неврологічний статус: очна щілина праворуч вужче, зіниця праворуч ширше. Реакції зіниць на світло відсутні, на конвергенцію і акомодацію жваві. Знижений слух з обох боків. Колінні та ахілові рефлекси відсутні. В стопах знижене м'язово - суглобне почуття. Злегка позитивний симптом Ромберга. Висновок ЛОР: двобічний неврит слухових нервів. Висновок офтальмолога: неврит зорового нерву з обох боків. Ліквор: прозорий, безбарвний, тиск 120 мм вод. ст., білок -0,33 г/л, цитоз 27 в 1 мкл, лімфоцити, глюкоза -1,7 ммоль/л, хлориди 200 ммоль/л.
Встановити діагноз, призначити необхідні додаткові дослідження і лікування.

Задача N 11. У хлопчика 14 років раптово з'явився різкий головний біль, озноб, блювота, температура підвищилась до 40°С. Дитина впала і знепритомніла. Об'єктивно: на шкірі множинний геморагічний висип. Пульс 140 у хв., АТ-80/50. Неврологічний статус: кома. Зіниці широкі, на світло не реагують. Тонус м'язів кінцівок різко знижений. Сухожилкові рефлекси не викликаються. Легка ригідність м'язів потилиці. Ліквор прозорий, тиск 280 мм. вод. ст., цитоз -8 в 1 мкл, нейтрофіли, білок - 0,4 г/л, глюкоза- 1,3 ммоль/, хлориди- 220ммоль/л. Проведені лікувальні засоби не дали ефекту, хлопчик помер. На секції ниявлена виражена гіперемія оболонок мозку.
Встановити діагноз, визначити клінічну форму захворювання. Які дослідження необхідно провести посмертно для уточнення діагнозу?

Задача N12. Дівчинці 8 років. Через 6 днів після припухання навколовушних залоз раптово підвищилась температура до 39°С, з'явився головний біль, повторна блювота, збудження. В неврологічному статусі:: ригідність м'язів потилиці, помірно виражений симптом Керніга. Ліквор прозорий, безбарвний, злегка опалесцює, тиск 260 мм вод. ст., білок -0,82 г/л, цитоз 300 в 1 мкл, лімфоцити, глюкоза- 2,5 ммоль/л, хлориди- 210 ммоль/л.
Встановити діагноз, призначити лікування.

Задача №13. Хвора К, 24 роки, скаржиться на зниження зору, головний біль в ділянці надбрів"я, який посилюється при напруженні зору. Почуває себе хворою біля 2 тижнів після перенесеного ГРЗ. При обстеженні: зниження зору на обидва ока, легка девіація язика вліво, гіпестезія в зоні інервації 1-2 гілок правого трійчастого нерву.
Рефлекси з рук Д=S. Колінні та ахілові Д=S. Патологічних рефлексів немає. Координаторні виконує задовільно. На рентгенограмі черепа змін немає. Ехо-ЕГ- зміщеня

серединних структур мозку немає, ознаки внутрішньочерепної гіпертензії. При офтальмологічному обстеженні встановлено зниження зору до 0,4 на обидва ока. Концентричне звуження полів зору на 20-40°.
Встановити клінічний діагноз, призначити лікування.

Задача № 14. Хвора М. 25 років, скаржиться на головний біль тиснучого характеру в лобно-тім"яній ділянці, судорожні напади з втратою свідомості. Захворіла місяць тому після перенесеного грипу. В неврологічному статусі: слабкість конвергенції, відхилення язика вліво, асиметрія сухожильних рефлексів, гіпергідроз долонь, червоний розлитий дермографізм. На краніограмах наявність пальцевих вдавлень. Аналіз крові і сечі в нормі. РЕГ - підвищеня тонусу судин мозку.
Встановіть клінічний діагноз, призначте додаткові обстеження, призначте лікування.

Задача № 15. Хвора 29 років, скаржиться на двоїння в очах, зниження зору. Тиждень тому без причин з"явилось двоїння предметів.
При обстеженні: правосторонній птоз. Обмеження рухів правого очного яблука вгору, всередину, ослаблена конвергенція, рефлекси з рук Д= S. Колінні та ахілові Д= S.
Координаторні виконує задовільно. Аналіз крові і сечі без змін. Огляд окуліста: гострота зору - ліве око 1,0 , праве 0,2, поля зору в нормі; РЕГ - підвищення тонусу судин.
Встановити клінічний діагноз та призначити лікування.

Задача № 16. Хворому 38 років, направлений в ЛОР відділення в зв"язку з гострим отитом. Увечері підвищилась температура. На другий день з"явився головний біль, перекіс обличчя вліво, зниження слуху, сухість ока, порушення смаку. В неврологічному статусі: Асиметрія обличчя праворуч. Праве око не закривається. Симптом Бела, повік, паруса праворуч. В ділянці лоба складки зглажені. Хворий не може задути свічку, свистіти. Куток рота праворуч опущений. Горизонтальний ністагм Гіпестезія в зоні 1 гілки трійчастого нерву. Гіпотонія в правій руці. Рефлекси з рук, колінні та ахілові Д=S. Інтенційний тремор при координаційних пробах. В позі Ромберга відхиляється праворуч.
Встановити клінічний діагноз, призначити лікування.

Задача № 17. Хвора Г. , 25 років, скаржиться на постійний головний біль в лобній, тім"яній ділянці, періодично супроводжується блювотою, поганий сон, роздратованість . Захворіла 2 роки тому після перенесеної черепно-мозкової травми.
Неврологічний статус: асиметрія правої носогубної складки. Асиметрія сухожильних рефлексів Д>S, чутливих, координаторних розладів немає. Підвищена пітливість. При обстеженні очного дна - розширення вен.
Встановити клінічний діагноз, призначити додаткове обстеження, призначити лікування.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Гусев Е.И. , Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни.- М., 1988.- 640 с.
2. Нервові хвороби / За ред. О.А.Яроша.- К.: Вища школа, 1993.- 487 с.
3. Справочник по неврологии / Под ред. Е.В.Шмидта, Н.В.Верещагина.-М.,1989.-496с.
4. . Справочник невропатолога поликлиники /Под ред. Н.С.Мисюка.-Минск, 1988.-288с.

Допоміжна:

1. Болезни нервной системы. Рук-во для врачей в 2-х томах/ Под ред. Н.Н.Яхно и др.- М.: Медицина, 1995.- т.1.- 512 с.
2. Роздільський Б.І., Зозуля І.С., Сандуляк Л.І. Основи клініко-морфологічної неврології.- К.: Здоров"я, 1992.- 240 с.
3. Лобзин В.С. Менингиты и арахноидиты.- Л.: Медицина, 1983.- 192 с.
4. Титов М.Б., Луцик Б.А. Гнойные менингиты.- К.: Здоров»я, 1990.- 160 с.
5. Иванюта О.М., Пилипчук Н.С., Назаренко В.Г. и др. Туберкулезный менингоэнцефалит. К.: Здоров»я, 1987.- 128 с.
6. Ващенко М.А., Трилус Е.К. Поражение нервной системы при гриппе и респираторных вирусных инфекцияхю.-Киев,1977.
7. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Церебральные арахноидиты.
8. Лобзин В.С. Менингиты и арахноидиты.-Л.,1983.- 192с.
9. Соколова О.Н., Парфенова Н.Д. Оптикоспазмальный арахноидит.-Н.,1990.