

# СНК НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ



НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ СНК ПО НЕВРОЛОГИИ: АССИСТЕНТ  
КАФЕДРЫ, АНДРЕЕВА МАРИНА АЛЕКСАНДРОВНА  
СТАРОСТА СНК: ЮПАТОВ НИКИТА АЛЕКСЕЕВИЧ



- Заседания проходят 1 раз в месяц в 18\_00, график заседаний составляется на первом заседании на учебный год;
- Заседания проходят на базе 9 ГКБ в учебной аудитории на 2-ом этаже;
- Дата и повестка заседания публикуется в первую неделю месяца;
- Все пришедшие на заседание отмечаются в специальном списке (записать ФИО в полной форме, курс, факультет, телефон для связи и поставить свою подпись);
- Список присутствующих и список участвующих в работе СНК.



# ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ЗАСЕДАНИЙ

1. Доклад на установленную ранее тему, согласно графику заседаний;
2. Доклад о терапии какого-либо заболевания\методах диагностики;
3. Разбор клинического случая;
4. Мастер-класс руководителя СНК (не всегда);
5. Посещение стационара ( в зависимости от возможности).

# ДОКЛАДЫ



## Докладчик:

- Определяется заранее;
- Любой студент, посещающий заседания СНК.

## Доклад:

- Длительность – не более 30 минут;
- Сопровождается презентацией
- В подготовке используются только достоверные источники;
- Не позднее чем за 3 дня до заседания проходит рецензию у научного руководителя СНК (можно через e-mail [shpakovskaj@rambler.ru](mailto:shpakovskaj@rambler.ru) с пометкой Доклад на СНК. Контактные данные (моб. Тел указывается обязательно)



# ТЕРАПИЯ\ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ



## Докладчик:

- Определяется заранее;
- Студент 5-6 курса лечебного факультета.

## Доклад:

- Не более 15 минут (не более 20 для метода диагностики);
- Основные моменты;
- В подготовке используются только достоверные источники;
- Проходит предварительную рецензию у научного руководителя СНК.



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

- Содержит данные о реальном клиническом случае;
- Включает в себя описание жалоб, необходимые данные анамнеза, подробный осмотр, результаты всех основных и специальных методов обследования;
- Включает, если возможно, фото- и видеоматериал (с разрешения пациента);
- Оформляется в виде презентации.



# СНК В ИНТЕРНЕТЕ

- <https://vk.com/neurologybsmu> - наша группа ВК
- <http://nerbol.bsmu.by/> - сайт кафедры НиНХ
- [http://sno.bsmu.by/nashi\\_snk/vse\\_snk/nervnije\\_bolezni/nervnije\\_bolezni.html](http://sno.bsmu.by/nashi_snk/vse_snk/nervnije_bolezni/nervnije_bolezni.html)
- <https://www.bsmu.by/page/3/867/>



# НАУЧНАЯ РАБОТА

- ✓ Студенческая конференция АПСМиФ-2017;
- ✓ Апробации (дистанционная конференция «Инновации в медицине и фармации-2017»);
- ✓ Республиканский конкурс научных работ 2017;
- ✓ Международные конференции.



The background is a dark blue gradient. In the corners, there are decorative white line-art patterns resembling circuit boards or neural networks, with lines and small circles.

# Демонстрация видеофрагментов

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 21.09



Пациент 20 лет, курсант военного факультета одного из ВУЗов г. Минска.

Жалобы: на головную боль; онемение правой руки, правой половины лица и тела; болезненные мышечные спазмы приступообразного характера (приступ начинается с кончиков пальцев правых конечностей, затем распространяется на всю конечность, затем на все тело). «И всё?»»

- на умеренную, постоянную (более месяца) головную боль сжимающего, ноющего характера, локализирующуюся больше в левой половине головы (лоб, висок), НПВС купируют;
- Приступы не сопровождаются потерей сознания, но пациент не может двигаться и говорить на высоте приступа (есть свидетели).
- При опросе отмечает, что ранее было трудно поворачивать голову вправо, сложно было поднять правое плечо.

# АНАМНЕЗ



В марте этого года заболел острым тонзиллитом, проболел 2 недели, а\б не получал. Через 3 недели после выздоровления возникло онемение пальцев правой руки, которое в течение нескольких дней распространилось на всю руку, возникла головная боль. Обратился в медпункт. У пациента предположили мононевропатию, лечили НПВС. Через несколько дней для верификации диагноза был направлен в 432 ГВКМЦ. Пациенту был установлен диагноз, проведено лечение. Отмечает в период госпитализации и после неё появились приступы «мышечных спазмов» (всего 2 приступа во время и 2 после). Выписался с улучшением. Через месяц симптоматика (головная боль, онемение) вновь выросла, пациент госпитализирован повторно.

Пациент в детстве болел только простудными заболеваниями, нечасто. Находился и находится на момент осмотра в хорошей физической форме, хронических заболеваний не имеет. Профессионально спортом не занимался, вредностей в период службы не отмечает. Живет в общежитии, поддерживает хорошие отношения с другими курсантами.

Общее состояние пациента удовлетворительное, ЧСС 70 уд\мин, АД 120\80. Никаких нарушений в общесоматическом статусе нет.



# КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС



Сознание ясное, положение активное. Пациент ориентирован в месте, времени, собственной личности. Доступен продуктивному вербальному контакту.

Менингеальные симптомы отсутствуют. Поля зрения не нарушены. Произвольные движения глаз в полном объеме, элементы межъядерной офтальмоплегии. Зрачки D=S, прямая и содружественная фотореакции сохранены. Лицо симметрично, легкая девиация языка влево. Слух, фонация, артикуляция в норме. Глоточные и мандибулярный рефлекс вызываются. РОА отсутствуют. Мышечный тонус: с ног не изменен, с рук – небольшое повышение мышечного тонуса правой руки по пластическому типу при осмотре «по углу». ГСР: с рук  $D \geq S$ , с ног  $D > S$ . Рефлекс Якобсона-Ласка отрицательный, подошвенный рефлекс с правой стопы снижен. Патологических стопных знаков нет. Объем активных движений в конечностях полный. Мышечная сила достаточная. Проба Барре слабоположительная с правой руки. На левой стопе вызывается легкий клонус.

Походка нормальная, в позе Ромберга, усложненной позе Ромберга устойчив.

Пальценосовую, пятоколенную пробы выполняет удовлетворительно. Адиадохокинез, более выражен справа.

Поверхностная чувствительность снижена в правой половине тела выше пояса, правой руке и правой половине лица. Глубокая чувствительность не нарушена. Когнитивных расстройств не замечено.





## ВОПРОСЫ

1. Выделите основные изменения неврологического статуса.
2. Какие синдромы поражения НС вы можете выделить, каков уровень этих поражений? Постарайтесь сформулировать топический диагноз.
3. Используя данные анамнеза, предположите этиологию поражения.
4. Сформулируйте клинический синдром.
5. Можем ли мы на данном этапе установить точный диагноз? Почему?



# НАУЧНАЯ РАБОТА

- ✓ Студенческая конференция АПСМиФ-2017;
- ✓ Апробации (дистанционная конференция «Инновации в медицине и фармации-2017»);
- ✓ Республиканский конкурс научных работ 2017;
- ✓ Международные конференции.

# ТЕМЫ ЗАСЕДАНИЙ



1. Вторичные поражения ЦНС (уремия, ВИЧ-инф);
2. Дисциркуляторная энцефалопатия и мировая практика хронических сосудистых расстройств;
3. Миодистрофии;
4. Синдром Гийена-Барре с описанием всех форм (восходящий паралич Ландри, с-м Миллера-Фишера);
5. ХВДП;
6. Группа заболеваний моторного нейрона;
7. Паразитарные поражения в практике врача-невролога (актуальные для нашего региона);
8. НЦД\ВСД – критерии, что делают с такими пациентами в западных странах;
9. Острые нарушения мозгового кровообращения (современная классификация,

# ТЕМЫ ЗАСЕДАНИЙ



1. Эпидемиология неврологических заболеваний и состояние неврологии в мире и в России;
2. Неврологические нарушения, связанные с дефицитом нутриентов;
3. Болевой синдром в неврологической практике;
4. Дифференциальная диагностика экстрапирамидных расстройств;
5. Системные и церебральные васкулиты (+с-м Толоса-Ханта);
6. Инфекционные поражения ЦНС (совместное заседание снк неврологии и инфекционных болезней);
7. Рассеянный склероз и острый рассеянный энцефаломиелит;
8. Поражения лицевого, тройничного нерва в практике невролога;
9. Миастения;



The background is a blue gradient with decorative circuit board patterns in the corners. The patterns consist of white lines and circles, resembling a PCB layout. The top-left and bottom-left corners have more complex, dense patterns, while the top-right and bottom-right corners have simpler, more sparse patterns.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**