ФЕДЕРАЛЬНОЕ Государственное АВТОНОМНОЕ образовательное учреждение высшего профессионального образования

«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСЦИПЛИН»

Зав. кафедрой д.м.н., профессор М.И. Чурносов

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз: Последствие перенесенного энцефалита, правосторонний гемипарез

Основное заболевание: Перенесенного энцефалита

Осложнения: Правосторонний гемипарез

Сопутствующие заболевания: нет

Выполнил: студент 4-го курса

Даниел Н.А.

Белгород - 2013

1. Паспортная часть

ФИО:

Возраст: 5 лет; 07.09.2008

Пол: женскмй

Профессия: ученик, детский сад

Домашний адрес: Белгородская обл., Красненский р-н.

Дата и время поступления: 16.09.2013г. в 11.55

Диагноз при поступлении: Последствие перенесенного энцефалита,

Правосторонний гемипарез

Диагноз клинический: Последствие перенесенного энцефалита, правосторонний гемипарез

Основное заболевание: последствиие перенесенного энцефалита,

Осложнения: правосторонный гемипарез

Сопутствующие заболевания: нет

. Жалобы

Больной предъявляет жалобы на ограничение активного движения правых конечности, нарушение мелкой моторики, затруднение самообслуживания, интенсивные головные боли в лобной области, после пробуждения, на высоте головной боли рвоты при поступлении в больнице.

Кроме того, нарушения подходка, слабость, трудность концентрации внимания.

. История заболевания

Считает себя больным с 2009 года, когда перенесла энцефалит, является инвалидом детства. В последние месяцы интенсивен учащение приступов головных болей. Поступала в неврологическом отделении для обследования и коррекции лечения. Впервые почувствовал головную боль давящего характера в височной области, возникающие при умственной и физической нагрузке, сопровождающиеся головокружением, слабостью, недомоганием. При измерении АД зарегистрировано повышение АД до 150/90 мм. рт. cт. В поликлинику, стационар не обращалась.

Неделю назад состояние больного ухудшилось, усилились головные боли, стали чаще и продолжительней. Боли сопровождались головокружением, обратился к врачу, была выявлена последствие перенесенного энцефалита, в связи, с чем был направлена в ДОКБ для диагностики и лечения.

. История жизни

Родилась от первой беременности, I срочных родов, 7 сентября 2008 года в г. Белгороде, Белгородской области, где проживает до настоящего времени. В семье родился первым ребёнком и пока единственным. Семья была материально благополучна.

Период новорождения протекал благополучно, в возраст I года трижды перенесла бронхиты. Развивалась по возрасту. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез спокоен. 18 января 1950 года в г. Белгороде, Белгородской области, где проживает до настоящего времени. В семье родился первым ребёнком. Семья была материально благополучна.

Трудовая деятельность началась с 20-ти летнего возраста.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия соответствуют норме; Питание регулярное, полноценное

Перенесенные заболевания:

ОРВИ, Энцефалит, Ветрянная оспа, Бронхит. Операций не было. Туберкулёз отрицает. Психических травм не было. Венерическими заболеваниями не болел.

Эпидемиологический анамнез:

Контакта с инфекционными и высоколихорадящими больными со слов больного не было. Инфекционными заболеваниями не болел.

Трансфузионный анамнез:

Переливаний крови не было.

Аллергологический анамнез:

Не отягощён, непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Хронические интоксикации:

Не курит, алкоголь не употребляет. Наркотики никогда не употреблял.

. Осмотр по системам органов

Общее состояние больного

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Телосложение пропорциональное. Конституция гиперстеническая. Походка медленная. Осанка прямая. Рост 174 см, вес 91 кг.

Температура тела 37,1 °С.

Кожные покровы и видимые слизистые

Гиперемированы, акроцианоз. Эластичность кожи сохранена. Истончение, уплотнения, наличия кератодермий не наблюдается. Влажность кожных покровов умеренная. Сыпь отсутствует. Ногти: овальной формы, ломкости, поперечной исчерченности не выявлено.

Подкожно - жировая клетчатка

Развитие подкожно-жирового слоя умеренное, толщина складки 4 см. Наибольшее отложение жира отмечается на животе, руках. Отёков не выявлено.

Лимфатические узлы

Затылочные, шейные, над- и подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые не пальпируются. Подкожные вены малозаметны. Голова овальной формы, нормального размера, положение головы прямое.

Опорно-двигательный аппарат

Припухлости, дефигурации, деформации суставов не выявлено. Окраска кожи над суставами не изменена. Развитие мышечной системы нормальное. Деформации суставов и искривления костей не обнаружено.

Поверхностная пальпация:

Кожная температура над поверхностью суставов не изменена. Ограничения объёма активных и пассивных движений правых конечности. Симптомы подбородок-грудина, Томайера, Форестье, Отта, Шобера, проба «фабере» отрицательные. Суставные шумы не выявлены.

Глубокая пальпация:

Наличие выпота или утолщение синовиальной оболочки, «суставных мышей», болезненности не выявлено. Сила статическая и динамическая не изменена. Мышечный тонус не изменен.

Перкуссия:

Болезненности костей не выявлено.

Система органов дыхания

Осмотр грудной клетки:

Форма грудной клетки нормально. Асимметрии не наблюдается. При дыхании экскурсия обоих сторон грудной клетки равномерная. Тип дыхания везикулярный. Частота дыхания 18 в минуту. Ритм дыхания правильный, дыхание глубокое. Экскурсия грудной клетки составляет 3 см.

Таблица 1. Пальпация грудной клетки:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) |
| Парастернальная | 5 м/р | - |
| Среднеключичная | 6 м/р | - |
| Переднеаксилярная | 7 м/р | 7 м/р |
| Среднеаксилярная | 8 м/р | 8 м/р |
| Заднеаксилярная | 9 м/р | 9 м/р |
| Лопаточная | 10 м/р | 10 м/р |
| Паравертебральная | Остистый отросток позвонка | XI грудного |

Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц и рёбер не наблюдается. Голосовое дрожание одинаково проводится в симметричных участках лёгких. Ощущения трения плевры не определяется.

Сравнительная перкуссия:

По всем легочным полям определяется ясный легочной звук.

Таблица 2 Топографическая перкуссия:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Верхние границы лёгких | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) | |
| Высота стояния верхушек | 3 | 3 | |
| Ширина полей Кренига | 5 | 5 | |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) |
| Среднеключичная | 3 | - |
| Среднеаксилярная | 5 | 5 |
| Лопаточная | 3 | 3 |

Аускультация лёгких:

Дыхание жесткое. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония во всех 9 парных симметричных точках проводится одинаково.

Сердечно - сосудистая система

Осмотр области сердца и сосудов:

При осмотре области сердца дефигураций не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок не виден. Систолического втяжения в области верхушечного толчка, пульсаций во II межреберье, IV межреберье слева у грудины не наблюдается. Пульсации во внесердечной области не определяются. Пульс Квинке отсутствует.

Пальпация области сердца и сосудов:

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на левой среднеключичной линии, площадью 2 см² (разлитой), сильный, высокий. Систолическое и диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья») - не пальпируется. Пульс на лучевых артериях синхронный, частота пульса 90 ударов в минуту, пульс ритмичный (равномерный, регулярный), твёрдый, полный, большой, скорый, дефицита пульса нет.

Перкуссия:

Таблица 3. Границы относительной и абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | 3 м/р по правому краю грудины | 3 м/р по левому краю грудины |
| Левая | В 4 м/р на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии | В 4 м/р на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | 2 м/р на 1 см кнаружи от левого края грудины | 3 м/р на 1 см кнаружи от левого края грудины |

Поперечник сердца по Курлову - 8 см

Длинник по Курлову - 10 см

Ширина сосудистого пучка во II м/р 4 см. Перкутируется аортальная конфигурация сердечного притупления, талия сердца подчёркнута, треугольник Боткина выражен.

Аускультация сердца и сосудов:

При аускультации сердца выслушиваются I и II тоны, I тон на верхушке в норме, сила II тона на основании сердца сохранена. Частота тонов 85 ударов в минуту, ритм тонов правильный. Раздвоения, расщепления основных и дополнительных тонов не выслушиваются. Внутри- и внесердечные шумы и сосудистые шумы не выслушиваются. АД на руках 150/90 мм. рт. cт.

Система пищеварения

Полость рта:

Запаха изо рта нет, пигментаций, пятен Бельского-Филатова-Коплика, кровоизлияний, телеангеоэктаз на слизистой полости рта не обнаружено; слизистая твёрдого неба бледно-розового цвета. Десна бледно-розовые, не кровоточат. Зубы обычной формы, цвета, зубного камня нет.

Язык больной свободно высовывает, дрожания нет. Цвет бледно - розовый, не увеличен, влажный; обложен налётом в центре, сосочки умеренно выражены; трещин, прикусов, язв нет.

Миндалины правильной формы, выступают из-за дужек, слабо гиперемированы, без налёта, гнойных пробок и язвочек. Стул в норме.

Осмотр живота:

Живот округлой формы, симметричный, отмечается участие передней брюшной стенки в акте дыхания, видимых перистальтических и антиперистальтических движений через брюшную стенку не наблюдается, подкожные венозные анастамозы (голова «Медузы») отсутствуют. Окружность живота на уровне пупка составляет 98см.

Пальпация живота.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненности и мышечного напряжения не выявлено. Грыжевые отверстия по белой линии живота и в области пупочного кольца не пальпируются. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Опухолевые образования передней брюшной стенки не пальпируются.

Глубокая, методическая, скользящая, топографическая пальпация живота по Образцову-Стражеско:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка ввиде цилиндра, диаметром 3 см, мягкой, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, умеренно подвижная, безболезненная, не урчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра, диаметром 2.5 см, мягкой, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, умеренно подвижная, безболезненная, слегка урчащая.

Восходящая, нисходящая ободочные кишки и червеобразный отросток не пальпируются.

Нижняя граница желудка определяется методом аускульто-перкуссии и аускульто-аффрикции на 4 см выше пупка. Желудок пальпируется в собственно эпигастральной области, поверхность гладкая, мягкой, эластичной консистенции, безболезненный. Большая кривизна желудка пальпируется ввиде ровного, эластического валика на 4 см выше пупка. Поперечная ободочная кишка не пальпируются.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Пальпируется передне-нижний край печени на 1 см ниже правой реберной дуги, мягкой, эластичной консистенции, заострен, ровный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Курвуазье, Френикус, Мерфи отрицательные.

Селезенка в горизонтальном и диагональном положении не пальпируется.

Перкуссия живота:

При перкуссии живота во всех отделах определяется тимпанический перкуторный звук. Симптом Менделя отрицательный. Наличия свободной жидкости в брюшной полости методом флюктуации и перкуссии не выявленно.

Размеры печени по Курлову 6х5х4см. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко отрицательны.

Размеры селезёнки по Курлову: длинник 5 см, поперечник 4 см.

Аускультация живота:

При аускультации живота во всех отделах определяются перистальтические шумы, умеренной интенсивности. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, отёчности кожи не выявлено. Выпячиваний над лобком нет.

Пальпация:

Почки в вертикальном положении и в положении лежа на спине не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется.

Перкуссия:

Симптом поколачивания поясничной области (модифицированный симптом Пастернацкого) отрицательный.

При перкуссии мочевого пузыря притупления перкуторного звука в надлобковой области не выявленно.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Эндокринная система

Общее развитие больного соответствует паспортному возрасту. Рост 116 см, телосложение по нормостеническому типу. Щитовидная железа не увеличена. Тремора рук, век, языка нет. Симптомы гиперфункций щитовидной железы отрицательны.

Нервная система и органы чувств

Сознание ясное. Интеллект нормальный. Речь внятна. Больной контактен, правильно отвечает на вопросы. Эмоционально уравновешен. Память незначительно снижена. Сон не нарушен. Движение глазных яблок в полном объеме. В позе Ромберга неустойчива. Сухожильный рефлекс с конечностей D>S. Брюшные рефлексы живые. Патологические рефлексы Бабинского справа. Чувствительность не изменена. Болезненность по ходу нервных стволов нет. Походка не изменена. Рефлексы сохранены, патологических рефлексов нет. Реакция зрачков на свет живая. Менингиальных симптомов нет. Дермографизм красный, стойкий.

. Предварительный диагноз

На основании жалоб больного: на головные боли, локализующиеся в лобной области, давящего характера, возникающие в течение дня; головокружение, правосторонний гемипарез можно предположить, что в патологический процесс вовлечена нервная система.

На основании жалоб и данных объективного исследования

Можно поставить предварительный диагноз:

. Последствие перенесенного энцефалита, (т.к. у больного жалобы на головные боли, давящего характера, локализующиеся преимущественно в лобной области, периодически возникающие в течение дня; головокружения.

. Правосторонний гемипарез, т.к. выделен синдром нервной недостаточности, проявление которого наблюдается в течение длительного времени; т.к. присутствуют нарушения движения правых конечности. Таким образом, предварительный диагноз: правосторонний гемипарез. Группа высокого риска.

. План обследования

Лабораторные методы:

1. Общий анализ крови (определение эритроцитоза, повышения гемоглобина)

2. Общий анализ мочи (выявление протеинурии, повышения удельного веса, эритроцитурии).

. Биохимический анализ крови (определение ионов Na, общий белок глюкозы, холестерина - выявление почечной недостаточности, что может указывать на вторичную АГ).

Инструментальные методы:

1. ЭКГ (выявление гипертрофии левого желудочка).

2. ЭЭГ (выявление нарушение в головном мозге)

. Шестиминутный тест для установления функционального класса ХСН.

. Консультация окулиста (исследование глазного дна и выявления нарушение движения глазных яблок).

. Консультация эндокринолога (инструментальное и лабораторное исследование щитовидной и поджелудочной железы ).

. РЭГ

. УЗДГ

. ИРТ

8. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования

Лабораторные методы:

.Общий анализ крови:

Эритроциты 4.79х1012/л

Лейкоциты 9.6х109/л

Hb - 131 г/л

СОЭ - 13 мм/ч

Таблица 4.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Б | Э | Ю | П | С | Л | М |
| 0 | 1 | 0 | 2 | 55 | 38 | 4 |

.Общий анализ мочи:

Цвет - желтый

Уд. Вес - 1020

Эритроцитов - нет Лейкоциты - отр.

Белок - отр. Эпит. клетки - 1 в п/зр

Сахар - отр. Слизь - отр.

.Биохимический анализ крови:

Креатинин - 93 (N 53-97) мкмоль/л

Фибриноген - 3150 (N 2000 - 4000) мг/л

.Исследование крови на сахар:

.04 (N 4.2 - 6.1) моль/л

Инструментальные методы:

1. ЭКГ от 17.09.2013

Заключение: ЧСС = 95 уд/мин., S - тип ЭКГ.

.Окулист

Заключение: ангиодистония сетчатки.

9. Дифференциальный диагноз

На основании данных дополнительных методов исследования выявлено:

1. Шестиминутный тест - за 6 минут прошел 350 метров, что подтверждает II ХСН.

2. Заключение окулиста - ангиодистония сетчатки (энцефалтит)

На основании дополнительных методов исследования, можно поставить следующий клинический диагноз:

Основное заболевание: Последствие перенесенного энцефалита, группа высокого риска.

Осложнение заболевания: правосторонний гемипарез

. Окончательный диагноз и его обоснование

На основании жалоб на головные боли, давящего характера, локализующиеся преимущественно в лобной области, периодически возникающие в течение дня. Головокружение, сопровождающиеся шумом в ушах, голове, мельканием «мушек» перед глазами, АД до 105/55.

На основании данных объективного исследования:

Неподвижность правых конечности (правосторонний гемипарез) с частичном повторением чувствительность правой половины тел.

На основании инструментальных данных и заключении окулиста можно поставить диагноз - ангиодистония сетчатки

Основные принципы терапии:

) Изменение образа жизни

) Непрерывная лекарственная терапия

Немедикаментозное лечение:

Основные меры:

диета №15 (для различных заболевании, не требующие специальных диет, например энцефалит)

физиотерапевтического лечения (7/ форез на м.о.к с эуфиллин - на шейнный отдел с.у).

консультационная физиотерапия (массаж правых конечности и спин).

Лечебная физическая культура (ЛФК) - (разработка движений в суставе).

поле ИРТ

Медикаментозное лечение:

. Производная ГАМК.

Rp.: Tabs. phenibuti 0, 25 № 30

D.S.: внутрь,1/3 таблетки 2 раза в день

. Антигистаминный препарат.

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 № 30

D.S.: внутрь, 1/3 таблетки 2 раза в день после еды.

. Родословная

Легенда

Никто не страдал энцефалит в родословие.

Заключение: в родословной выявляется ненаследственная предрасположенность к энцефалиту.

Медико-генетическое заключение

Подострый склерозирующий панэнцефалит (син.: подострый склерозирующий панэнцефалит Ван-Богарта, энцефалит Досона, подострый инклюзионный энцефалит Досона, узелковый энцефалит Петте-Деринга) - редкая тяжелая прогрессирующая болезнь вирусной этиологии, относящаяся к медленным вирусным инфекциям ц. н. с. и протекающая с поражением серого и белого вещества разных отделов головного мозга.

Ранее выделяли 3 типа панэнцефалитов, описанных Досоном (3. К. Батеоп, 1933), Ван-Богартом, Петте и Дерингом. Исследования последних лет показали, что как в морфологическом, так и в иммунологическом и клиническом отношениях эти заболевания тождественны.

Вирусная этиология подострого склерозирующего панэнцефалита была доказана в 1969 г., когда из клеток мозга больных и погибших от этого заболевания был выделен парамиксовирус, не отличающийся по антигенным свойствам от вируса кори.

Подострым склерозирующим панэнцефалитом заболевают преимущественно дети (старше 5 лет) и подростки мужского пола. Иногда панэнцефалит развивается после перенесенной кори (в нек-рых случаях спустя много лет) или после вакцинации живой противокоревой вакциной (поствакцинальный энцефалиты). В основе патогенеза болезни лежит персистенция вируса в нейронах и глиальных клетках головного мозга и гиперергическая аутоиммунная реакция ц. н. с. У всех больных определяется высокий уровень антител к вирусу кори в цереброспинальной жидкости и особенно в сыворотке крови (до 1: 16 000). Предполагают, что нарушение иммуногенеза при подостром склерозирующем панэнцефалите связано с дефектностью Т-лимфоцитов, отсутствием реакций клеточного иммунитета на фоне патологически усиленной способности вырабатывать противокоревые антитела. Последняя стимулируется бесконтрольным размножением вируса (или субвирусных структур) и его распространением в клетках ткани мозга.

Единого мнения о причинах редкого развития подострого склерозирующего панэнцефалита при широком распространении кори в настоящее время нет. Предполагают, что персистентная инфекция связана с крайне редкой спонтанной мутацией вируса, с особенностями иммунного статуса больного или с активацией уже измененного вируса под действием каких-либо пока не установленных факторов.

Заболевание обычно проходит четыре стадии и длится от нескольких недель до 1 года (лишь в редких случаях несколько лет). Начало обычно постепенное: появляются вялость, рассеянность, замкнутость, апатия, плаксивость, ухудшается успеваемость в школе (см. Астенический синдром). Вскоре присоединяются снижение памяти, внимания, а затем и интеллекта. Больной не понимает смысла обращенной к нему речи, постепенно перестает читать, писать, говорить, теряет способность самостоятельно есть, одеваться, становится неопрятен. Примерно через 2 мес. на фоне прогрессирующей деградации личности и нарастающего слабоумия заболевание переходит во 2-ю стадию. Появляются рассеянные очаговые неврол. симптомы: нарушения координации движений, гиперкинезы в виде тремора головы, миоклонических подергиваний мышц туловища и конечностей, торсионные гиперкинезы, нарушения походки, а также насильственный смех или плач и др. Постепенно, чаще к 6-му месяцу болезни, насильственные движения ослабевают. Развиваются спастические парезы конечностей, повышение сухожильных рефлексов, рефлексы орального автоматизма. Периодически возникают эпилептические припадки. В 3-й стадии исчезают реакции на болевые раздражения, периодически появляются сосудодвигательные нарушения (бледность или гиперемия кожи, потливость и др.). Больной перестает реагировать на окружающее.

В терминальной (4-й) стадии болезни, продолжающейся чаще от 2 до 6 мес., могут развиться децеребрационная ригидность, нарушение жизненно важных функций (дыхания и др.), значительные вегетативные расстройства, в т. ч. гипертермия (см. Температура тела).

Диагностика основывается на характерной, почти стереотипной клин, картине, данных эпидемиол. анамнеза (перенесенная корь, вакцинация против нее) и результатов дополнительных лаб. исследований. Характерны изменения ЭЭГ: периодические высоковольтные пароксизмы на фоне медленных волн и дезорганизации основного ритма биопотенциалов, регистрирующиеся при отведении от всех областей коры головного мозга (см. Электроэнцефалография). При осмотре глазного дна наблюдаются явления хориоретинита (см. Ретинит, Хориоидит), пигментная дистрофия сетчатки (см. Тапеторетиналъные дистрофии). В крови и цереброспинальной жидкости обнаруживают высокий уровень антител к вирусу кори. В цереброспинальной жидкости резко повышено содержание гаммаглобулина. Иногда для подтверждения диагноза проводят комплексное исследование биопсийного материала мозга больного. При этом может быть выявлена характерная патогистологическая картина, коревой антиген в нервных клетках (с помощью иммунофлюоресцентного метода), вирусоподобные включения в ядрах клеток мозговой ткани (при электронно-микроскопическом исследовании) и, наконец, вирус кори (при вирусол. исследовании культуры клеток мозга).

Трудности при дифференциальной диагностике возникают лишь в начальной стадии болезни, когда при несформированной клин, картине ее приходится различать с неврастенией, истерией, шизофренией, опухолью головного мозга (см. Головной мозг, патология).

Эффективных методов лечения не существует. Для поддержания жизни больных применяют сбалансированное питание через зонд, поддерживают водноэлектролитный баланс, проводят витаминотерапию, противосудорожную терапию и др. Временное улучшение может быть достигнуто при назначении кортикостероидов (до 80-100 мг преднизолона в сутки).

Болезнь чаще всего заканчивается смертью, нередко непосредственной ее причиной является присоединение интеркуррентных инфекций.

энцефалит гемипарез болезнь

Список литературы

1. Авцын А.П. Коревая энцефалопатия и коревой энцефалит, Невропат. и психиат., т. 11, № 5, с. 41, 1942.

. Детская неврология, М., 1984

. Ващенко М.А. и Анисимова Ю.Н. К патогенезу поражений головного мозга при острых респираторных вирусных инфекциях, Шурн. невропат, и психиат., т. 78, № 11, с. 1723, 1978

. Вирусные болезни человека, под ред. А.Ф. Билибина, М., 1967

. 3асухин Д.Н. и Савина М.А., Материалы к изучению роли простейших в патологии головного мозга человека и животных, Шурн. невропат, и психиат., т. 73, № 7, с. 1083, 1973

. Леонович А.Л. Инфекционно-аллергические энцефаломиелиты и полирадикулоневриты, Минск, 1973