

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра неврологии и нейрохирургии

В. Я. ЛАТЫШЕВА, В. И. КУРМАН

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4–6 курсов всех факультетов
медицинских вузов**

**Гомель
ГомГМУ
2013**

УДК 616.8+616.8-089(072)(076)

ББК 56.12+56.13я73

Л 27

Рецензенты:

УО «Гродненский государственный медицинский
университет»

кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник лаборатории клинических исследований
Республиканского научно-практического центра
радиационной медицины и экологии человека»

А. И. Цуканов

Латышева, В. Я.

Л 27 Ситуационные задачи по неврологии и нейрохирургии для самостоятельной работы студентов: учеб.-метод. пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов / В. Я. Латышева, В. И. Курман. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 56 с.

ISBN 978-985-506-577-8

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с типовой учебной программой по неврологии и нейрохирургии для высших медицинских учебных заведений, утвержденных Министерством образования Республики Беларусь.

Решение ситуационных задач позволит углубить и закрепить знания студентов при изучении неврологии и нейрохирургии.

Предназначено для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 28 февраля 2013 г., протокол № 2.

УДК 616.8+616.8-089(072)(076)

ББК 56.12+56.13я73

ISBN 978-985-506-577-8

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2013

ВВЕДЕНИЕ

В учебно-методическом пособии представлены задачи, включающие основные аспекты по клинической неврологии и нейрохирургии. Построение задачи и ее изложение доступны каждому студенту, прошедшему занятия по этой специальности. Они базируются на основных аспектах этиопатогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения заболеваний и травм нервной системы.

Задачи и вопросы к ним требуют от студентов не только изучения специального курса по неврологии и нейрохирургии, но и знаний по смежным дисциплинам: лучевой диагностике, лабораторной диагностике состояния основных биологических жидкостей организма, ультразвуковым и другим методам исследования.

Учитывая, что предложенные задачи включены в экзаменационную программу и составляют 4-й вопрос билета, ответы на них расцениваются как самостоятельная работа студента, что позволяет экзаменатору определить практические знания по неврологии и нейрохирургии.

Задача 1. Пациент, 40 лет, поступил с жалобами на свисание головы. В анамнезе после пребывания в тайге повысилась температура, развились вялые парезы мышц шеи и верхних конечностей. При осмотре снижение силы в верхних конечностях до 3 баллов, атрофии в них, голова свисает. Глубокие рефлексы с рук низкие, равномерные. Сила в нижних конечностях достаточная.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у пациента после пребывания в тайге?
2. Где локализуется очаг поражения?

Задача 2. Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на головную боль. Известно, что вчера вечером упал и ударился головой. Чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту. При поступлении состояние ухудшилось, стали нарастать нарушение сознания до сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, мидриаз справа. В правых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4,0 баллов. Брадикардия до 40 ударов в минуту. На КТ выявляется структура высокой плотности в левой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

Вопросы:

1. Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?
2. Какому диагнозу соответствует такая клиника?

Задача 3. Пациент, 23 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе глубокие рефлексы с верхних конечностей низкие, в нижних конечностях выявляется умеренно выраженный нижний спастический парез. Коленные и ахилловы рефлексы повышены $D > S$. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня C_5 с двух сторон. Симптом Бабинского с двух сторон, клонус стоп. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне C_2-C_6 позвонков за счет объемной структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Вопросы:

1. Какой специалист установит достоверный диагноз и какой?
2. Какое лечение необходимо провести?

Задача 4. Пациент, 39 лет, поступил в неврологическое отделение в тяжелом состоянии. После эмоционального стресса, когда возникла сильная головная боль, отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение. При осмотре состояние тяжелое. Выраженный

менингеальный синдром, отмечается двусторонний симптом Бабинского. При поясничном проколе получен окрашенный кровянистый ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования в осадке эритроциты покрывают все поле зрения.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить?
2. Какой специалист должен определить тактику лечения?

Задача 5. Пациент, 38 лет, неделю назад после приема алкоголя на улице был избит. Была кратковременная потеря сознания (до 20 мин.). Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам. При поступлении — состояние средней тяжести, загружен, частично дезориентирован во времени. Отмечаются ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, глубокие рефлексy оживлены. Глазное дно: диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступеваны, вены расширены, полнокровны. На МРТ по конвекситальной поверхности отмечается высокая интенсивность сигнала, прилегающая к коре обоих полушарий.

Вопросы:

1. Какой диагноз у данного пациента?
2. Определите тактику ведения пациента и его лечение.

Задача 6. Пациентка, 40 лет, в 19 лет перенесла гепатит, через год стала отмечать пошатывание при ходьбе, дрожание конечностей. Позднее присоединились нарушения координации движения с двух сторон, дрожание рук стало затруднять произвольные движения. При осмотре: в сознании, адекватна, память снижена, несколько эйфорична, определяется среднеразмашистый горизонтальный нистагм, дизартрия, скандированная речь, выраженные нарушения координации. При офтальмологическом обследовании с использованием щелевой лампы выявляется коричневое кольцо по краю радужки с двух сторон. В анализе крови повышено содержание меди (до 500 мкг/сут при норме 150) и снижено церулоплазмина (до 10 ЕД при норме 25–45). Медь выявлена и в анализе мочи.

Вопросы:

1. Какая форма заболевания имеется у пациентки?
2. С чем связано изменение окраски радужной оболочки?

Задача 7. У мальчика с 2 лет жизни стало отмечаться отставание в моторном развитии. Появилась слабость мышц тазового пояса, бедер, возникла «утиная походка». К 12 годам стал с трудом передвигаться. При осмотре: грудная клетка уплощена, сколиоз грудного отдела позвоночника, поясничный лордоз, «крыловидные лопатки», слабость проксимальных отделов рук, псев-

догипертрофия икроножных мышц. Признаки кардиомиопатия на ЭКГ. Интеллект снижен. В сыворотке крови многократно увеличено содержание КФК.

Вопросы:

1. Какой диагноз у ребенка?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача 8. Пациент в возрасте 25 лет стал отмечать слабость и прогрессирующую гипотрофию мышц лица и плечевого пояса. При осмотре отмечаются гипомимичное лицо («лицо сфинкса»), нарушение движений губами, при смехе ротовая щель приобретает горизонтальное положение (углы рта не поднимаются — «поперечный смех»), глазные щели неплотно смыкаются, лоб не наморщивается («полированный лоб»), губы — оттопыренные («губы тапира»). Мышцы верхнего плечевого пояса гипотрофичны, глубокие рефлексy снижены.

Вопросы:

1. Какой диагноз у данного пациента?
2. Какой тип наследования?

Задача 9. Пациентка, 35 лет, жалуется на боль в глазных яблоках и лобной области, ожирение. В течение последних 3 мес. отмечает снижение зрения на левый глаз, ухудшение памяти, быструю утомляемость. При осмотре: вес 90 кг, рост 150 см. Пастозность лица, кистей и стоп. В неврологическом статусе двигательных нарушений, нарушений статики и координации, расстройств чувствительности не выявлено. Острота зрения справа 0,9, слева — 0,07, поля зрения изменены по типу битемпоральной гемианопсии. На МРТ в хиазмально-селлярной области образование, прорастающее кавернозные синусы и распространяющееся супраселлярно.

Вопросы:

1. К какому виду патологии относится данное заболевание?
2. Какова тактика лечения?

Задача 10. Пациент перенес двухсторонний гнойный отит, поступил в отделение реанимации. При осмотре: состояние тяжелое, $t 40^{\circ}\text{C}$, выраженная головная боль, повторная рвота. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Черепные нервы без патологии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. В крови: лейкоцитоз свыше 15 000, СОЭ — 50 мм/час. В ликворе нейтрофильный плеоцитоз до 200 клеток в 1 мкл. На МРТ: объемное образование с капсулой в правой лобновисочной области.

Вопросы:

1. К какому осложнению привел гнойный отит?
2. С чем нужно дифференцировать заболевание?
3. Тактика ведения пациента.

Задача 11. Пациент К., 21 года, после непродолжительного летнего отдыха на берегу Черного моря отметил нарушение функции тазовых органов (задержку мочи и кала), через несколько месяцев у него изменилась походка. При осмотре пациента выявлено: нарушение речи (скандированная речь), нистагм, интенция при пальценосовой и пяточноколенной пробе, походка атактична, оживление глубоких и отсутствие брюшных рефлексов, определяются патологические стопные рефлексы, нарушена функция тазовых органов по типу задержки мочи.

Вопросы:

1. Какое обследование необходимо провести?
2. Какой диагноз может быть установлен пациенту?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 12. У ребенка 6 лет после перенесенной дифтерии появилось нарушение дыхания, глотания (дисфагия), речи (дизартрия), гнусавость голоса (дисфония).

Вопросы:

1. Какими должны быть Ваши действия при выявлении данных жалоб?
2. Какой диагноз можно установить?

Задача 13. Пациент Д., 48 лет, злоупотребляющий алкоголем, обратился с жалобами на слабость в ногах, нарушение походки. Из анамнеза известно, что слабость нарастала постепенно. При осмотре выявлено: нижний вялый дистальный паразетез, снижение всех видов чувствительности на стопах.

Вопросы:

1. Установите клинический диагноз.
2. Определите тип чувствительных и двигательных расстройств.
3. Тактика лечения.

Задача 14. В приемный покой больницы обратился пациент, у которого после ночи повисла правая кисть (спал, подложив руку под голову).

Вопросы:

1. Какой нерв поврежден?
2. Какое лечение необходимо назначить этому пациенту?

Задача 15. В приемный покой доставлен пациент 52 лет с жалобами на слабость в правой руке и ноге, возникшие сегодня, 2 ч назад, на фоне высокого АД. Пациент страдает артериальной гипертензией 10 лет. При неврологическом осмотре выявлен центральный правосторонний умеренно выраженный гемипарез на фоне сохраненного сознания. За время обследования в приемном покое слабость в правой руке прошла, однако в ноге сохранялась в последующем до 5 суток.

Вопросы:

1. С каким диагнозом будет госпитализирован пациент?
2. Какие методы исследования нужно назначить для уточнения диагноза?

Задача 16. У пациента К., 50 лет, госпитализированного по поводу умеренного левостороннего гемипареза, головной боли, тошноты, однократной рвоты, возникших на фоне гипертонического криза (АД 180/100 мм рт. ст.), отмечена положительная динамика — полное восстановление силы в левых конечностях в течение 20 ч и нормализации общего состояния.

Вопросы:

1. С каким заключительным диагнозом выпишется пациент?
2. Может ли он работать авиадиспетчером?

Задача 17. В приемный покой доставлен пациент 40 лет, который внезапно потерял сознание после физической нагрузки. В неврологическом статусе при осмотре выявлено: кома I степени, оживлены глубокие рефлексy, симптом Бабинского с обеих сторон, ригидность мышц затылка, синдром Кернига.

Вопросы:

1. Диагноз? Какие методы исследования нужно выполнить для уточнения клинического диагноза?
2. Что может служить этиологическим фактором развития данного заболевания?
3. Тактика ведения пациента и лечения.

Задача 18. Пациент Н., 60 лет, страдает артериальной гипертензией 20 лет. На фоне АД 230/130 мм рт. ст. у него возникла сильная головная боль, головокружение, тошнота, рвота. При осмотре выявлены: симптом Бабинского с обеих сторон, ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига.

Вопросы:

1. Установите клинический диагноз.
2. Тактика ведения пациента, методы обследования и лечения.

Задача 19. У пациента Л., 20 лет, после черепно-мозговой травмы и потери сознания на 15 мин, появилась сильная головная боль, однократная рвота. При осмотре выявлены менингеальные симптомы, другого неврологического дефицита не определялось.

Вопросы:

1. Какие методы исследования нужно назначить для уточнения диагноза?
2. Какой диагноз вы установите этому пациенту?

Задача 20. У женщины, 35 лет, на фоне общей слабости был выявлен двусторонний полуптоз, более выраженный к вечеру. В неврологическом статусе другой симптоматики не определялось.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у пациентки?
2. Какие пробы и методы исследования нужно провести и назначить для уточнения диагноза?

3. Какая основная причина заболевания?
4. Методы лечения.

Задача 21. Пациент К., 32 лет, стал отмечать появление безболезненных ожогов на правой руке, время их получения не замечает. При исследовании выявлена утрата поверхностной чувствительности в сегментах С₄–Т₆ справа. Двигательных и трофических нарушений не отмечалось.

Вопросы:

1. Диагноз. Какой тип нарушения чувствительности выявлен у пациента?
2. Методы диагностики и лечения.

Задача 22. В поликлинику обратилась пациентка, 60 лет, с жалобами на нарушение речи, поперхивание твердой пищей. При осмотре выявлено: дизартрия, дисфагия, дисфония, атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания на языке, снижение глоточного рефлекса и рефлекса с мягкого нёба.

Вопросы:

1. Как называется синдром, развившийся у пациентки?
2. Для каких заболеваний он характерен?

Задача 23. У пациентки К., 20 лет, при МРТ-исследовании выявлены мелкие очаги разной плотности в Т₁–Т₂ режимах, расположенные паравентрикулярно, а также в мозжечке и верхнешейном отделе спинного мозга.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна такая МРТ-картина?
2. Тактика ведения и лечения пациентки.

Задача 24. Пациент Л., 17 лет, поступил в офтальмологическое отделение с клиникой ретробульбарного неврита. При осмотре выявлено концентрическое сужение полей зрения на синюю и красную метку, побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна данная картина офтальмологического осмотра?
2. Какой дополнительный метод исследования подтвердит диагноз?
3. Тактика дальнейшего ведения и лечения.

Задача 25. У пациента М., 45 лет, страдающего сахарным диабетом второго типа, появилась слабость и онемение в стопах. При исследовании выявлена гипестезия болевой и температурной чувствительности на стопах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов.

Вопросы:

1. Для каких заболеваний характерна такая клиническая картина?
2. Какой тип нарушения чувствительности развился у пациента?

Задача 26. На прием обратился пациент К., 55 лет, с жалобами на замедленность движений, дрожь в руках, нарушение походки. При осмотре выявлено: тремор покоя в руках по типу «счета монет», тонус в конечностях несколько повышен по типу «зубчатого колеса», ходит медленно, слегка наклонив туловище вперед. Глубокие рефлексy не изменены, патологические рефлексy не вызываются.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна такая патология?
2. Какие структуры головного мозга при этом поражаются?
3. Какое лечение нужно назначить?

Задача 27. У пациента 30 лет, после значительного употребления алкоголя, развилась внезапная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами. Во время приступа пациент прикусил язык, обмочился. В неврологическом статусе определяется очаговая неврологическая симптоматика в виде легкого правостороннего гемипареза.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно ему установить?
2. Методы обследования.
3. Какова тактика ведения и лечения пациента при выявлении данной патологии?

Задача 28. Пациентку С., 28 лет, в течение месяца беспокоили тупые головные боли, повышение температуры тела вечером до 37,0–37,3 °С, слабость, вялость, потливость, утомляемость, после чего внезапно усилилась головная боль, возникла тошнота, рвота. При осмотре определены менингеальные симптомы. При исследовании ликвора выявлен умеренный лимфоцитарный плеоцитоз, снижение хлоридов, глюкозы.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна такая симптоматика?
2. Какое лечение необходимо назначить и в течение какого времени его проводить?

Задача 29. Пациент А., 25 лет, обратился с жалобами на сильные головные боли, тошноту. При осмотре резко выражены менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптомы Брудзинского). При исследовании ликвора — высокий нейтрофильный плеоцитоз. Оториноларинголог диагностировал гнойный левосторонний отит.

Вопросы:

1. Какое неврологическое заболевание выявлено у пациента?
2. Тактика ведения и лечения.

Задача 30. Пациент К., 45 лет, обратился с жалобами на асимметрию лица, возникшую утром после ночи. Связывает такое состояние с пребыванием на сквозняке. При осмотре слева не морщит лоб, не хмурит бровь, симптом Белла, опущен угол рта, сглажена носогубная складка с этой стороны, слезотечение. Другой очаговой симптоматики не выявлено.

Вопросы:

1. Установите клинический диагноз.
2. Какое лечение необходимо назначить?
3. Когда необходимо выполнить электронейромиографию?

Задача 31. Пациента К., 10 лет, беспокоит слабость в руках и ногах, трудности при передвижении. Болен 7 лет. При осмотре выявлены атрофии мышц проксимальных отделов нижних и верхних конечностей, тазового пояса («осиная талия»), «крыловидные лопатки», снижены коленные, биципитальные, триципитальные рефлексy.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерны данные расстройства?
2. Как его необходимо лечить?

Задача 32. В приемный покой обратилась пациентка Н., 45 лет, с жалобами на выраженную сонливость, после пробуждения она тут же засыпает. В течение 2 недель было отмечено повышение температуры тела до 37,5–39,0 °С. При осмотре выявлены глазодвигательные нарушения, гиперсаливация. При исследовании ликвора определен лимфоцитарный плеоцитоз до 40 клеток в 1 мкл, незначительное увеличение белка.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна данная клиническая картина?
2. Какое осложнение может развиваться в отдаленном периоде?

Задача 33. Пациент М., 28 лет, обратился с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, возникающую на высоте головной боли, не приносящую облегчения. Из анамнеза известно, что он перенес герпетический энцефалит 2 года назад. При люмбальной пункции ликвор вытекал струей — белок 0,03 г/л, цитоз — 1–2 клетки в 1 мкл, на краниограмме выявлены пальцевые вдавления и расширение сосудистого рисунка. При М-ЭХО-скопии смещения срединных структур не выявлено. МРТ-исследование показало наличие расширения субарахноидальных пространств и желудочковой системы мозга.

Вопросы:

1. О наличии какой патологии говорят данные методы исследования?
2. Методы лечения.

Задача 34. Ребенок, 3-х лет, во время игры замирает на несколько секунд и затем продолжает играть, при этом не падает, никаких действий не

совершает. При ЭЭГ-исследовании выявлены комплексы пик-волновой активности с частотой 3 Гц.

Вопросы:

1. Каким заболеванием страдает ребенок?
2. Что необходимо ему назначить?

Задача 35. Пациентка Ю., 58 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа 10 лет, обратилась с жалобами на опущение правого века. При осмотре выявлено: птоз справа, легкий экзофтальм, анизокория ($D > S$), ограничение движений правого глазного яблока вверх, кнутри, диплопия при взгляде прямо и медиально. Другой симптоматики не определялось.

Вопросы:

1. Установите клинический диагноз.
2. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 36. Пациента К., 28 лет, беспокоят приступы головных болей с тошнотой, рвотой, нарушением дыхания, особенно при запрокидывании головы. При исследовании ликвора выявлен эозинофильный плеоцитоз, содержание белка 0,8 г/л. На краниограмме определяются пальцевые вдавления, в структурах мозга — мелкие очаги обызвествления.

Вопросы:

1. Для какого синдрома характерны такие жалобы?
2. При каком заболевании возможна данная патология?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 37. Пациентка, 25 лет, поступила с жалобами на слабость в руках и ногах, изменение речи, пошатывание при ходьбе. Больна в течение двух лет, когда окружающие обратили внимание на шаткость походки и изменение речи. К врачам не обращалась. Год назад отмечала преходящее изменение зрения на правый глаз. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, скандированная речь, спастический тетрапарез, преимущественно в ногах, отсутствуют брюшные рефлексы, неточность при выполнении координаторных проб с интенционным тремором с двух сторон.

Вопросы:

1. Установите диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Задача 38. Пациент С., 58 лет, работал главным инженером крупного металлургического завода, выпускающего продукцию за рубеж. В последние 3–4 месяца стал отмечать снижение памяти, внимания, относящиеся к производственной деятельности, мышления на фоне появляющейся времяами головной боли, легкого головокружения при вставании с постели, резком повороте. На МРТ множественные мелкие ишемические очаги.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите данному пациенту?
2. Может ли пациент продолжать трудовую деятельность на своей работе?
3. Консультация какого специалиста показана пациенту.
4. Какое лечение необходимо ему назначить?

Задача 39. Пациент П., 18 лет, вечером был избит неизвестными лицами, сознание не терял. Пришел домой, чувствовал себя удовлетворительно. Утром мать не смогла его разбудить. Вызвала скорую помощь. Пациент был доставлен в приемное отделение больницы. Сопор. Мидриаз слева. Рефлексы S > D. Рефлекс Бабинского слева.

Вопросы:

1. Какой диагноз был установлен в приемном отделении?
2. Какова тактика врача?

Задача 40. Пациент Н., 35 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре выявлено: походка шадящая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L₅–S₁ слева, с этой же стороны симптом Ласега 45°, не определяются подошвенный и ахиллов рефлексы, гипестезия в зоне иннервации S₁.

Вопросы:

1. Установите топический и клинический диагноз.
2. Какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 41. Семилетний мальчик был невнимателен в классе. По несколько раз за весь период уроков учитель обратил внимание на отсутствующий взгляд ребенка и чмоканье губами. Падений и судорог никогда не отмечалось. Во время краткого «отсутствия» он не отзывался на свое имя. Мать замечала эти явления и раньше, но не придавала им значения, считая ребенка мечтательным.

Вопрос:

1. Какое заболевание у ребенка?

Задача 42. Приятель, бросив во время игры стеклянную полупустую бутылку, попал ею в правую височную область головы своего 16-летнего друга, который в течение 30 с казался оглушенным, но затем полностью был контактен, через сутки он внезапно впал в сопор. Его конечности справа, стали слабыми. Доставленный через 25 мин в больницу, пострадавший не реагировал на боль. Пульс 40 уд./мин, аритмичный. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., справа мидриаз.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие диагностические исследования необходимо провести?

Задача 43. Юноша, 18-ти лет, после перенесенной ОРВИ почувствовал покалывание в ногах. В течение двух дней развилась слабость в разгибателях стопы, а к концу недели ему стало трудно ходить. Мочеиспускание и дефекация не нарушались. На протяжении недели слабость прогрессировала. Развилась тетраплегия при сохранности функции тазовых органов. В ликворе обнаружено повышенное содержание белка (свыше 10 г/л) при нормальном цитозе.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие диагностические методы наиболее информативны?

Задача 44. Юноша, 17-ти лет, пожаловался на головную боль. При осмотре выявлены невысокая лихорадка и ригидность мышц затылка. Через 12 ч у пациента усилилась головная боль, появилась тошнота, повысилась температура до 39 °С. Он оказался дезориентированным и очень сонным. Его доставили в приемное отделение, где врач обнаружил петехиальную сыпь на ногах и руках и выраженную ригидность затылочных мышц. Исследование ликвора показало содержание глюкозы 2,2 ммоль/л, 800 клеток в 1 мкл, из которых 70 % — нейтрофилы.

Вопросы:

1. Установите диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?

Задача 45. Мужчина, 56-ти лет, получил удар по темени. Потерял сознание на 35 мин, после чего пришел в себя. Спустя 2 дня жена обнаружила его рано утром в бессознательном состоянии. Она вызвала скорую помощь. Врач выявил слабость в ноге и руке слева, мидриаз с этой же стороны. Пульс был 46 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие диагностические исследования нужно провести?

Задача 46. У мужчины, 52 лет, после подъема тяжести появилась острая боль в пояснице с иррадиацией по боковой и передней поверхности левой голени и стопы. Пациент лечился самостоятельно. На фоне лечения боль несколько уменьшилась, но сохранялся дискомфорт в пояснице. Спустя неделю, проснувшись утром и резко наклонившись, пациент отметил, что боль исчезла, но повисла левая стопа.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы установите?
2. В каком лечении нуждается пациент?

Задача 47. Мужчина, 58 лет, пожаловался на замедленную походку и дрожание в руках. Речь была невнятной и затухающей. Отмечались амимия лица, затруднение начала движения, отсутствие содружественного движения рук и ног (ахейрокинезия). При обследовании определялся симптом «зубчатого колеса». Тремор рук был особенно заметен в покое.

Вопрос:

1. Какое заболевание предполагается?

Задача 48. У пациента, 62 лет, днем внезапно развилось нарушение сознания, рвота. В приемном покое при осмотре в неврологическом статусе: парез взора влево, центральный парез лицевого нерва справа, правосторонняя гемиплегия. Симптом Бабинского справа. На болевые раздражения справа реакции нет, слева — двигательный ответ. Менингеальный синдром. АД = 180/100 мм рт. ст., пульс — 88 уд./мин., мерцательная аритмия, ЧСС — 110–116 уд./мин.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить у данного пациента?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 49. У пациентки, 65 лет, страдающей ишемической болезнью сердца, утром появилось головокружение системного характера, тошнота, однократная рвота, нарушение глотания, осиплость голоса. При госпитализации в неврологическом статусе: сознание сохранено, менингеального синдрома нет. Отмечается дисфония, дисфагия, икота, язычок отклоняется влево, глоточный рефлекс справа не вызывается, слева — умеренно живой. Гипестезия на лице справа. Язык по средней линии. Мимопопадание при выполнении пальценосовой пробы. Анизорефлексия S > Д, симптом Бабинского слева. В левой руке положительная проба Барре. АД — 180/100 мм рт. ст.; пульс — 88 уд./мин, ритмичный.

Вопросы:

1. В каком бассейне кровоснабжения головного мозга?
2. Как называется такой синдром?
3. Какой метод исследования подтверждает данный диагноз?

Задача 50. Пациентка, 72 лет, перенесла 3 года назад инфаркт миокарда. Внезапно утром нарушилась речь, не смогла ответить на вопросы окружающих, была доставлена в стационар. АД 160/100 мм рт. ст., пульс 96 уд./мин, ритмичный. В неврологическом статусе: сознание ясное, однако словесный контакт затруднен. Обращенную речь не понимает, выполняет лишь простейшие задания. Глубокие рефлексы Д > S.

Вопросы:

1. Какую патологию должен заподозрить врач?
2. Какой метод исследования подтверждает данный диагноз?

Задача 51. Пациентка, 65 лет, страдает артериальной гипертензией около 20 лет, с максимальными цифрами АД 170/100 мм рт. ст. Утром после стрессовой ситуации развилась головная боль, появилось головокружение, почувствовала онемение в правой руке, слабость в кисти, затруднение речи. При аускультации сосудов шеи — систолический шум на левой сонной артерии. Отмечена сглаженность правой носогубной складки, легкая слабость в правой руке, глубокие рефлексy на руках $D > S$. Нечеткая гипестезия правой руки. Обращенную речь понимает.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пациентки?
2. Консультацию какого специалиста необходимо назначить?

Задача 52. У пациента, 48 лет, страдающего артериальной гипертензией, остро после эмоционального напряжения на фоне головной боли развилось онемение и слабость в правых конечностях. В неврологическом статусе: сознание сохранено, но отмечается заторможенность, вялость, аспонтанность. Атаксия при выполнении координаторных проб справа. Мышечный тонус в правых конечностях снижен. Глубокие рефлексy $D = S$. Патологические знаки не вызываются. Легкий симптом Кернига с двух сторон. АД — 190/100 мм рт. ст. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, гиперемия лица.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пациента?
2. Консультацию какого специалиста необходимо назначить данному пациенту?

Задача 53. В стационар машиной «скорой помощи» доставлен пациент, 38 лет, в состоянии психомоторного возбуждения. Выяснено, что накануне перенес грипп, сегодня на работе он внезапно пожаловался на сильную головную боль, была повторная рвота. В неврологическом статусе выражена ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положительный с двух сторон. Глубокие рефлексy умеренно живые, равномерные. Симптом Бабинского с двух сторон. Температура тела 37,6 °С, АД 150/80 мм рт. ст., пульс — 86 уд./мин, ритмичный. В общем анализе крови лейкоцитоз ($9,2 \cdot 10^9$), белок 0,5 г/л, в ликворе — цитоз 150 лимфоцитов в 1 мкл.

Вопрос:

1. На основании каких клинических и лабораторных данных можно установить диагноз?

Задача 54. У пациентки, 40 лет, при физической нагрузке внезапно появилась сильная головная боль, преимущественно шейно-затылочной локализации, рвота. В неврологическом статусе: психомоторное возбуждение. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Зрач-

ки равномерные. Отмечает легкое двоение при взгляде вправо. Выявляется недоведение правого глазного яблока при взгляде вправо. Парезов нет. Глубокие рефлексы чуть живее слева. Симптом Бабинского с 2-х сторон. АД — 160/100 мм рт. ст.; пульс — 98 уд./мин, ритмичный. В соматическом статусе без особенностей.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо сделать для подтверждения диагноза?

Задача 55. С улицы в приемный покой доставлена пациентка, 56 лет, в тяжелом состоянии. Как сообщил врач «скорой помощи», час назад она внезапно вскрикнула и упала. На одежде — следы рвотных масс. Лицо гипермировано. Кома. АД — 240/120 мм рт. ст.; пульс — 106 уд./мин, ритмичный. В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с 2-х сторон положительный. Мидриаз и расходящееся косоглазие справа. Корнеальный рефлекс слева не определяется. Левосторонняя гемиплегия. На болевые раздражения не реагирует. Симптом Бабинского с двух сторон. Периодически у пациентки возникает тоническое напряжение сгибателей рук и разгибателей ног.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить в данном случае?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо сделать для подтверждения диагноза?
3. Лечение.

Задача 56. В стационар доставлена пациентка, 67 лет, в состоянии средней тяжести. Известно, что она в течение 20 лет страдает артериальной гипертензией. Днем пожаловалась на сильную головную боль, появилась слабость в правой руке, затем нарушилась речь. Объективно: пациентка повышенного питания, лицо гипермировано. АД — 160/90 мм рт. ст.; пульс — 98 уд./мин, ритмичный. В неврологическом статусе: в сознании, но вяла. Обращенную речь понимает не полностью. Отдельные задания выполняет. Речевая продукция односложная, «телеграфный стиль». Сглажена правая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется вправо. Гемипарез справа, в руке 2 балла, в ноге 4 балла. Мышечный тонус повышен справа. Глубокие рефлексы $D > S$, симптом Бабинского справа.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Какое лечение нужно назначить данной пациентке?

Задача 57. Пациент, 35 лет, страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на онемение, боли в руках и ногах, слабость в них, неустойчивость

при ходьбе. Объективно: парезы рук и ног, больше дистальных отделов, мышечная гипотония, снижение карпорадиального рефлекса с двух сторон, отсутствие ахилловых и подошвенных рефлексов, гипестезия всех видов чувствительности в области кистей и стоп. Кисти рук и стопы цианотичны, влажны.

Вопросы:

1. Какое обследование нужно провести данному пациенту?
2. Предполагаемый диагноз.

Задача 58. У девушки, 20 лет, после переохлаждения появилась боль в заушной области слева. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо закрывается, опущен угол рта с этой же стороны, жидкая пища выливается из левого угла рта. Объективно: отмечается асимметрия лица, на левой половине лица лобные складки сглажены, левый глаз не закрывается, носогубная складка сглажена. Надуть щеки и свиснуть не может.

Вопросы:

1. Какой диагноз у данной пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза и на какой день?
3. Тактика ведения и лечение пациентки.

Задача 59. Пациентка 50 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на приступы болей в правой подглазничной области. Боли возникают внезапно, длятся 10–15 секунд и носят острый, стреляющий характер. Они чаще возникают во время разговора, жевания, глотания.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите данной пациентке?
2. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 60. Пациентка 28 лет в июне перенесла «простудное» заболевание, сопровождавшееся болями в конечностях, субфебрильной температурой. Через 3 дня заметила слабость в ногах, затем присоединилась слабость в руках. При осмотре выявлено: тетрапарез, более выраженный в дистальных отделах конечностей, сопровождающийся отсутствием глубоких рефлексов. Снижены все виды чувствительности в дистальных отделах рук и ног в виде высоких перчаток и носков. В ликворе белок 1,32 %, цитоз — 10 клеток в 1 мкл (90 % — лимфоциты).

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить пациентке?
2. Тактика ведения и лечение.

Задача 61. Пациент, 35 лет, злоупотребляющий алкоголем, после сна обнаружил слабость правой кисти. При осмотре выявлено: невозможность

разгибания кисти. Отсутствует рефлекс с трехглавой мышцы, гипестезия по задней поверхности плеча и тыльной поверхности кисти и пальцев.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пациента?
2. Методы лечения?

Задача 62. Пациент, 45 лет, жалуется на интенсивные боли в поясничной области с иррадиацией по передней поверхности живота, усиливающиеся при кашле и чихании, слабость правой ноги, чувство онемения в левой ноге. Заболевание началось с болей в нижнегрудном отделе и поясничной области справа. Лечился амбулаторно, однако интенсивность болей продолжала нарастать, присоединилась слабость в правой ноге и чувство онемения в левой стопе. Объективно: парез правой ноги до 3 баллов. Мышечный тонус в правой ноге повышен, глубокие рефлексы с ног живые, Д > S. Слева отмечается снижение поверхностной чувствительности с уровня Th₁₁ дерматома.

Вопросы:

1. Какой описан синдром?
2. При каком заболевании он встречается?

Задача 63. У пациентки, 30 лет, постепенно стала нарастать слабость в руках, онемение в них. Через некоторое время присоединилась слабость в ногах, императивные позывы на мочеиспускание. Объективно: вялый парепарез рук, спастический парепарез ног. Отмечается снижение поверхностной чувствительности по проводниковому типу с обеих сторон с уровня С₅. Болезненности при поколачивании остистых отростков нет.

Вопросы:

1. Установите диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?

Задача 64. Пациента, 65 лет, беспокоят ноющие боли в пояснице с иррадиацией по передней поверхности правого бедра. Болен около трех месяцев, лечился в поликлинике, однако эффекта от лечения нет. Объективно: поясничный лордоз сглажен, движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за болей. Симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Гипестезия по передневнутренней поверхности правого бедра. Снижение правого коленного рефлекса.

Вопросы:

1. Установите диагноз?
2. Каким специалистом должен быть осмотрен данный пациент?

Задача 65. Пациентка, 37 лет, после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области, иррадирующую в левую ногу по задненаружной поверхности бедра и голени. Объективно: сглаженность пояс-

ничного лордоза, сколиоз в поясничном отделе влево, напряжение мышц спины. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены. Болезненность паравертебральных точек L₅–S₁ слева и точек Валле на левой ноге. Симптом Ласега слева 40°. Левый ахиллов рефлекс снижен.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Методы обследования.

Задача 66. Пациент, 50 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость в руках, длительно незаживающие безболевые ожоги. При осмотре отмечены вялый парепарез верхних конечностей, нарушение поверхностной чувствительности на уровне C₄–Th₈ по типу куртки. Артродатия в области левого локтевого сустава.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите?
2. Методы обследования.

Задача 67. Пациент, 30 лет, доставлен машиной скорой помощи с улицы. Со слов сопровождающих, он был сбит машиной. При осмотре в стационаре: кожные покровы бледные. Дыхание поверхностное, пульс — 52 уд./мин слабого наполнения, АД — 160/90 мм рт. ст. В неврологическом статусе: выраженный менингеальный синдром. Правый зрачок шире левого. Парусит правая щека, справа выраженный гемипарез. Глубокие рефлексы живые, Д > S. Симптом Бабинского справа.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите данному пациенту?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Осмотр какого специалиста необходим данному пациенту?
4. Лечебная тактика?

Задача 68. Пациент, 54 лет, грузчик, три дня назад упал с машины. Терял сознание на 15 мин, была однократная рвота. При поступлении — сильнейшая головная боль, тошнота, повторные рвоты. Внезапно впервые развился общий судорожный припадок. При осмотре: сознание спутанное, психомоторное возбуждение. Левосторонний центральный гемипарез. Глубокие рефлексы S > Д. Симптом Бабинского слева.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите пациенту?
2. Методы обследования.
3. Лечебная тактика.

Задача 69. Пациент 32 лет после дорожно-транспортного происшествия доставлен машиной скорой помощи. В приемном отделении развился

судорожный припадок в виде подергиваний левой руки и левой половины лица. Щека слева «парусит», угол рта опущен. Левая рука, поднятая вверх, падает как «плеть», в левой ноге активные движения сохранены. Рефлексы средней живости, $S > Д$. Слева симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите?
2. В каком отделении должен лечиться пациент?

Задача 70. Пациентка, 30 лет, была доставлена в неврологическое отделение больницы с улицы. Со слов сопровождающих, она была сбита машиной, отмечались потеря сознания, повторная рвота. Объективно: лицо гиперемировано. Кожные покровы влажные. Пульс 120 уд./мин, ритмичный, АД — 140/90 мм рт. ст. Сознание спутанное, легко возбудима. Выявляется ригидность мышц затылка, симптом Кернига с 2-х сторон.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите пациентке?
2. Тактика ведения?

Задача 71. Пациент, 40 лет, обратился в поликлинику с жалобами на диффузную головную боль, головокружение, тошноту. Сегодня утром по дороге на работу упал, ударившись головой (затылком) о лед. Была потеря сознания на 10 минут, тошнота, однократная рвота. Беспокоила головная боль, головокружение, тошнота. Пульс 66 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. В неврологическом статусе: сознание ясное. Пациент не может рассказать о событиях, предшествующих травме. Менингеальных симптомов нет. Зрачки равномерные. Горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Парезов нет. Глубокие рефлексы живые.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите пациенту?
2. Дополнительные методы обследования.

Задача 72. У молодой женщины, 21 года, во время беременности появилось пошатывание при ходьбе. Когда ребенку было 9 мес, у матери остро возникла слабость в ногах, трудности при мочеиспускании. При осмотре: диплопия, нижний спастический паразез. Задержка мочеиспускания.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие параклинические методы необходимо назначить для постановки диагноза?

Задача 73. У пациентки в 18 лет в течение месяца было системное головокружение, пошатывание при ходьбе. Через два года стала нарастать слабость в ногах, появились императивные позывы на мочеиспускание.

При осмотре: легкий спастический нижний парапарез, горизонтальный нистагм, интенционный тремор при выполнении пальценосовой пробы.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пациентки?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Какими специалистами должна быть осмотрена пациентка?

Задача 74. Пациент, 42 лет, предъявляет жалобы на онемение ног, ползание мурашек, слабость в нижних конечностях, пошатывание при ходьбе. Болен в течение 6 мес. В неврологическом статусе: зрачки сужены до размера булавочных головок, анизокория, синдром Аргайля–Робертсона. Отсутствуют коленные и ахилловы рефлексy. Нарушена вибрационная и суставно-мышечная чувствительность, в позе Ромберга с закрытыми глазами неустойчив.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 75. Пациентка, 30 лет, жалуется на слабость в ногах, пошатывание при ходьбе. В последние два месяца появились неустойчивость при ходьбе. В неврологическом статусе: горизонтальный среднеразмашистый нистагм. Нижний спастический парапарез. Координаторные пробы выполняет с интенционным тремором. Походка спастикоатактическая. Императивные позывы к мочеиспусканию.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить у данной пациентки?
2. Тактика ведения и лечения.

Задача 76. Пациентка, 30 лет, поступила с жалобами на слабость в руках и ногах, изменение речи, пошатывание при ходьбе. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, скандированная речь, спастический тетрапарез, более выраженный в ногах, отсутствуют брюшные рефлексy, неточность при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

Вопросы:

1. Какое заболевание у данной пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо назначить для подтверждения диагноза?

Задача 77. Пациент, 37 лет, обратился в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, возникающие по утрам, сопровождающиеся тошнотой. Болен около трех месяцев. Периодически возникает онемение, с пальцев правой руки, которое распространяется на всю руку и правую половину лица. Три дня назад развился общий судорожный припадок. В неврологическом статусе: анизорефлексия $D > S$, симптом Бабинского справа.

Вопросы:

1. Установите диагноз?
2. Тактика ведения и лечения.

Задача 78. Пациентка, 50 лет, обратилась в клинику нервных болезней с жалобами на постепенное снижение зрения, увеличение размеров обуви, изменение черт лица (увеличение носа, губ, надбровных дуг) в последний год. При осмотре — увеличенный нос, массивная нижняя челюсть, крупные кисти и стопы. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет вялые. Битемпоральная гемианопсия.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие методы исследования могут подтвердить данный диагноз?

Задача 79. У пациента, 40 лет, внезапно появились приступы клонических подергиваний в левой стопе. Они повторялись до 8 раз в день на фоне сохранного сознания. При осмотре выявлена легкая слабость левой стопы. Глубокие рефлексy живые, $S > D$. Симптом Бабинского слева.

Вопросы:

1. Как называется данный синдром по автору?
2. Какое заболевание можно предполагать у данного пациента?

Задача 80. Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на пошатывание при ходьбе. Известно, что около полугода стал снижаться слух на левое ухо, затем перекосило лицо, появились головные боли, тошнота, головокружение. При осмотре: нарушение слуха слева, периферический парез левого лицевого нерва, гипотония мышц, атаксия в левых конечностях.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить у данного пациента?
2. Тактика ведения и лечения.

Задача 81. Пациент, 50 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные утренние головные боли с тошнотой и рвотой, пошатывание при ходьбе. Болен около 6 мес, когда появились головные боли, иногда была рвота. Постепенно присоединилось пошатывание при ходьбе, больше вправо. При осмотре — горизонтальный среднеразмашистый нистагм вправо. В позе Ромберга не устойчив. Диффузная мышечная гипотония в правых конечностях.

Вопрос:

1. Установите диагноз.

Задача 82. Ученик 3-го класса перенес атаку ревматизма. Через полгода появились быстрые непроизвольные движения рук. Во время занятий гри-

масничает, издает звуки, причмокивает, часто высовывает язык. При осмотре выявлено снижение мышечного тонуса верхних и нижних конечностей.

Вопросы:

1. Для патологии каких отделов центральной нервной системы характерны описанные выше симптомы?
2. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 83. Пациентка, 60 лет, ходит мелкими шагами, руки и ноги полусогнуты, туловище наклонено вперед, речь монотонная, тихая, затухающая. Лицо маскообразное. Наблюдается тремор пальцев рук по типу «счета монет». Тонус в верхних и нижних конечностях повышен по типу «зубчатого колеса».

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует данная клиника?
2. Какие препараты необходимо назначить?

Задача 84. Пациентка, 53 лет, жалуется на головную боль в течение полутора лет, шаткость при ходьбе. Объективно: горизонтальный нистагм, атаксия при ходьбе. В позе Ромберга падает в право. При выполнении пальценосовой и указательной пробы справа интенционное дрожание и миопопадание. Пяточноколенную пробу справа выполнить не может. Мышечный тонус в правых конечностях снижен.

Вопросы:

1. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Какое заболевание у данной пациентки?

Задача 85. У пациентки, 43 лет, возникли стреляющие боли в левой межреберной области. Через сутки в этой области появился отек, покраснение и пузырьковые герпетические высыпания. При обследовании определяется гиперестезия в области иннервации Th₅–Th₇ слева.

Вопросы:

1. Какому заболеванию соответствует данная клиника?
2. Патогенетическое лечение?

Задача 86. Пациент, 40 лет, заболел остро. Повысилась температура до 39,5 °С, появились сильные головные боли, свето- и звукобоязнь, тошнота, неоднократная рвота. В неврологическом статусе: выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, симптом Бабинского с 2-х сторон. Петехиальная сыпь в области передней брюшной стенки. При исследовании ликвора определялось 900 клеток в 1 мкл, нейтрофильный плеоцитоз, белок 0,56 г/л.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести данному пациенту?
3. Тактика ведения и лечения.

Задача 87. Пациент, 20 лет, заболел остро, внезапно возникла сильная головная боль, тошнота, рвота, озноб, высокая температура 39,7 °С, на губах и крыльях носа пузырьковые высыпания. В неврологическом статусе пациент заторможен, выраженная ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Ликвор светлый, вытекал под давлением, выявлен лимфоцитарный плеоцитоз 480 клеток в 1 мкл, белок — 0,50 г/л, глюкоза — 1,1 ммоль/л.

Вопрос:

1. Для какого заболевания характерна вышеописанная клиника?

Задача 88. Пациент, 25 лет, получил вывих правого плеча. Через месяц стал отмечать ограничение движения в области правого плечевого сустава, слабость правой руки, нарушение чувствительности в ней. Объективно: движения правого плечевого сустава резко ограничены, не может согнуть правое предплечье в локтевом суставе. Отмечается атония и атрофия дельтавидной и двуглавой мышц справа. Бицепитальный рефлекс не вызывается. Поверхностная чувствительность снижена по наружной поверхности надплечья, плеча и предплечья.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить пациенту?
2. Какой комплекс лечения необходимо назначить?

Задача 89. Пациент, 28 лет, после подъема тяжести почувствовал сильную боль в пояснице, с иррадиацией по задненаружной поверхности правой ноги, усиливающиеся при кашле, чихании. В неврологическом статусе: дефанс длинных мышц спины в поясничной области, гипотония ягодичных мышц справа, ахиллов рефлекс справа снижен. Гипестезия по задненаружной поверхности правой голени и наружному краю стопы. Положительные симптомы Ласега и Нери справа.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует данная клиника?
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?

Задача 90. Пациентка, 52 лет, жалуется на онемение кистей и стоп. Объективно: боли в мышцах голени, страдает хроническим алкоголизмом. Отмечается ограничение активных движений в дистальных отделах конечностей, снижена сила кистей и стоп, карпорадиальные рефлексы снижены, ахилловы — не вызываются, снижена чувствительность по типу перчаток и носков. Походка «петушиная».

Вопросы:

1. Какой неврологический диагноз у пациентки?
2. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 91. Пациентка, 30 лет, разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. После травмы сразу почувствовала отсутствие движений пальцев левой кисти, затем появились резкие жгучие боли в области левой ладони. В неврологическом статусе определяется ограничение сгибания I, II и, отчасти, III пальца левой кисти, затруднено сжатие пальцев в кулак. Пациентка не может противопоставить большой палец остальным. Карпорадиальный рефлекс слева снижен. Поверхностная чувствительность снижена на ладонной поверхности I–III пальцев левой кисти.

Вопросы:

1. Какой нерв пострадал?
2. Какое лечение необходимо назначить?
3. Показана ли консультация нейрохирурга?

Задача 92. Пациентка, 40 лет, жалуется на двустороннюю атрофию мышц кистей, слабость в верхних конечностях, наличие подергиваний мышц в области верхних конечностей. В неврологическом статусе снижение глоточного рефлекса, сила в дистальных отделах снижена до 4 баллов, определяются фибриллярные подергивания в области мышц плечевого пояса, предплечья. Атрофия тенора и гипотенора, а также межкостных мышц кистей. Рефлексы с верхних конечностей высокие.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие методы обследования нужно провести?

Задача 93. Пациент, 28 лет, жалуется на сильную головную боль, головокружение. За сутки до поступления в нейрохирургическое отделение попал в автомобильную аварию. Сознание не терял. Однако, к вечеру появилась сильная головная боль, тошнота, неоднократная рвота. В неврологическом статусе анизокория (зрачок $S > D$), анизорефлексия ($S > D$), патологические рефлексы Бабинского с 2-х сторон. Пульс — 50 уд./мин.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести в приемном покое?

Задача 94. Пациентка, 32 лет, заболела 3 года назад. Появилась головная боль, затем постепенно начали увеличиваться руки, ноги. Объективно: резко выражены надбровные дуги, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Большие кисти и стопы. На глазном дне — нерезко выраженные застойные диски зрительных нервов. На краниограмме отмечено увеличение размеров турецкого седла, истончение его стенки.

Вопросы:

1. Диагноз у этой пациентки?
2. Консультация какого специалиста должна быть назначена?

Задача 95. Пациент, 20 лет, болен около 7 лет, когда появилась слабость в ногах, которая постепенно нарастала, стало трудно передвигаться, через некоторое время присоединилась слабость в руках. Объективно: сила в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей снижена, не может поднять руки вверх, атрофия мышц в проксимальных отделах конечностей, плечевого и тазового пояса. «Крыловидные лопатки», резко усилен поясничный лордоз, «осиная» талия, «утиная» походка, глубокие рефлексy низкие. При переходе из горизонтального положения в вертикальное упирается руками в бедра и толчком выпрямляется.

Вопрос:

1. Какое заболевание у пациента?

Задача 96. Пациент, 37 лет, жалуется на непроизвольные подергивания левого большого пальца на руке, которое распространяется на всю руку и лицо. Пациента беспокоят головные боли, чаще утром, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, чувством онемения в левых конечностях. При осмотре в неврологическом статусе дурашлив, плоские шутки. Слева сглажена носогубная складка, глубокие рефлексy $S > D$, патологический рефлекс Бабинского слева.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует данная клиника?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести данному пациенту?

Задача 97. Пациент, 50 лет, доставлен в стационар из дома. Сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота. В анамнезе — длительное время артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, оглушение. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига, симптом Бабинского справа. Ликвор красный, цитоз — эритроциты покрывают все поле зрения, белок — 0,66 г/л.

Вопросы:

1. При каком заболевании будет такой ликвор?
2. Определите тактику лечения.

Задача 98. Пациентка, 60 лет, доставлена в клинику в бессознательном состоянии. В анамнезе подъемы артериального давления до 230/120 мм рт. ст., принимает лечение. При осмотре: состояние тяжелое, кома. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон. Глазные яблоки периодически совершают плавательные движения. Пассивные и активные движения в левых конечностях отсутствуют. Левая стопа ротирована кнаружи. При люмбальной пункции ликвор красный, равномерно окрашенный в (цитоз — эритроциты покрывают все поле зрения, белок — 0,66 г/л). На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности.

Вопрос:

1. Какому диагнозу соответствуют данные КТ?

Задача 99. Пациент 70 лет доставлен в приемный покой с жалобами на неловкость и онемение в левых конечностях. В анамнезе постоянная форма мерцательной аритмии. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен. Центральный парез лицевого и подъязычного нерва слева, левосторонний гемипарез, умеренновыраженный, симптом Бабинского слева. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу слева. Ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз — 3 лимфоцита в 1 мкл, белок — 0,3 г/л.

Вопрос:

1. Какой диагноз соответствует данной клинической симптоматике?

Задача 100. Пациентка, 38 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, периодически возникающие тошноту и рвоту, общую слабость. Из анамнеза известно, что жалобы появились около полугода назад и постепенно нарастали. В течение последнего года в доме живет кошка. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, правильно ориентирована, слабopоложительный симптом Кернига, слева центральный парез лицевого и подъязычного нервов, гемипарез. В ликворе выявляется белково-клеточная диссоциация (цитоз — 12 лимфоцитов, белок — 1,6 г/л). На МРТ в полушариях головного мозга выявляются множественные, накапливающие контраст очаги. Внутривенная аллергическая проба на токсоплазмоз положительная.

Вопрос:

1. Какие параклинические методы, подтверждают диагноз?

Задача 101. Пациентка, 45 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в области поясницы, затруднение при ходьбе, пошатывание, усиливающееся в темноте, чувство онемения и скованности в ногах. Болеет около 2 лет. Онемение, сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня нижнегрудного и поясничного отдела, позднее присоединилась скованность в ногах, из-за чего стало трудно ходить. При осмотре тонус в ногах повышен, коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонус стоп. На МРТ на уровне Th₁₀–Th₁₁ позвонков имеется неправильной формы образование с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T₂ и T₁ сдавливает спинной мозг.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует данная клиника?
2. Определите тактику ведения пациента.

Задача 102. Пациентка, 64 лет, поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конеч-

ностях. В анамнезе артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига. После люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови. При КТ головного мозга отмечается распространение крови в субарахноидальном пространстве.

Вопросы:

1. Какой диагноз у данной пациентки?
2. Определите тактику ее дальнейшего ведения.

Задача 103. Пациент, 28 лет, инженер, поступил с жалобами на слабость и онемение в левых конечностях, пошатывание при ходьбе. На фоне небольшого повышения температуры. В анамнезе: год назад был эпизод нарушения зрения, когда после переутомления появилась пелена перед левым глазом. Зрение полностью восстановилось через неделю. При осмотре: горизонтальный нистагм. Сила снижена в ногах до 3 баллов, рефлексы повышены, патологические рефлексы вызываются с левой стопы, легкое интенционное дрожание и миомпопадание в координаторных пробах в обеих сторонах. На МРТ головного мозга — множественные полиморфные очаги в белом веществе обеих полушарий и перивентрикулярно, у задних рогов боковых желудочков и мозжечке.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует клиничко-параклиническое обследование?
2. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 104. Пациентка, 30 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость в ногах, пошатывания при ходьбе и двоение. Слабость в ногах появилась около 3 лет назад. После курса гормонотерапии состояние улучшилось, но несколько дней назад без видимой причины снова увеличилась слабость в ногах, появилось двоение и легкое головокружение. При осмотре: мелко размашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, снижение мышечной силы в ногах до 4 баллов, в руках — до 2 баллов. Мышечный тонус в ногах повышен по спастическому типу, нижний парапарез. Симптомы Бабинского и Россолимо с двух сторон. На МРТ (T₂-взвешенные изображения) — зона гиперинтенсивности в области заднего рога левого бокового желудочка, в мозолистом теле, мелкие очаги повышенной интенсивности в перивентрикулярной области с двух сторон.

Вопрос:

1. Какому заболеванию соответствуют полученные данные?

Задача 105. Пациентка, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, высокие цифры артериального давления, изменение черт лица. В последние 2–3 месяца стала отмечать снижение зрения. При осмотре: в

сознании, контактна, правильно ориентирована. Повышенного питания. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов — выпадение наружных полей зрения на оба глаза. На МРТ в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует данная клиническая картина?
2. Определите тактику ведения пациентки.

Задача 106. Пациент, 30 лет, поступил в клинику с жалобами на головные боли, слабость в левой ноге. Последний год стал отмечать нарастающие онемение и неловкость в левой ноге, клонические судороги в ней, которые повторяются ежемесячно. При осмотре: в сознании, контактен, правильно ориентирован. Левосторонний монопарез ноги со снижением силы до 2 баллов. На КТ в области правой прецентральной извилины определяется округлой формы образование. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и равномерное накопление в этом образовании.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить у пациента?
2. Какой специалист должен определить тактику дальнейшего ведения пациента?

Задача 107. Пациентка, 17 лет, поступила с жалобами на слабость в ногах, быструю утомляемость при ходьбе. При неврологическом обследовании выявлена атрофия мышц дистальных отделов нижних конечностей, больше страдают мышцы голени. При ходьбе высоко поднимает ноги (походка типа «степпаж»). Ахилловы рефлексы не вызываются, коленные — очень низкие. Отмечается снижение чувствительности по типу «перчаток и носков». При ЭНМГ регистрируются фибрилляции и фасцикуляции.

Вопрос:

1. Какое заболевание может сопровождаться данной симптоматикой?

Задача 108. Пациент, 40 лет, поступил с жалобами на головную боль, слабость в правых конечностях. Головные боли беспокоят в течение 3 лет. При осмотре: в сознании, контактен, ориентирован в месте, времени, собственной личности. Центральный парез лицевого нерва справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2 баллов. Правосторонняя гемигипестезия. На глазном дне слева симптомы атрофии зрительного нерва, справа — проявления застоя (синдром Кеннеди–Фатера).

Вопросы:

1. Какое заболевание может сопровождаться данной симптоматикой?
2. Определите тактику ведения пациента.

Задача 109. Пациент, 41 года, поступил с жалобами на сильные боли в пояснично-крестцовой области, иррадиирующие в правую ногу. Боль появилась вчера при поднятии тяжести. При осмотре — сколиоз поясничного отдела позвоночника влево (симптом «распорки»), болезненность паравerteбральных точек больше справа. Симптом Ласега справа. Коленные рефлексы $D = S$, ахилловы — справа снижены, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне иннервации корешков L_5-S_1 на правой ноге. На МРТ определяется задняя протрузия диска L_5-S_1 .

Вопрос:

1. Поставьте диагноз и определите тактику ведения пациента.

Задача 110. Пациент, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задненаружной поверхности левого бедра и голени. Боль появились после поднятия тяжести. Объективно: положительный симптом Ласега слева, снижение левого ахиллова рефлекса. На МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника между телами L_5 и S_1 позвонков определяется образование, выступающее в спинномозговой канал.

Вопросы:

1. Какой клинический диагноз подтверждает МРТ?
2. Методы лечения данного пациента.

Задача 111. Пациентка, 60 лет, считает себя больной в течение двух лет, когда появилась неуверенность при ходьбе, невозможность быстро встать со стула. При поступлении походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезии, гипомимия, тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, глубокие рефлексы симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. МРТ головного мозга — множественные мелкие очаги в полушариях головного мозга, преимущественно в подкорковых структурах.

Вопросы:

1. Какие структуры головного мозга вовлечены в патологический процесс?
2. Каковы основные направления терапии данного заболевания?

Задача 112. Пациентка, 30 лет, заболела остро, когда после переохлаждения на фоне боли в заушной области обратила внимание на асимметрию лица: перестал закрываться левый глаз, возникла неловкость при жевании, стала прикусывать щеку слева, нарушились вкусовые ощущения. При поступлении лагофталм слева, не может наморщить лоб слева, сглажена левая носогубная складка, выраженная асимметрия оскала, не может подуть на свечу. На языке определяется снижение вкусовой чувствительности слева на сладкое и соленое. Симптомов пирамидной недостаточности и координации нет.

Вопросы:

1. Какие причины привели к данному заболеванию?
2. Какой диагноз у этой пациентки?

Задача 113. Пациент, 46 лет, в течение последнего года постепенно появилась гнусавость голоса, стало трудно выговаривать слова, поперхивается при глотании, с трудом высовывает язык. При поступлении состояние удовлетворительное. Речевой контакт затруднен из-за дизартрии, дисфагия, глоточный рефлекс снижен. Выявляются атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них. Глубокие рефлексы высокие.

Вопросы:

1. Какой диагноз может быть у данного пациента?
2. Проведите дифференциальный диагноз с синдромом этого заболевания.

Задача 114. Пациентка, 20 лет, отмечает, что с раннего детства отставала в беге и ходьбе от сверстников. При поступлении: неплотно смыкает веки, отмечаются псевдогипертрофия круговых мышц рта (лицо Тапира), икроножных мышц, атрофия межлопаточных мышц (крыловидные лопатки), атрофия мышц плечевого пояса, движения в руках ограничены, гипотрофия мышц голеней. Глубокие рефлексы с рук не вызываются, коленные и ахилловы низкие.

Вопросы:

1. Какое наследственное заболевание у этой пациентки?
2. Основные направления лечения этого заболевания.

Задача 115. Пациент, 38 лет, длительное время злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении выявляется снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц кистей, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов. Глубокие рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу перчаток и носков.

Вопросы:

1. Какой диагноз выявляется у пациента?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 116. Пациентка, 20 лет, в течение последнего месяца стала отмечать опускание век, быструю утомляемость в мышцах рук, особенно при поднятии их вверх, утомляемость в ногах. При поступлении выявляется мышечная слабость даже при небольшой физической нагрузке. После физической нагрузки отмечают мышечная гипотония, угнетение глубоких рефлексов. Через 20 мин после введения 1,0 мл 0,05 % раствора прозерина пациентка свободно встает и ходит.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует описанная клиника?
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Какие показания могут быть для проведения оперативного лечения у этой пациентки?

Задача 117. Пациент, 20 лет, поступил с жалобами на повышение температуры, сильные головные боли, тошноту, повторную рвоту. Из анамнеза известно, что болен 2 дня, когда повысилась температура до 40 °С, появились сильные головные боли, светобоязнь, тошнота, рвота. При осмотре: состояние тяжелое, лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу. Геморрагическая сыпь в области передней стенки живота. Менингеальный синдром — ригидность мышц шеи, симптомы Кернига и Брудзинского. Очаговой симптоматики нет. При исследовании ликвора цвет желтовато-зеленый, нейтрофильный плеоцитоз (клетки покрывают все поле зрения), белок 2,3 г/л, незначительное снижение содержания глюкозы и хлоридов, в крови — гиперлейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Вопросы:

1. Какой диагноз у этого пациента?
2. Какие критерии прекращения антибактериальной терапии?

Задача 118. Пациентка, 39 лет, считает себя больной в течение последних 2 мес., когда появилась головная боль, усиливающаяся в ночное и утреннее время. Стала понимать обращенную речь, при письме пропускать буквы. Объективно: элементы сенсорной афазии, аграфия, акалькулия, апраксия, снижение силы в правой руке, нарушение суставномышечного чувства справа. При исследовании ликвора: бесцветный, прозрачный, цитоз 3 клетки в 1 мкл, белок 0,99 г/л. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их ступены, вены полнокровны. На краниограмме выражены пальцевые вдавления, на ЭхоЭГ выявляется смещение срединных структур мозга слева направо на 6 мм.

Вопросы:

1. Какие методы обследования необходимо провести?
2. Предполагаемый диагноз.

Задача 119. Пациентка, 20 лет, жалуется на сильную головную боль, рвоту, светобоязнь, двоение при взгляде вправо. Заболела неделю назад, когда повысилась температура, появилось недомогание, потеряла аппетит, стала беспокоить головная боль, вялость. При осмотре: температура 37,8 °С, ригидность мышц шеи, симптом Кернига. Со стороны черепных нервов: легкое расходящееся косоглазие влево, птоз и мидриаз слева. При исследовании ликвора выявляется лимфоцитарный плеоцитоз до 200 клеток в 1 мкл, значительное снижение содержания глюкозы и хлоридов, при отстаивании ликвора выпадает пленка фибрина («елочка», вершиной книзу).

Вопросы:

1. Какие черепные нервы вовлечены в патологический процесс?
2. Какие дополнительные исследования следует провести, чтобы установить диагноз?

Задача 120. Пациентка, 48 лет, обратилась с жалобами на безболевы́е ранения пальцев кистей, трофические нарушения, изменение цвета ногтей, их повышенную ломкость. При осмотре: черты дизрафического статуса (низкий рост, короткая шея). Объективно: снижение мышечной силы в кистях до 4,0 баллов. Рефлексы на руках равномерные, несколько снижены. Сегментарные нарушения поверхностной чувствительности на уровне С₄–С₈. На КТ на этом уровне отмечается расширение центрального канала спинного мозга. Нарушений глубокой чувствительности не выявляется.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует наличие полости?
2. Чем обусловлены сегментарные нарушения поверхностной чувствительности?

Задача 121. Пациентка, 65 лет, поступила с жалобами на общую слабость, слабость в левых конечностях. Со слов родственников, в течение последнего месяца пациентка стала неряшливой, неопрятной в одежде. В поведении отмечалась эйфория, склонность к плоским шуткам. При осмотре: центральный парез VII и XII пар черепных нервов слева. Левосторонний гемипарез до 3 баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Анизорефлексия S > D, симптом Бабинского слева. Выраженные рефлексы орального автоматизма. Хватательный рефлекс Янишевского слева. Пациентка безразлична, критика снижена.

Вопросы:

1. Где локализуется очаг поражения?
2. Какой диагноз можно установить?

Задача 122. Пациент М., 30 лет, упал с высоты 2 м. Сознание не терял, жалуется на отсутствие движений в ногах. В неврологическом статусе: стопы свисают, мышечный тонус в ногах снижен, ахилловы рефлексы не вызываются, отсутствуют все виды чувствительности в ногах, недержание мочи и кала.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический очаг?
2. Какой метод обследования необходимо провести пациенту?

Задача 123. Пациент С., 20 лет, после ныряния в воду головой вниз, почувствовал слабость и онемение в руках и ногах. При осмотре выявлено: боль в шее, спастический умеренный тетрапарез, гипестезия с уровня С₃, задержка мочи и кала, нарушение дыхания.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический очаг?
2. Перелом какого позвонка можно заподозрить?
3. Какой метод подтвердит диагноз?

Задача 124. Пациент С., 28 лет, получил удар по голове твердым предметом, потерял сознание на 10 мин, была однократная рвота. В неврологическом статусе выявлены ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. При люмбальной пункции определялось розовое окрашивание ликвора.

Вопросы:

1. Какова степень тяжести черепно-мозговой травмы?
2. Нуждается ли пациент в госпитализации и в какое отделение?

Задача 125. Пациент Ш., 21 года, получил черепно-мозговую травму с потерей сознания до 15 мин, была однократная рвота. В течение 2-х дней состояние пациента стабилизировалось, уменьшилась головная боль, а на 3-и сутки внезапно нарушилось сознание, при осмотре выявлена анизокория справа, брадикардия.

Вопросы:

1. Какую патологию должен заподозрить врач?
2. Какие методы исследования нужно назначить для подтверждения диагноза?
3. Какова тактика ведения пациента?

Задача 126. На правую руку рабочего К., 25 лет, упало стекло, после чего у него «повисла кисть». После ушивания раны при осмотре выявлен глубокий выраженный парез разгибателей правой кисти, снижен карпорадиальный рефлекс справа, снижена болевая и температурная чувствительность тыльной поверхности 1-го, 2-го и внутренней поверхности 3-го пальца.

Вопросы:

1. Установите клинический диагноз у данного пациента.
2. Какова тактика лечения?

Задача 127. У пациента Б., 60 лет, появилась и постепенно стала нарастать слабость в левой кисти, затем присоединилась атрофия мелких мышц кисти. При исследовании были выявлены гиперрефлексия и фасцикуляции в мышцах кисти, предплечья и плечевого пояса слева.

Вопросы:

1. Какому заболеванию соответствует данная клиника?
2. Какой метод исследования подтверждает диагноз?

Задача 128. Молодая женщина, 25 лет, жалуется на резкое снижение зрения на левый глаз, возникшее около 20 дней назад, которое самостоятельно восстановилось в течение 15 дней.

Вопросы:

1. Какие исследования нужно выполнить?
2. Какой предварительный диагноз необходимо установить?
3. Методы лечения.

Задача 129. В приемный покой доставлена женщина, 35 лет, с жалобами на слабость в стопах и кистях. Из анамнеза известно, что в течение последних 4 дней было повышение температуры тела до 38,0 °С, а утром на 5 сутки появилась слабость в стопах, затем в кистях, жидкая пища стала выливаться через нос, твердой пищей она стала поперхиваться. При осмотре выявлен дистальный вялый тетрапарез, нарушение чувствительности на кистях и стопах по типу «носков» и «перчаток».

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз врача приемного покоя?
2. Какой метод исследования подтвердит диагноз?
3. Тактика лечения.

Задача 130. Пациентка М., 24 лет, обратилась с жалобами на внезапную потерю зрения на правый глаз, возникшую 2 дня назад. В неврологическом статусе выявлено резкое снижение остроты зрения на правый глаз, оживление глубоких и отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон, снижение вибрационной чувствительности на ногах.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у молодой женщины?
2. Какие методы исследования нужно выполнить для подтверждения диагноза?
3. Современные методы лечения?

Задача 131. В приемный покой больницы поступил мужчина, 38 лет, с жалобами на слабость и парестезии в кистях и стопах. Из анамнеза известно, что заболевание развилось на фоне длительного злоупотребления алкоголем. В неврологическом статусе выявлен дистальный вялый тетрапарез и снижение болевой и температурной чувствительности на стопах и кистях.

Вопросы:

1. Установите клинический диагноз у данного пациента.
2. Как называется тип расстройства чувствительности в дистальном отделе конечностей?
3. Методы лечения.

При решении задач рекомендуется использовать дополнительные сведения: данные исследования ликвора, КТ, МРТ и ЭЭГ, которые наиболее часто встречаются в представленном выше клиническом материале.

Спинальная жидкость или ликвор образуется в сосудистых сплетениях желудочков головного мозга. Сосудистые сплетения — это особенно тонкие сосуды в головном мозге, через которые фильтруется кровь. Именно из крови и образуется ликвор.

У взрослого человека в пространстве между оболочками головного мозга, в субарахноидальном пространстве циркулирует 110–160 мл ликвора. В сутки у здорового человека образуется 600–700 мл ликвора. Для получения ликвора проводят люмбальную пункцию. Прокол делают между L₄–L₅ поясничными позвонками.

Анализ ликвора проводят при подозрении на заболевания головного и спинного мозга: менингит, черепно-мозговая травма, опухоль головного мозга, инсульт (инфаркт головного мозга, кровоизлияние в мозг или субарахноидальное кровоизлияние).

При субокципитальной пункции ликвор получают из мозжечково-мозговой цистерны. Иглу вводят в подзатылочную ямку, до ощущения провала.

Вентрикулярная пункция проводится детям в возрасте до 1 года. Прокол для получения ликвора делают через большой родничок.

Нормальные показатели анализа ликвора:

- общий белок в анализе ликвора составляет 0,15–0,45 г/л;
- норма глюкозы в ликворе 3,6–3,9 ммоль/л; особое диагностическое значение имеет снижение уровня глюкозы в ликворе при туберкулезном менингите;
- лактат или молочная кислота в анализе ликвора составляет 1,1–1,6 ммоль/л; повышение количества лактата говорит о гипоксии головного мозга;
- магний — 1,0–1,5 ммоль/л;
- хлориды — 115–130 ммоль/л;
- лимфоциты — менее 4; лимфоциты в ликворе это единственные клетки которые могут в него проникнуть из-за своего маленького размера в сплетениях желудочков головного мозга.

Нормальный ликвор бесцветен и прозрачный.

Зеленовато-желтый цвет ликвора отмечается при гнойном бактериальном менингите либо при прорыве абсцесса в спинномозговой канал, красный цвет — при субарахноидальном кровоизлиянии, ксантохромный — через 3–4 дня после него.

Эритроциты в ликворе в норме практически не встречаются и могут попасть в нее случайно при проведении пункции.

Появление эритроцитов в ликворе: внутричерепное кровоизлияние при разрыве аневризмы сосуда мозга, кровоизлиянии в ткань мозга, геморрагическом энцефалите, черепно-мозговой травме.

Повышение количества лейкоцитов в ликворе: воспалительные заболевания мозговых оболочек — менингиты различного происхождения

(бактериальный, туберкулезный, вирусный менингит), абсцессы, цистицеркоз, эмпиема; при органических поражениях головного мозга — инсульты (тромбоз, кровоизлияния).

Плазматические клетки в ликворе определяются только в патологических случаях при длительно текущих воспалительных процессах в мозге и оболочках, при энцефалитах, туберкулезном менингите, цистицеркозном арахноидите и других заболеваниях, в послеоперационном периоде, при вялотекущем заживании раны.

Нейтрофилы в ликворе даже в минимальных количествах указывает или на бывшую, или на имеющуюся воспалительную реакцию оболочек и структур головного мозга.

Эозинофилы встречаются при субарахноидальных кровоизлияниях, бактериальных, туберкулезных менингитах и сифилитических опухолях мозга, цистицеркозе, эхинококкозе.

Опухолевидные (злокачественные) клетки и комплексы могут относиться к следующим видам опухолей: медуллобластома, спонгиобластома, астроцитомы, рак.

При макроскопической оценке ликвора при туберкулезном менингите обращает на себя внимание опалесценция жидкости. Для исследования ликвора, как правило, берется 3 пробирки. Вторая пробирка предназначена для отстаивания при комнатной температуре на протяжении суток. Если в ней появится легкий дымок «от дорогой сигары», «елочка» — это надежный признак туберкулезного менингита. Появление дымка или паутинки в ликворе объясняется выпадением в осадок нитей фибрина. При встряхивании пробирки паутинка исчезает.

Микроскопия выявляет повышенное количество лимфоцитов до сотен в 1 мкл. Для туберкулезного менингита характерно снижение количества глюкозы и хлоридов в ликворе.

Микроскопия мазков ликвора проводится после окраски по методу Циля–Нильсена. Туберкулезные бактерии обнаруживаются почти исключительно в фибриновых свертках.

Повышение количества белка в ликворе называется гиперпротеинарией. Белок может появиться при кровоизлияниях (источник — кровь), при опухолях мозга (чаще всего при распаде опухоли, источник белка — ткань опухоли). При энцефалитах, менингитах, арахноидитах источник белка — лейкоциты, мигрировавшие в очаг воспаления. Значительное повышение в ликворе наблюдают при абсцессах головного мозга и цистицеркозе. Количество белка при черепно-мозговой травме зависит от степени тяжести. Диссоциация содержания белка до 3–5 г/л и клеток до 10 в 1 мкл является патогномоничным при острой демиелинизирующей полирадикулоневропатии Гийена–Барре.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) — один из наиболее современных методов исследования. С помощью РКТ можно определить изменения плотности мозга (опухоль, инсульт, гематома, киста, отек). ис-

следование можно проводить с внутривенным контрастированием, что позволяет визуализировать сосудистое русло головного мозга.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) мозга — метод получения изображений мозга без использования рентгеновских лучей и радиации. МРТ томограф получает изображения, созданные на основе магнитных полей, генерируемых человеческим телом.

МРТ эффективна в диагностике инфаркта, опухолей, абсцесса, отека головного мозга, а также кровоизлияния в мозг, демиелинизирующих поражений (рассеянный склероз) и других заболеваний и состояний головного мозга. МРТ позволяет визуализировать изменения спинного мозга с такой степенью разрешения, какая недостижима при других методах сканирования.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) представляет собой метод регистрации биоэлектрической активности головного мозга, выполненный через неповрежденные покровы головы. В большинстве случаев у здорового бодрствующего человека, находящегося в положении лежа с закрытыми глазами или в темноте, регистрируются относительно регулярные, близкие к синусоидальным колебания биопотенциалов мозга. Высокие и устойчивые кривые регистрируются в теменно-затылочной области, одиночные или групповые — в других отделах мозга. Эти кривые названы альфа-ритмом, который преобладает у здоровых взрослых людей. Их напряжение при записи через электроды, расположенные на коже, колеблется в пределах 40–50 мкВ, продолжительность 60–140 мс и частота 8–13 колебаний в секунду. Редко они сохраняют устойчивость, амплитуда волн то убывает, то увеличивается, давая рисунок «веретен», «вздутый», «биений». В передних отделах мозга, а также при подавлении альфа-активности внешними раздражениями выявляются бета-волны.

При патологических состояниях мозга в период засыпания, а частично и на ЭЭГ в норме отмечаются медленные волны: тета-волны частотой 4–7 колебаний в секунду, дельта-волны — с еще меньшей частотой колебаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное учебно-методическое пособие предлагает студентам в доэкзаменационном периоде, при прохождении цикла по неврологии и нейрохирургии ознакомиться с основными клиническими задачами, которые включены в экзаменационные билеты. Они изложены простым, доступным языком, что не только обогатит знания студента, но и позволит быть более уверенным при ответе.

Авторы желают успеха в экзаменационную сессию по неврологии и нейрохирургии.

ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ

Задача 1.

1. Клещевой энцефалит, восточный вариант.
2. Передние рога шейного отдела спинного мозга.

Задача 2.

1. Светлый промежуток.
2. Эпидуральная гематома.

Задача 3.

1. Нейрохирург. Опухоль спинного мозга на уровне С₂–С₆ позвонков.
2. Нейрохирургическое лечение.

Задача 4.

1. Аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. Нейрохирург.

Задача 5.

1. Закрытая черепно-мозговая травма легкой степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. Лечение в нейрохирургическом отделении областной больницы или травматологическом отделении центральной районной больницы.

Задача 6.

1. Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона–Коновалова).
2. Изменение окраски радужной оболочки связано с отложением меди — кольцо Кайзера–Флейшера.

Задача 7.

1. Прогрессирующая мышечная дистрофия, форма Дюшена. Диагноз уточняется клинически и при генеалогическом анализе ДНК-диагностики.
2. Определение активности электронейромиографии и КВК в сыворотке крови.

Задача 8.

1. Лицелопатчноплечевая прогрессирующая мышечная дистрофия Ландузи–Дежерина.
2. Аутосомно-доминантный тип наследственности.

Задача 9.

1. Опухоль гипофиза (эндокринологическое опухолевое заболевание).
2. Консультация нейрохирурга, эндокринолога.

Задача 10.

1. К формированию абсцесса головного мозга в правом полушарии.
2. Необходимо проверить дифференциальный диагноз с вторичным гнойным менингитом, опухолью головного мозга, инсультом.

Задача 11.

1. МРТ головного мозга.
2. Рассеянный склероз.
3. Плазмаферез, ГБО, гормонотерапия.

Задача 12.

1. Госпитализация в реанимационное отделение.
2. Дифтерийная (краниальная) полиневропатия (IX, X, XII пары черепных нервов).

Задача 13.

1. Алкогольная полиневропатия.
2. Сенсомоторные расстройства.
3. Витамины группы В₁, нейромидин, массаж, ЛФК, электрофорез с прозеринном.

Задача 14.

1. Компрессионно-ишемическая невропатия правого лучевого нерва.
2. Нейромидиаторы, электростимуляция, витамины группы В, ГБО, массаж.

Задача 15.

1. Лакунарный инфаркт в левой средней мозговой артерии.
2. КТ (МРТ) головного мозга.
3. Гипотензивные препараты, нейропротекторы, вазоактивные препараты.

Задача 16.

1. ПНМК, острый гипертонический криз.
2. Работать авиадиспетчером он не может.

Задача 17.

1. Субарахноидальное кровоизлияние. Необходимо выполнить люмбальную пункцию и КТ.
2. Аневризма, артерио-венозная мальформация.
3. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.

Задача 18.

1. Субарахноидальное кровоизлияние.
2. Люмбальная пункция, КТ, консультации нейрохирурга.
3. Гемостатики, противоотечная терапия, осмотические диуретики, нейропротекторы.

Задача 19.

1. Люмбальная пункция, КТ.
2. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.

Задача 20.

1. Миастения, глазная форма.
2. ЭНМГ, проба на мышечную утомляемость.
3. Нарушение нервно-мышечной проводимости при тимоме или гиперплазии вилочковой железы.
4. Антихолинэстеразные препараты: прозерин, нейромидин; плазмаферез, ГБО, гормонотерапия.

Задача 21.

1. Сирингомиелия C₄–Th₆ справа. Сегментарный тип расстройства чувствительности.
2. КТ, МРТ шейного отдела спинного мозга.

Задача 22.

1. Бульбарный паралич.
2. Боковой амиотрофический склероз (БАС), сирингомиелия, посттравматическая гематомиелия.

Задача 23.

1. Цереброспинальная форма рассеянного склероза.
2. Плазмаферез, ГБО, гормонотерапия по показаниям, нейропротекторы.

Задача 24.

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ головного мозга.
3. Госпитализация в неврологическое отделение, назначение гормональных препаратов, проведение плазмафереза, ГБО.

Задача 25.

1. Полиневропатия на фоне сахарного диабета, злоупотребления алкоголя, острой полиневропатии Гийена–Барре.
2. Сенсомоторный вариант.

Задача 26.

1. Для болезни Паркинсона.
2. Базальные ядра (черная субстанция, бледный шар).
3. Противопаркинсонические препараты, нормализующие обмен дофамина (сенимет, паркопан, юмекс, наком и др.).

Задача 27.

1. Дисметаболическая энцефалопатия с судорожным синдромом.
2. КТ, МРТ головного мозга, электроэнцефалограмма.
3. Дезинтоксикационная терапия, витамины группы В, нейропротекторы (кроме пирацетама), противосудорожные препараты, отказ от алкоголя.

Задача 28.

1. Туберкулезный (серозный) менингит.
2. Лечение длительное, специфическая терапия противотуберкулезными препаратами в течение года.

Задача 29.

1. Вторичный гнойный менингит.
2. Осмотр оториноларинголога с последующим решением вопроса о хирургическом лечении гнойного отита, антибактериальная и десинсезирующая, противоотечная терапия.

Задача 30.

1. периферическая невропатия левого лицевого нерва.
2. Витамины группы В, нейропротекторы, нейромедиаторы, антибактериальная, гормональная терапия, иглорефлексотерапия с 4–5 дня, массаж только здоровой стороны лица или воротниковой зоны.
3. Через 21 день.

Задача 31.

1. Миодистрофия Эрба–Рота.
2. ЛФК, массаж, симптоматическая терапия.

Задача 32.

1. Энцефалит Экономо.
2. Синдром Паркинсонизма.

Задача 33.

1. Постгерпетический гипертензионный синдром на фоне внутренней гидроцефалии.
2. Осмотические диуретики, салуретики, гормонотерапия, нейропротекторы.

Задача 34.

1. Детская абсанс-эпилепсия.
2. Противосудорожная терапия (вальпоаты).

Задача 35.

1. Периферическая диабетическая мононевропатия правого глазодвигательного нерва.
2. Витамины группы В, нейромедиаторы, нейропротекторы, лечение основного заболевания.

Задача 36.

1. Синдром Брунса.
2. Цистицеркоз головного мозга с наличием цистицерка в четвертом желудочке.
3. Специфическая терапия (празинквантель), при частых приступах хирургическое удаление цистицерка в четвертом желудочке.

Задача 37.

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ, глазное дно, периметрия, вибрационная чувствительность.

Задача 38.

1. Хроническая ишемия головного мозга (ДЭ, III степени, субкомпенсированная).
2. Не может работать главным инженером.
3. Церебро, мемантин, нимотоп, нейромидин, кортексин.
4. Консультация психиатра.

Задача 39.

1. Травматическая субарахноидальная гематома.
2. КТ, осмотр нейрохирурга, декомпенсированная трепанация черепа, удаление гематомы.

Задача 40.

1. Дискогенная радикулопатия S₁ слева.
2. КТ пояснично-крестцового отдела (L₅–S₁).
3. Нейромедиаторы, фонофорез с гидрокортизоном, диклофенак, ультрафастин.

Задача 41.

1. Малые эпилептические приступы типа petit mal.

Задача 42.

1. Субдуральная гематома справа.
2. КТ, МРТ головного мозга.

Задача 43.

1. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена–Барре.
2. Люмбальная пункция, ЭНМГ.

Задача 44.

1. Менингококковый менингит.
2. Люмбальная пункция, посев ликвора, микроскопия ликвора толстой капли крови, осмотр оториноларинголога, КТ головного мозга.

Задача 45.

1. Травматическая субдуральная гематома.
2. КТ, МРТ головного мозга.

Задача 46.

1. Дискогенная радикулоишемия L₅–S₁ слева.
2. МРТ, срочная консультация нейрохирурга, вазоактивные препараты, нейромедиаторы, витамины группы В.

Задача 47.

1. Болезнь Паркинсона.

Задача 48.

1. Кровоизлияние в левом полушарии головного мозга.
2. Люмбальная пункция, КИ или МРТ головного мозга.

Задача 49.

1. В вертебробазилярной системе.
2. Альтернирующий синдром Валенберга–Захарченко.
3. КТ или МРТ головного мозга.

Задача 50.

1. Кардиоэмболический инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии.
2. КТ или МРТ головного мозга.

Задача 51.

1. Инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии.
2. Сосудистый хирург.

Задача 52.

1. Кровоизлияние в мозжечок.
2. Консультация нейрохирурга.

Задача 53.

1. Перенесенный в анамнезе грипп, повышение температуры, плеоцитоз, незначительное повышение белка и клеток в ликворе свидетельствует о развитии гриппозного энцефалита.

Задача 54.

1. Субарахноидальное паренхиматозное кровоизлияние.
2. КТ или МРТ, люмбальная пункция.

Задача 55.

1. Паренхиматозное кровоизлияние справа с прорывом в желудочки.
2. КТ, люмбальная пункция.
3. Нейропротекторная терапия, гипотензивная терапия, гемостатики, нимотоп.

Задача 56.

1. Инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии.
2. Нейропротекторы, гемостатики, противоотечная терапия, гормонотерапия, нимотоп.

Задача 57.

1. ЭНМГ.
2. Алкогольная полиневропатия.

Задача 58.

1. Невропатия лицевого нерва слева.
2. КЭД, после 21 дня.
3. Антибиотики, гормонотерапия, противоотечная терапия, затем нейромедиаторы, витамины группы В.

Задача 59.

1. Невралгия второй ветви тройничного нерва справа.
2. Противосудорожные препараты (финлепсин), ультрафастин, спазмолитики, витаминотерапия, магнито-лазер на область щеки справа.

Задача 60.

1. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена–Барре.
2. Плазмаферез, иммуноглобулин человеческий, нейромедиаторы, нейропротекторы.

Задача 61.

1. Невропатия лучевого нерва справа.
2. Электростимуляция, нейромедиаторы, ЛФК, массаж, витамины группы В.

Задача 62.

1. Синдром Броун-Секара.
2. При опухоли спинного мозга.

Задача 63.

1. Интрамедуллярная опухоль на уровне шейного утолщения.
2. МРТ шейного отдела спинного мозга.

Задача 64.

1. Невропатия бедренного нерва.
2. Осмотр уролога, проктолога.

Задача 65.

1. Радикулопатия слева S₁.
2. КТ пояснично-крестцового отдела L₄–L₅, L₅–S₁.

Задача 66.

1. Сирингомиелия шейно-грудного отдела спинного мозга.
2. КТ или МРТ шейно-грудного отдела спинного мозга.

Задача 67.

1. Тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние.
2. КТ, люмбальная пункция.
3. Нейрохирург.
4. Госпитализация в отделение реанимации с последующим решением вопроса об оперативном лечении.

Задача 68.

1. Закрытая черепно-мозговая травма. Травматическое субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние. Судорожный синдром.
2. КТ или МРТ головного мозга.
3. Госпитализация в реанимационное отделение, консультация нейрохирурга, противоотечная терапия, нейропротекторы, гемостатики.

Задача 69.

1. Закрытая черепно-мозговая травма. Травматическое кровоизлияние в правое полушарие головного мозга.
2. В нейрохирургическое отделение.

Задача 70.

1. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. Госпитализация в нейрохирургическое отделение, гемостатики, нейропротекторы, нимотоп.

Задача 71.

1. Легкая закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга.
2. КТ головного мозга.

Задача 72.

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ спинного и головного мозга, вибрационная чувствительность.

Задача 73.

1. Рассеянный склероз.
2. Необходимо провести МРТ головного и спинного мозга, исследование глазного дна, полей зрения, исследование вибрационной чувствительности.

Задача 74.

1. Нейрофисилис. Спинная сухотка.
2. Люмбальная пункция, реакция Вассермана в сыворотке крови и ликворе.

Задача 75.

1. Рассеянный склероз.
2. Лечение консервативное: гормонотерапия, ГБО, плазмаферез.

Задача 76.

1. Рассеянный склероз.
2. Необходима нейровизуализация головного мозга (МРТ).

Задача 77.

1. Опухоль лобной доли слева с развитием джексоновских припадков.
2. Проведение КТ с контрастированием для уточнения диагноза. Консультация нейрохирурга с последующим лечением.

Задача 78.

1. Аденома гипофиза.
2. Рентгенологический снимок турецкого седла.

Задача 79.

1. Джексоновские припадки.
2. Опухоль головного мозга справа.

Задача 80.

1. Опухоль мостомозжечкового угла слева (невринома или шванома слуховой порции вестибулокохлеарного нерва).
2. МРТ головного мозга, консультация нейрохирурга.

Задача 81.

1. Опухоль мозжечка в правом полушарии.

Задача 82.

1. Для патологии экстрапирамидных отделов (подкорковых образований) центральной нервной системы.
2. Противоревматические препараты.

Задача 83.

1. Болезнь Паркинсона.
2. Препараты леводопы (синдопа, мерапекс, юмекс, амантадин и др.).

Задача 84.

1. МРТ головного мозга с контрастированием.
2. Опухоль правого полушария мозжечка.

Задача 85.

1. Герпетический ганглионеврит Th₅–Th₇ слева.
2. Ацикловир 400 мг 4 раза в сутки 7 дней, анальгетики, ультрафиолетовое облучение, мази.

Задача 86.

1. Менингококковый менингит.
2. Мазок из носоглотки, осмотр оториноларинголога, люмбальная пункция, микроскопия ликвора.
3. Лечение: антибиотикотерапия, противоотечная терапия, симптоматическая терапия.

Задача 87.

1. Серозный (герпетический) менингит.

Задача 88.

1. Посттравматический верхний плечевой плексит Эрба–Дюшенна.
2. Лечение: нейротропные препараты, сосудорегулирующие препараты, витамины группы В, антиоксиданты.

Задача 89.

1. Дискогенная радикулопатия S₁ справа, обусловленная грыжей диска L₅–S₁, выраженный болевой синдром поясничного отдела.

2. Спондилография в 2-х проекциях, КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Задача 90.

1. Дисметаболическая сенсомоторная полиневропатия.
2. Электронейромиографию.

Задача 91.

1. Травматическая невропатия срединного нерва слева.
2. Лечение: нейромидин, сермион, массаж, лечебная физкультура кисти, витамины группы В.
3. Консультация нейрохирурга.

Задача 92.

1. Боковой амиотрофический склероз шейно-грудная форма.
2. МРТ спинного мозга, электронейромиография.

Задача 93.

1. Субдуральная гематома слева.
2. КТ головного мозга.

Задача 94.

1. Аденома гипофиза.
2. Консультация нейрохирурга.

Задача 95.

1. Ювенильная миопатия Эрба–Рота.

Задача 96.

1. Опухоль лобной доли справа.
2. МРТ головного мозга, глазное дно.

Задача 97.

1. При паренхиматозном кровоизлиянии с правосторонним выраженным гемипарезом и тотальной афазией при АГ 3 степени, риск 4, кома.
2. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении. Проведение мероприятий, направленных на поддержание функций жизненноважных органов, нейропротекция, лечение отека головного мозга.

Задача 98.

1. Кровоизлияние в правом полушарии головного мозга с прорывом крови в желудочки при АГ 3 степени, риск 4, кома.

Задача 99.

1. Тромбоэмболический инфаркт головного мозга в бассейн правой средней мозговой артерии с умеренно выраженным левосторонним гемипарезом на фоне постоянной формы мерцательной аритмии.

Задача 100.

1. Токсоплазмоз головного мозга.

Задача 101.

1. Экстрамедуллярная опухоль на уровне Th₁₀–Th₁₁ позвонков с компрессией спинного мозга.
2. Консультация нейрохирурга.

Задача 102.

1. Субарахноидальное кровоизлияние неуточненного генеза.
2. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении после МРТ-ангиографии.

Задача 103.

1. Рассеянный склероз вторично-ремитирующее течение, обострение (экзацербация).

Задача 104.

1. Рассеянный склероз, вторично-ремитирующее течение, обострение (экзацербация).

Задача 105.

1. Аденома гипофиза.
2. Консультация нейрохирурга.

Задача 106.

1. Менингиома в области прецентральной извилины справа.
2. Нейрохирург.

Задача 107.

1. Дифференциальный диагноз с приобретенной полиневропатией.
2. Наследственная медленно прогрессирующая невральная перонийная мышечная атрофия Шарко–Мари–Тута.

Задача 108.

1. Опухоль головного мозга, вероятно глиома, в левом полушарии большого мозга.
2. МРТ головного мозга с контрастированием, с последующей консультацией нейрохирурга.

Задача 109.

1. Дискогенная радикулопатия S₁ корешка справа, грыжа межпозвонкового диска с выраженным болевым синдромом.
2. Анальгетики, сосудорегулирующие препараты, миорелаксанты, фонофорез с гидрокортизоном, магнито-лазер.

Задача 110.

1. Дискогенная радикулопатия S₁ грыжи диска L₅–S₁ с умеренно выраженным болевым синдром слева.
2. Купирование болевого синдрома, физиопроцедуры по показаниям, рефлексотерапия, сосудорегулирующие препараты, миорелаксанты.

Задача 111.

1. Хроническая ишемия мозга (дисциркуляторная энцефалопатия, II степени, субкомпенсированная). Синдром Паркинсонизма при атеросклерозе головного мозга.
2. Противопаркинсонические препараты группы Л–Допа, кортексин, сермион, полокард.

Задача 112.

1. Вирусное поражение лицевого нерва в канале височной кости, заболевания среднего и внутреннего уха, паротит.
2. Невропатия лицевого нерва.

Задача 113.

1. Боковой амиотрофический склероз. Бульбарная форма.
2. Дифференциальный диагноз проводится между заболеванием и синдромом бокового амиотрофического склероза, вследствие цервикальной сосудистой миелопатией, интоксикационная, инфекционная, пострadiационная миелопатия.

Задача 114.

1. Плечелопаточно-лицевая форма прогрессирующей мышечной дистрофии (миелопатии Ландузи–Дежерина).
2. Повторные курсы препаратов, улучшающих трофику мышц: фосфогден, метионин, лейцин, пикамилон, милдронат.

Задача 115.

1. Дисметаболическая (алкогольная) полиневропатия, моторносенсорная форма.
2. Прекращение приема алкоголя, дезинтоксикационная терапия, тиамин внутримышечно, в возрастающей дозе (от 2 до 10 мл и снижение от 10 до 2), метаболическая и сосудистая терапия.

Задача 116.

1. Миастения, генерализованная форма.
2. Рентгенография средостения, электронейромиография.
3. Выявление тимомы потребует хирургического лечения.

Задача 117.

1. Менингококковый (эпидемический) менингит.
2. Санация ликвора (цитоз менее 100 клеток, нейтрофилы отсутствуют).

Задача 118.

1. КТ или МРТ с введением контрастного вещества.
2. Вероятно опухоль головного мозга в теменно-височной области левого полушария.

Задача 119.

1. Глазодвигательный нерв.
2. Рентгенография легких, микроскопическое исследование ликвора для исключения туберкулеза.

Задача 120.

1. Сирингомиелия.
2. Сегментарные нарушения чувствительности обусловлены поражением задних рогов спинного мозга.

Задача 121.

1. Очаг локализуется в правой лобной доле.
2. Опухоль правой лобной доли, возможно метастатического генеза.

Задача 122.

1. Поясничное утолщение L₁–S₂.
2. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Задача 123.

1. С₂–С₃ сегменты шейного отдела спинного мозга.
2. С₃ позвонок.
3. КТ шейного отдела позвоночника.

Задача 124.

1. Легкая черепно-мозговая травма, посттравматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. Показана госпитализация в нейрохирургическое, в районе — в травматологическое или хирургическое отделение.

Задача 125.

1. Субдуральная гематома.
2. КТ (МРТ) головного мозга.
3. Хирургическое удаление гематомы.

Задача 126.

1. Травматическая невропатия лучевого нерва справа.
2. Нейромидиаторы, витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂), электростимуляция, ЛФК, массаж.

Задача 127.

1. Боковой амиотрофический склероз.
2. Нейромиография.

Задача 128.

1. МРТ головного мозга, консультация офтальмолога.
2. Рассеянный склероз.
3. Плазмаферез, баротерапия, гормонотерапия.

Задача 129.

1. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена–Барре.
2. Люмбальная пункция, в последующем ЭНМГ.
3. Полиневритический тип расстройства чувствительности.
4. Плазмаферез, нейромидин, иммуноглобулин человеческий.

Задача 130.

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ головного мозга, поля зрения, глазное дно, вибрационная чувствительность.
3. Плазмаферез, ГБО, гормонотерапия.

Задача 131.

1. Алкогольная невропатия.
2. Полиневритический тип расстройства чувствительности.
3. Витамины В₁, нейромидин, массаж, ЛФК, ГБО.

ISBN 978-985-506-577-8



Учебное издание

Латышева Валентина Яковлевна
Курман Валентина Ильинична

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
ПО НЕВРОЛОГИИ
И НЕЙРОХИРУРГИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4–6 курсов всех факультетов
медицинских вузов**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович*

Подписано в печать 19.08.2013.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 3,26. Уч.-изд. л. 3,56. Тираж 100 экз. Заказ № 240.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.