

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

Кафедра неврологии и нейрохирургии
с курсом медицинской реабилитации

В. Я. ЛАТЫШЕВА, В. И. КУРМАН, Н. Н. УСОВА

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
ПО НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

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

Гомель
ГомГМУ
2017

УДК 616.8+616.8-089(072)(076)

ББК 56.12+56.13я73

Л 27

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник
лаборатории клинических исследований

Республиканского научно-практического центра
радиационной медицины и экологии человека

А. Н. Цуканов;

кандидат медицинских наук, врач-нейрохирург
Гомельской областной клинической больницы

Е. Л. Цитко

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, Н. Н. Усова. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 56 с.

ISBN 978-985-506-896-0

Учебно-методическое пособие содержит ситуационные задачи, составленные в соответствии с типовой учебной программой по неврологии и нейрохирургии для высших медицинских учебных заведений, утвержденной Министерством образования Республики Беларусь от 31.08.2016, регистрационный № ТД 2576/тип. Решение этих 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 научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 29 декабря 2016 г., протокол № 6.

УДК 616.8+616.8-089(072)(076)

ББК 56.12+56.13я73

ISBN 978-985-506-896-0

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Тема 1. Инфекционные заболевания нервной системы.....	5
Тема 2. Демиелинизирующие и нейродегенеративные заболевания центральной нервной системы.....	8
Тема 3. Наследственные и нервно-мышечные заболевания	14
Тема 4. Опухоли, абсцессы головного мозга.....	16
Тема 5. Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения.....	22
Тема 6. Заболевания периферической нервной системы	27
Тема 7. Эпилепсия	34
Тема 8. Черепно-мозговая травма.....	34
Заключение.....	42
Ответы к задачам.....	43

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 четвертый вопрос билета, ответы на них расцениваются как самостоятельная работа студента, что позволяет экзаменатору определить практические знания по неврологии и нейрохирургии.

ТЕМА 1

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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. 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 3. 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 4. 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 5. 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 1мкл, незначительное увеличение белка.

Вопросы:

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

Задача 6. 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 1мкл, 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 7. 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 8. 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 рефлекс 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 ($9,2 \times 10^9$), 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 9. Пациент, 42 лет, предъявляет жалобы на онемение ног, ползание мурашек, слабость в нижних конечностях, пошатывание при ходьбе. Болен в течение 6 месяцев. В неврологическом статусе: зрачки сужены до размера булавочных головок, анизокория, синдром Аргайля — Робертсона. Отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы. 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 10. 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 двух 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 11. 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 12. 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, поя-

вились 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 13. 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?

ТЕМА 2 ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Задача 1. 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 церуллоплазмина (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 2. Пациент К., 21 год, 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 3. 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 4. 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 5. У пациентки К., 20 лет, при МРТ-исследовании выявлены мелкие очаги разной плотности в Т₁–Т₂ режимах, расположенные паравентрикулярно, а также в мозжечке и верхне-шейном отделе спинного мозга.

Вопросы:

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

Задача 6. Пациент Л., 17 лет, поступил в офтальмологическое отделение с клиникой ретробульбарного неврита. При осмотре выявлено концен-

трическое 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 7. 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 рефлекссы не изменены, патологические рефлекссы не вызываются.

Вопросы:

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

Задача 8. 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 рефлекссы, неточность при выполнении координаторных проб с интенционным тремором с двух сторон.

Вопросы:

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

Задача 9. Мужчина, 58 лет, пожаловался на замедленную походку и дрожание в руках. Речь была невнятной и затухающей. Отмечались амирия 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 10. Пациент, 50 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость в руках, длительно незаживающие безболевые ожоги. При осмотре отмечены вялый парапарез верхних конечностей, нарушение поверхностной

чувствительности на уровне C₄–Th₈ по типу куртки. Артропатия в области левого локтевого сустава.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите?
2. Методы обследования.

Задача 11. У молодой женщины, 21 год, во время беременности появилось пошатывание при ходьбе. Когда ребенку было 9 месяцев, у матери остро возникла слабость в ногах, трудности при мочеиспускании. При осмотре: диплопия, нижний спастический парепарез. Задержка мочеиспускания.

Вопросы:

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

Задача 12. У пациентки в 18 лет в течение месяца было системное головокружение, пошатывание при ходьбе. Через 2 года стала нарастать слабость в ногах, появились императивные позывы на мочеиспускание. При осмотре: легкий спастический нижний парепарез, горизонтальный нистагм, интенционный тремор при выполнении пальценосовой пробы.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пациентки?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Задача 13. Пациентка, 30 лет, жалуется на слабость в ногах, пошатывание при ходьбе. В последние 2 месяца появились неустойчивость при ходьбе. В неврологическом статусе: горизонтальный среднеразмашистый нистагм. Нижний спастический парепарез. Координаторные пробы выполняет с интенционным тремором. Походка спастико-атактическая. Императивные позывы к мочеиспусканию.

Вопросы:

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

Задача 14. 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 рефлексы, 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 15. Ученик 3-го класса перенес атаку ревматизма. Через полгода появились быстрые произвольные движения рук. Во время занятий гримасничает, 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 16. 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 17. 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 18. 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 мимоподпадание в координаторных пробах с обеих сторон. На МРТ головного мозга — множественные полиморфные очаги в белом веществе обоих полушарий и перивентрикулярно, у задних рогов боковых желудочков и мозжечке.

Вопросы:

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

Задача 19. 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 размахистый 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 20. 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 21. Пациентка, 48 лет, обратилась с жалобами на безболевыми 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 22. 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 23. 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 24. Пациентка М., 24 года, 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?

ТЕМА 3 НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Задача 1. 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, псевдогипертрофия 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 2. 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 наморщивает («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 3. 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 4. Пациентка 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 5. 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 6. Пациентка, 27 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 7. 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 голени. 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 8. 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 отмечаются 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?

ТЕМА 4 ОПУХОЛИ, АБСЦЕССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Задача 1. Пациентка, 35 лет, жалуется на боль в глазных яблоках и лобной области, ожирение. В течение последних 3 месяцев 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 2. 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 3. 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 4. 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, $D > S$. Слева отмечается снижение поверхностной чувствительности с уровня Th₁₁ дерматома.

Вопросы:

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

Задача 5. 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 парапарез рук, спастический парапарез 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 6. 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 7. 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 8. 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 рефлексы живые, S > Д. Симптом Бабинского слева.

Вопросы:

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

Задача 9. 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 10. Пациент, 50 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные утренние головные боли с тошнотой и рвотой, пошатывание при ходьбе. Болен около 6 месяцев, 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 11. Пациентка, 53 года, жалуется на головную боль в течение полутора лет, шаткость при ходьбе. Объективно: горизонтальный нистагм, атаксия при ходьбе. В позе Ромберга падает вправо. При выполнении пальценосовой и указательной пробы справа интенционное дрожание и мимопадание. 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 12. Пациентка, 32 года, 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 13. 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 14. Пациентка, 45 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в области поясницы, затруднение при ходьбе, пошатывание, усиливаю-

щееся в темноте, чувство онемения и скованности в ногах. Больна около 2 лет. Онемение сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня нижне-грудного 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 15. 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 16. 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 17. 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 геми-

гипестезия. На глазном дне слева симптомы атрофии зрительного нерва, справа — проявления застоя (синдром Фостера — Кеннеди).

Вопросы:

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

Задача 18. Пациентка, 39 лет, считает себя больной в течение последних 2 месяцев, когда появилась головная боль, усиливающаяся в ночное и утреннее время. Стала плохо 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 ступшеваны, 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 19. 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 рефлекс орального автоматизма. Хватательный рефлекс Янишевского слева. Пациентка безразлична, критика снижена.

Вопросы:

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

Задача 20. 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 рефлекс 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?

ТЕМА 5

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Задача 1. В приемный покой доставлен пациент 52 лет с жалобами на слабость в правой руке и ноге, возникшие сегодня, 2 часа 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 2. 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 часов и нормализации общего состояния.

Вопросы:

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

Задача 3. 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 рефлексы, 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 4. 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 5. У пациента Л., 20 лет, после черепно-мозговой травмы и потери сознания на 15 минут, 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 6. У пациента, 62 года, 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 7. 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 сосудистом бассейне нарушено кровоснабжение головного мозга?
2. Как называется такой синдром?
3. Какой метод исследования подтверждает данный диагноз?

Задача 8. 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 9. 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 10. 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 11. 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. Зрачки равномерные. Отмечает легкое двоение при взгляде вправо. Не доводит правое глазное яблоко вправо. Парезов нет. Глубокие рефлексy чуть живее слева. Симптом Бабинского с двух 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 12. 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. Пульс 106 уд/мин, ритмичный. АД 240/120 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц, симптом Кер-

нига с двух 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 13. В стационар доставлена пациентка, 67 лет, в состоянии средней тяжести. Известно, что она в течение 20 лет страдает артериальной гипертензией. 2 часа назад появилась слабость в правой руке, затем нарушилась речь. Объективно: пациентка повышенного питания, лицо гиперемировано. АД 160/90 мм рт. ст. Пульс 98 уд/мин, ритмичный. В неврологическом статусе: в сознании. 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 14. 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 15. 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 наружу. 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 16. 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, умеренно выраженный, 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 17. Пациентка, 64 года, поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. 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 18. Пациент С., 58 лет, работает главным инженером крупного металлургического завода, выпускающего продукцию за рубеж. Длительно страдает артериальной гипертензией, артериальное давление не коррегировал. В последние 3–4 месяца стал отмечать снижение памяти, внимания, относящиеся к производственной деятельности, мышления на фоне появляющейся временами 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 19. 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 ахей-

рокинез, 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. Предполагаемый диагноз?
2. Каковы основные направления терапии данного заболевания?

ТЕМА 6

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Задача 1. 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 2. 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 расстройств.
3. Тактика лечения.

Задача 3. 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. Диагноз?
2. Какой тип нарушения чувствительности развился у пациента?

Задача 4. 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 5. 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 6. 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 7. Пациентка, 52 года, жалуется на онемение кистей и стоп. Объективно: боли в мышцах голеней, 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 8. 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 осталь-

ным. 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 9. 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 10. 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 11. 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.

Задача 12. 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 рефлекс, 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 13. У мужчины, 52 года, 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. Тактика ведения пациента.

Задача 14. Пациентка, 37 лет, после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области, иррадиирующую в левую ногу по задненаружной поверхности бедра и голени. Объективно: сглаженность поясничного 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 15. 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 16. Пациент, 41 год, 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 снижен, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне иннервации корешков L_5-S_1 на правой ноге. На МРТ определяется грыжа диска L_5-S_1 9,5 мм.

Вопрос:

1. Поставьте диагноз и определите тактику ведения пациента.

Задача 17. 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 на глубину 5 мм.

Вопросы:

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

Задача 18. 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?

Задача 19. 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 20. У девушки, 20 лет, после переохлаждения появилась боль в заушной области слева. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо за-

крывается, 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?
3. Тактика ведения и лечение пациентки.

Задача 21. 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 22. 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 23. 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 передневерхней поверхности правого бедра. Снижение правого коленного рефлекса.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача 24. У пациентки, 43 года, возникли стреляющие боли в левой межреберной области ниже уровня лопатки. 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. Основные принципы терапии.

Задача 25. Пациентка, 30 лет, заболела остро, когда после переохлаждения на фоне болей 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 26. 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 27. 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 28. Пациент, 25 лет, проходил лечение по поводу вывиха правого плеча. После снятия иммобилизации отмечает ограничение движения в области правого плечевого сустава, слабость в проксимальных отделах правой руки, нарушение чувствительности. Объективно: движения правого плечевого сустава резко ограничены, не может согнуть правое предплечье в локтевом суставе. Отмечается атония и атрофия дельтовидной 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?

ТЕМА 7 ЭПИЛЕПСИЯ

Задача 1. У пациента 30 лет после употребления больших доз алкоголя развилась внезапная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами. Во время приступа пациент прикусил язык, обмочился. В неврологическом статусе без очаговой неврологической симптоматики.

Вопросы:

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

Задача 2. 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 3. 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?
2. Какие обследования необходимо выполнить?

ТЕМА 8 ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА

Задача 1. 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 уд/мин. 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 2. Пациент, 23 года, 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 паразетез. 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. Установите достоверный диагноз пациента. Какой специалист его должен установить?
2. Какое лечение необходимо провести?

Задача 3. 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 4. Пациент, 38 лет, неделю назад после приема алкоголя на улице был избит. Была кратковременная потеря сознания (до 20 минут). 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 рефлексы 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 5. 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 6. Приятель, бросив во время игры стеклянную полупустую бутылку, попал ею в правую височную область головы своего 16-летнего друга, который в течение 30 секунд казался оглушенным, но затем полностью был контактен, через сутки он внезапно впал в сопор. Его конечности справа, стали слабыми. Доставленный через 25 минут 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 7. Мужчина 56-ти лет, получил удар по темени. Потерял сознание на 35 минут, 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 уд/мин.

Вопросы:

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

Задача 8. 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, D > 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 9. Пациент, 54 года, грузчик, три дня назад упал с машины. Терял сознание на 15 минут, 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 10. 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 11. 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, периоды психомоторного возбуждения. Выявляется ригидность мышц затылка, симптом Кернига с двух сторон.

Вопросы:

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

Задача 12. 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 13. 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 двух сторон. Пульс 50 уд/мин.

Вопросы:

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

Задача 14. 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 C_3 , задержка мочи и кала, нарушение дыхания.

Вопросы:

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

Задача 15. Пациент С., 28 лет, получил удар по голове твердым предметом, потерял сознание на 10 минут, 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 16. Пациент Ш., 21 года, получил черепно-мозговую травму с потерей сознания до 15 минут, 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?

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

Спинномозговая жидкость или ликвор образуется в сосудистых сплетениях желудочков головного мозга.

У взрослого человека в субарахноидальном пространстве циркулирует около 110–160 мл ликвора. В сутки у здорового человека образуется 600–700 мл ликвора. Для получения ликвора на анализ выполняют люмбальную пункцию. Прокол делают между L₃–L₄ поясничными позвонками.

Анализ ликвора проводят при подозрении на заболевания головного и спинного мозга: воспалительные заболевания, черепно-мозговая травма, опухоль головного мозга, острые нарушения мозгового кровообращения (инфаркт головного мозга, кровоизлияние в мозг или субарахноидальное кровоизлияние).

Нормальные показатели анализа ликвора:

- общий белок в анализе ликвора составляет 0,15–0,45 г/л;
- норма глюкозы в ликворе составляет половину ее содержания в сыворотке крови, в среднем 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.

Нормальный ликвор бесцветный 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 наблюдается при субарахноидальном или субарахноидально-паренхиматозном кровоизлиянии, геморрагическом энцефалите, черепно-мозговой травме.

Повышение количества лейкоцитов в ликворе может возникать при воспалительных заболеваниях мозговых оболочек — менингиты различной этиологии (бактериальный, туберкулезный, вирусный менингит), абсцессы, цистицеркоз, эмпиема.

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 указывают на воспаление мозговых оболочек и вещества 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.

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 спинномозговой жидкости при комнатной температуре на протяжении суток. Если в ней появится легкий дымок «от дорогой сигары», «елочка» — это признак туберкулезного менингита. Появление дымка или паутины в ликворе объясняется выпадением в осадок нитей фибрина. При встряхивании пробирки паутина 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.

Повышение количества белка в ликворе называется гиперпротеинрагией. Белок может появиться при кровоизлияниях, опухолях мозга (чаще всего при распаде опухоли, источник белка ткань опухоли). При энцефалитах, менингитах, арахноидитах источником белка могут быть форменные элементы — лейкоциты, мигрировавшие в очаг воспаления. Значительное повышение цитоза 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 патогномичным при острой демиелинизирующей полирадикулоневропатии Гийена — Барре.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) — наиболее используемый метод нейровизуализации, физической основой является сканирование рентгеновским излучением. На КТ головного мозга достоверно диагностируются кровоизлияния в головной мозг, с помощью внутривенного контрастирования можно визуализировать сосудистое русло, опухоли головного мозга.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) мозга — метод получения изображений мозга при помощи явления ядерно-магнитного резонанса молекул веществ, возникающее в сильном магнитном поле. Во время проведения данного вида исследования пациент не получает лучевую нагрузку. При МРТ-исследовании проводятся различные режимы сканирования, позволяющие визуализировать ткани с различным содержанием воды и химиче-

ских веществ. Высокопольные МРТ-томографы позволяют увидеть проводящие пути головного и спинного мозга, функциональное состояние коры.

МРТ эффективна в диагностике нарушений мозгового кровообращения, опухолей, абсцессов, демиелинизирующих поражений нервной системы и другой патологии головного и спинного мозга.

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 амплитуда 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», «вздутий», «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.

Электроэнцефалография позволяет диагностировать эпилепсию и другие заболевания головного мозга.

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 обогатит клинический опыт студентов и позволит быть более уверенным при ответе.

Авторы желают успеха в экзаменационную сессию по неврологии и нейрохирургии.

ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ

Тема 1. Инфекционные заболевания нервной системы

Задача 1.

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

Задача 2.

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

Задача 3.

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

Задача 4.

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

Задача 5.

1. Энцефалит Экономо.
2. Синдром паркинсонизма.

Задача 6.

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

Задача 7.

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

Задача 8.

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

Задача 9.

1. Третичный нейросифилис, спинная сухотка.
2. Люмбальная пункция, реакция Вассермана в сыворотке крови и ликворе.

Задача 10.

1. Менингококковый менингит.
2. Мазок из носоглотки, осмотр оториноларинголога, люмбальная пункция, микроскопия ликвора.

3. Лечение: антибиотикотерапия, противоотечная терапия, симптоматическая терапия.

Задача 11.

1. Серозный (герпетический) менингит.

Задача 12.

1. Менингококковый (эпидемический) менингит.

2. Санация ликвора (цитоз менее 100 клеток, нейтрофилы отсутствуют).

Задача 13.

1. Токсоплазмоз.

Тема 2. Демиелинизирующие и нейродегенеративные заболевания центральной нервной системы

Задача 1.

1. Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона — Коновалова).

2. Изменение окраски радужной оболочки связано с отложением меди — кольцо Кайзера — Флейшера.

Задача 2.

1. МРТ головного мозга.

2. Рассеянный склероз.

3. Плазмаферез, пульс-терапия глюкокортикоидами, иммуноглобулины.

Задача 3.

1. Сирингомиелия C₄–Th₆ справа. Сегментарный тип расстройства чувствительности.

2. КТ, МРТ шейного отдела спинного мозга.

Задача 4.

1. Бульбарный паралич.

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

Задача 5.

1. Цереброспинальная форма рассеянного склероза.

2. Плазмаферез, ГБО, гормонотерапия и иммуноглобулины по показаниям, нейропротекторы.

Задача 6.

1. Рассеянный склероз.

2. МРТ головного мозга.

3. Госпитализация в неврологическое отделение, назначение гормональных препаратов, проведение плазмафереза, ГБО.

Задача 7.

1. Для болезни Паркинсона.

2. Базальные ядра (черная субстанция, бледный шар).

3. Противопаркинсонические препараты, нормализующие обмен дофамина (агонисты дофаминовых рецепторов, препараты леводопы и др.).

Задача 8.

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

Задача 9.

1. Болезнь Паркинсона.

Задача 10.

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

Задача 11.

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

Задача 12.

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

Задача 13.

1. Рассеянный склероз.
2. Пульс-терапия метилпреднизолоном, плазмаферез, иммуноглобулины.

Задача 14.

1. Рассеянный склероз.
2. МРТ головного мозга.

Задача 15.

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

Задача 16.

1. Болезнь Паркинсона.
2. Противопаркинсонические препараты (агонисты дофаминовых рецепторов, препараты леводопы и др.).

Задача 17.

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

Задача 18.

1. Рассеянный склероз вторично-ремитирующее течение, обострение (экзацербация).
2. Плазмаферез, пульс-терапия глюкокортикоидами, иммуноглобулины.

Задача 19.

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

Задача 20.

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 21.

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

Задача 22.

1. Боковой амиотрофический склероз.
2. Электронейромиография.

Задача 23.

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

Задача 24.

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

Тема 3. Наследственные и нервно-мышечные заболевания

Задача 1.

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

Задача 2.

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

Задача 3.

1. Миастения, глазная форма.
2. ЭНМГ, проба на мышечную утомляемость.
3. Нарушение нервно-мышечной проводимости.
4. Антихолинэстеразные препараты: калимин, нейромидин; плазмаферез, гормонотерапия, иммуноглобулины.

Задача 4.

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

Задача 5.

1. Ювенильная миопатия Эрба — Рота.

Задача 6.

1. Дифференциальный диагноз с приобретенной полиневропатией.
2. Наследственная сенсомоторная полиневропатия (Шарко–Мари–Тута).

Задача 7.

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

Задача 8.

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

Тема 4. Опухоли, абсцессы головного мозга

Задача 1.

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

Задача 2.

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

Задача 3.

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

Задача 4.

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

Задача 5.

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

Задача 6.

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

Задача 7.

1. Аденома гипофиза.
2. Рентгенологический снимок и МРТ области турецкого седла.

Задача 8.

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

Задача 9.

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

Задача 10.

1. Опухоль мозжечка в правом полушарии.

Задача 11.

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

Задача 12.

1. Аденома гипофиза.
2. Консультация нейрохирурга.

Задача 13.

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

Задача 14.

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

Задача 15.

1. Аденома гипофиза.
2. Консультация нейрохирурга.

Задача 16.

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

Задача 17.

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

Задача 18.

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

Задача 19.

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

Задача 20.

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

Тема 5. Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения

Задача 1.

1. Лакунарный инфаркт в левой средней мозговой артерии.
2. КТ (МРТ) головного мозга.

Задача 2.

1. ПНМК, транзиторная ишемическая атака в правом каротидном бассейне на фоне гипертензивного криза.
2. Работать авиадиспетчером он не может.

Задача 3.

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

Задача 4.

1. Субарахноидальное кровоизлияние.
2. Люмбальная пункция, КТ, каротидная панангиография, консультация нейрохирурга. Гемостатики, нимотоп, противоотечная терапия, осмотические диуретики, нейропротекторы.

Задача 5.

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

Задача 6.

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

Задача 7.

1. В вертебробазиллярной системе.
2. Альтернирующий синдром Валендберга — Захарченко.
3. МРТ головного мозга.

Задача 8.

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

Задача 9.

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

Задача 10.

1. Кровоизлияние в мозжечок.
2. Консультация нейрохирурга.

Задача 11.

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

Задача 12.

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

Задача 13.

1. Инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии.
2. Решение вопроса о тромболизисе, нейропротекторы, противоотечная терапия, симптоматическая терапия.

Задача 14.

1. При паренхиматозно-субарахноидальном 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 жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека головного мозга.

Задача 15.

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

Задача 16.

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

Задача 17.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние.
2. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении после каротидной панангиографии.

Задача 18.

1. Хроническая ишемия головного мозга (болезнь Бинсвангера).
2. Не может работать главным инженером.
3. Консультация психиатра.
4. Нейропротекция, сосудорегулирующие препараты, средства для лечения деменции.

Задача 19.

1. Хроническая ишемия мозга (дисциркуляторная энцефалопатия, II степени, субкомпенсированная). Синдром сосудистого паркинсонизма.
2. Нейропротекторы, противопаркинсонические препараты.

Тема 6. Заболевания периферической нервной системы

Задача 1.

1. Компрессионно-ишемическая невропатия правого лучевого нерва.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующие препараты, препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В, электро-стимуляция, ЛФК, массаж.

Задача 2.

1. Алкогольная полиневропатия, сенсомоторная форма.
2. Полиневритический тип нарушения чувствительности.
3. Витамины группы В₁, сосудорегулирующие препараты, средства, улучшающие нервно-мышечную проводимость, массаж, ЛФК, электрофорез с прозеринном.

Задача 3.

1. Диабетическая полиневропатия, сенсомоторная форма.
2. Полиневритический тип.

Задача 4.

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

Задача 5.

1. ЭНМГ.
2. Алкогольная полиневропатия.

Задача 6.

1. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена — Барре.
2. Плазмаферез, иммуноглобулин человеческий, пульс-терапия глюкокортикоидами, нейропротекторы.

Задача 7.

1. Дисметаболическая алкогольная сенсомоторная полиневропатия.
2. Электронейромиография.

Задача 8.

1. Травматическая невропатия срединного нерва слева.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующая терапия, средства, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В, массаж, лечебная физкультура кисти.
3. Консультация нейрохирурга.

Задача 9.

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

Задача 10.

1. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена — Барре.
2. Люмбальная пункция, в последующем ЭНМГ.
3. Плазмаферез, иммуноглобулин человеческий, пульс-терапия глюкокортикоидами, препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость.

Задача 11.

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

Задача 12.

1. Дискогенная радикулопатия S₁ слева.
2. КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела.
3. Нестероидные противовоспалительные препараты, сосудорегулирующие препараты, миорелаксанты, витамины, физиотерапия.

Задача 13.

1. Дискогенная радикулопатия L₅–S₁ слева.
2. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника, экстренная консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

Задача 14.

1. Радикулопатия слева S₁.
2. КТ пояснично-крестцового отдела сегментов L₃–S₁.

Задача 15.

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 16.

1. Дискогенная радикулопатия S₁ корешка справа на фоне грыжи межпозвонкового диска L₅–S₁ с выраженным болевым синдромом. Показано оперативное лечение

Задача 17.

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

Задача 18.

1. Периферическая невропатия левого лицевого нерва.
2. Антибактериальная, гормональная терапия, сосудорегулирующие и нейропротекторные препараты, иглорефлексотерапия с 4–5 дня, массаж только здоровой стороны лица или воротниковой зоны.

Задача 19.

1. Диабетическая мононевропатия правого глазодвигательного нерва.
2. Коррекция и контроль гликемии, сосудорегулирующая, нейропротекторная терапия, препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В.

Задача 20.

1. Невропатия лицевого нерва слева.
2. Электронейромиографию.
3. Антибиотики, гормонотерапия, противоотечная терапия, нейропротекторы, витамины группы В.

Задача 21.

1. Невралгия второй ветви тройничного нерва справа.

2. Противосудорожные препараты (карбамазепин, прегабалин), нестероидные противовоспалительные препараты, противоотечная терапия, физиотерапия.

Задача 22.

1. Компрессионно-ишемическая невропатия правого лучевого нерва.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующие и противоотечные препараты, препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В, физиотерапия.

Задача 23.

1. Радикулопатия L₄ справа.
2. Невропатия правого бедренного нерва.

Задача 24.

1. Герпетический ганглионеврит Th₅–Th₇ слева.
2. Противовирусная терапия (ацикловир 400 мг 5 раз в сутки 7 дней внутрь и местно мазь), анальгетики и противосудорожные препараты, ультрафиолетовое облучение на область высыпаний.

Задача 25.

1. Инфекционное поражение лицевого нерва в канале лицевого нерва височной кости при заболеваниях среднего и внутреннего уха.
2. Невропатия левого лицевого нерва.

Задача 26.

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

Задача 27.

1. Травматическая невропатия лучевого нерва справа.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующая и противоотечная терапия, препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В, электростимуляция, ЛФК, массаж.

Задача 28.

1. Посттравматическая верхняя плечевая плексопатия Эрба — Дюшенна.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующие и противоотечные препараты, витамины группы В, препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость, физиотерапия.

Тема 7. Эпилепсия

Задача 1.

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, консультация нарколога.

Задача 2.

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

Задача 3.

1. Эпилепсия.
2. Электроэнцефалография, МРТ головного мозга.

Тема 8. Черепно-мозговая травма

Задача 1.

1. «Светлый» промежуток.
2. Эпидуральная гематома.

Задача 2.

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

Задача 3.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние, вероятно аневризматического генеза.
2. Нейрохирург после выполнения каротидной панангиографии.

Задача 4.

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

Задача 5.

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

Задача 6.

1. Субдуральная гематома справа.
2. Нейровизуализация (КТ, МРТ головного мозга).

Задача 7.

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

Задача 8.

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

Задача 9.

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 10.

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

Задача 11.

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

Задача 12.

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

Задача 13.

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

Задача 14.

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

Задача 15.

1. Легкая черепно-мозговая травма, травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. Показана госпитализация в нейрохирургическое или хирургическое отделение.

Задача 16.

1. Субдуральная гематома.
2. КТ или МРТ головного мозга.
3. Оперативное удаление гематомы.

Учебное издание

Латышева Валентина Яковлевна
Курман Валентина Ильинична
Усова Наталья Николаевна

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

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

Редактор *Т. М. Кожемякина*
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович*

Подписано в печать 16.02.2017.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Гаймс».
Усл. печ. л. 3,26. Уч.-изд. л. 3,56. Тираж 90 экз. Заказ № 82.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.