

1. Резко снижена сила дистальных отделов ног. Установлена атрофия мышц голени. Ахилловы и подошвенные рефлексы не вызываются. При ходьбе стопы «шлепают». Больной не может стоять на пятках. Назвать расстройство. Определить локализацию поражения.
2. Пациент А., 35 лет. Жалобы на ограничение разгибания правой кисти, онемение тыла кисти. Расстройство обнаружено сразу после сна в вынужденном положении после алкогольного эксцесса. Известна склонность больного к систематической алкоголизации. Кисть правой руки "свисает", невозможно разгибание кисти. Пальцы кисти слегка согнуты в кулак. Невозможно разгибание пальцев, отведение 1 пальца. Гипестезия тыла кисти. Слабость разгибателей предплечья. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
3. Пациент А-н., рабочий. При подъеме тяжести внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Утратил сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Травму головы отрицает. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Температура 38°. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Общая гиперестезия. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Птоз справа. Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка отсутствует, левого живая. Правое глазное яблоко отведено наружу, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты -  $10 \cdot 10^9$ /л. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок - 1,2 г/л, цитоз - 240 в 1 мкл (эритроциты). МРТ - наружная гидроцефалия. Спустя две недели после попытки встать с постели у больного усилилась головная боль и увеличилась ригидность мышц затылка. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить предварительный клинический диагноз.
4. И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД — 155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный. Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосочков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы слева снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. В ликворе единичные эритроциты, белок — 0,66 г/л, цитоз — 5 клеток в 1 мкл (эритроциты). На краниограмме патологии не обнаружено. РКТ головного мозга: зона сниженного сигнала в правой лобной доле. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
5. Пациент Г., 10 лет, полгода назад утром, после сна, почувствовал сильную боль в затылке. Спустя 1 - 1,5 часа боль прекратилась, но потом периодически приступообразно стала повторяться. Последние два месяца появились несистемное головокружение и пошатывание при ходьбе. Постепенно приступы головной боли стали более продолжительными и интенсивными. Иногда они сопровождались рвотой, после которой самочувствие якобы несколько улучшалось. Из анамнеза установлено, что в возрасте 5 лет перенес корь, последние 2 года неоднократно болел ангиной. Объективно: сознание сохранено. Патологии внутренних органов не выявлено. Температура нормальная. Неврологическое состояние: острота зрения на оба глаза 0,7, поля зрения не ограничены. Застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм симметрично в обе стороны. Сила левых конечностей снижена. Тонус мышц правой руки и ноги несколько снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева живее, чем справа. Кожные брюшные рефлексы слева вызываются хуже. Патологический рефлекс Бабинского слева. Проба Ромберга выявляет пошатывание преимущественно в правую сторону. При ходьбе даже с открытыми глазами пошатывается. При пальценосовой и указательной пробах отмечается помахивание и нерезко выраженное интенционное дрожание справа. Адиадохокinez и гиперметрия справа. Правой ногой неуверенно выполняет пяточно-коленную пробу. Чувствительность сохранена. Анализ крови: СОЭ — 10 мм/ч, лейкоциты —  $7 \cdot 10^9$ /л. Спинномозговая жидкость ксантохромная, белок — 2,4 г/л, цитоз — 10 в 1 мкл. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. На краниограмме — остеопороз спинки турецкого седла. МРТ головного мозга определяется объемное образование в правом полушарии мозжечка. Определить топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

6. Обнаружено значительное снижение силы <sup>2</sup> правых руки и ноги, установлена атрофия дельтовидной и двуглавой мышц. Бицепитальный рефлекс справа не вызывается. Трицепитальный, карпорадиальный, коленный и ахиллов рефлекс справа высокие. Кожные брюшные рефлекс справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского и Оппенгейма справа. Назвать расстройства. Определить локализацию поражения.
7. Пациент Б., 35 лет. Жалуется на слабость и похудание рук и ног, Около 4 месяцев отмечает непостоянное затруднение глотания, "гнусавость" голоса. Болен "без причины" в течение 2 лет с постепенным нарастанием расстройств. В неврологическом состоянии. Фибрилляции языка. Дужковые рефлекс не вызываются. Речь с носовым оттенком. Поперхивание при глотании. Жидкая пища попадает в нос. Смешанный тетрапарез с гипотрофией мышц. Миофибрилляции надплечий и рук. Двусторонние патологические стопные знаки. МРТ шейного отдела спинного мозга без патологии. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
8. Пациент Ф., 68 лет. Вчера утром, после сна, почувствовала онемение и слабость правой ноги, а затем правой руки. В течение суток слабость их постепенно нарастала и сменилась параличом. Заболеванию предшествовали головная боль, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность. Объективно: границы сердца расширены в обе стороны, тоны его глухие. АД - 110/60 мм. рт. ст. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту. Определяется правосторонняя гемианопсия. Глазное дно: границы сосков зрительных нервов четкие, артерии сетчатки сужены, извиты, склерозированы. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, язык при высовывании уклоняется вправо. Активные движения правых конечностей отсутствуют, тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти, а также в разгибателе голени справа. Сухожильные и надкостничные рефлекс справа выше, чем слева, брюшные справа - отсутствуют. Вызываются патологические рефлекс Бабинского и Оппенгейма справа. Правосторонняя гемианестезия. Анализ крови: СОЭ -6 мм/ч, лейкоциты -  $7 \cdot 10^9$  /л, протромбиновый индекс - 1,16, АЧТВ = 20 секунд; общий холестерин - 7,8 ммоль/л. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, белок - 0,3 г/л, цитоз - 2 клетки в 1 мкл. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены расширение границ сердца и усиление тени грудной аорты. При краниографии патологии не выявлено. РКТ - гипоинтенсивный очаг в левой лобной доле. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. . Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.
9. Ц, 28 лет. В результате травмы три месяца назад у него возник вывих правого плеча в плечевом суставе с ограничением движений в плече. После вправления вывиха плеча движения руки не восстанавливаются. Активные движения правого плечевого сустава резко ограничены, не может согнуть правое предплечье в локтевом суставе, движения лучезапястного суставов сохранены. Атония и атрофия дельтовидной и двуглавой мышц справа. Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы не вызывается. Снижена чувствительность на наружной поверхности надплечья, плеча и предплечья справа. Определить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
10. Н., 32 лет. Заболевание началось пять лет назад с периодических диффузных головных болей, «возникающих приступообразно» в различное время суток. Спустя год присоединилась аменорея. Затем постепенно стали увеличиваться лицо, руки, ноги. Обувь пришлось носить на три номера больше, чем до заболевания. Последний год особенно интенсивная головная боль возникала после сна, утром, сопровождаясь тошнотой. Объективно: акромегалическое лицо - резко выражены надбровные дуги и скуловые кости, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Кисти и стопы большие, пальцы их толстые. Патологии внутренних органов не выявлено. Пульс 78 ударов в минуту. АД —120/70 мм рт. ст. Острота зрения на оба глаза 1,0. Четкая битемпоральная гемианопсия на белый и красный цвета. Зрачки круглой формы, одинаковой величины, реакция их на свет, конвергенцию и аккомодацию живая. Начальные застойные диски зрительных нервов. Черепные нервы без патологических изменений. Моторных, координаторных и чувствительных расстройств не выявлено. Общий анализ крови и мочи без особенностей. Сахар крови 6,2 ммоль/л, «диабетическая» сахарная кривая. Спинномозговая жидкость: белок — 0,33 г/л, цитоз — 2 клетки в 1 мкл (лимфоциты). На краниограмме отмечены некоторое утолщение лобной кости, увеличенное в размерах турецкое седло, с отклонением спинки. МРТ головного мозга: округлое объемное образование до 2 мм в диаметре в передней доле гипофиза. Описать клинические синдромы. Обосновать топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

11. У пациента при умеренном снижении силы правой руки установлена атония и атрофия ее мышц, фибриллярные подергивания в слабых мышцах. Биципитальный, триципитальный и карпорадиальный рефлекс справа отсутствуют. Определить название расстройства. Установить локализацию поражения.
12. Пациент В., 17 лет. Жалобы на онемение надплечий и левого плеча, длительно не рубцующийся ожог области правой лопатки, похудание рук. Снижена болевая и температурная чувствительность левой половины лица, надплечий с обеих сторон и левой руки. Суставно-мышечное чувство сохранено. Рубцы на коже левого плеча от якобы ожогов при прикосновении к батарее водяного отопления. Сила мышц сохранена. Сухожильные рефлекс ног равномерно повышены. Патологические стопные знаки. Деформация левых лучезапястного и локтевого суставов. МРТ шейного отдела спинного мозга: расширение центрального канала. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
13. Пациент К., 16 лет, родился в срок, развивался нормально. Заболел в трехлетнем возрасте, когда после введения противокоревой сыворотки возник эпилептический припадок. В последующем припадки повторялись 1 - 2 раза в месяц. Поступил в клинику для обследования. Патологии внутренних органов не выявлено. Признаков очагового поражения нервной системы нет. Глазное дно не изменено. В клинике наблюдался припадок, длившийся около трех минут. Во время припадка лицо стало багровым с цианотичным оттенком, изо рта выделялась кровянистая пена, зрачки широкие, на свет не реагировали, наблюдались тонические и клонические судороги конечностей. После припадка уснул. На следующий день отмечены следы прикуса бокового края языка. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты -  $6 \cdot 10^9$  /л. Спинномозговая жидкость: давление - 180 мм вод. ст., белок - 0,33 г/л, цитоз - 4 клетки в 1 мкл (лимфоциты). На ЭЭГ обнаружены единичные острые волны билатерально-синхронно в лобных отведениях в обоих полушариях. При краниографии патологии не обнаружено. МРТ - множественные мелкие дистрофические очаги в белом веществе полушарий головного мозга. Описать неврологические синдромы. Установить клинический диагноз.
14. Д., 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД - 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохраненным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения- яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинномозговая жидкость прозрачная бесцветная, белок - 1,2 г/л, цитоз - 6 в 1 мкл (лимфоциты). Температура 36,7°. Пороз спинки турецкого седла. МРТ головного мозга: в правой затылочной доле определяется зона повышенного сигнала на T2-ВИ, изоинтенсивная на T1-ВИ с перифокальным отёком. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
15. М., 45 лет, токарь, 2 года назад после подъема тяжести почувствовал боль в пояснице и правой подвздошной области. Боль усиливалась при движении туловища в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании. Лечился по поводу «остеохондроза» анальгетиками и электрическими процедурами. Боль уменьшалась лишь временно, на 1—2 недели. Затем появилось онемение в правой подвздошной области. Боль не исчезла. Месяца три назад отмечена слабость разгибателей правой стопы. При ходьбе стопа стала подворачиваться внутрь и цепляться за землю. Патологии внутренних органов не выявлено. Перкуссия остистого отростка IX грудного позвонка болезненна. Определяется напряжение длинных мышц спины справа. Снижена сила разгибателей и сгибателей правой стопы, стопа «свисает». Повышен тонус разгибателя правой голени. Коленный и ахиллов рефлекс справа выше, чем слева. Правый нижний брюшной рефлекс отсутствует. Патологический рефлекс Бабинского справа. Отсутствует чувствительность в правой подвздошной области. От паховой складки книзу отсутствие тактильной и суставно-мышечной чувствительности справа, болевой и температурной - слева. Анализ крови и мочи без патологии. Блок ликворного пространства при ликвородинамических пробах. Ликвор опалесцирующий, белок - 3,25 г/л, цитоз - 12 в 1 мкл (лимфоциты). На рентгенограммах нижнего грудного отдела позвоночника определяется атрофия корней дуг VII—IX позвонков, расстояние между дужками увеличено. МРТ спинного мозга определяется образование гиперинтенсивное на T2-ВИ и изоинтенсивное на T1-ВИ на уровне VII-IX грудных позвонков. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. .

16. Нет активных движения ног. Высокий тонус разгибателей в ногах. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Обнаружены патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Нет чувствительности от паховых складок на боль, тепло, движения в суставах. Задержка мочи и стула. Описать неврологические расстройства и установить локализацию поражения.
17. Г., 44 лет. 2 месяца тому назад получил ножевой удар в спину, после чего возникло расстройство движений в ногах, нарушение мочеиспускания. От операции по поводу травмы сразу отказался. Расстройство постепенно регрессировало. Ровный кожный рубец длиной 4 см кнутри от правого угла лопатки. Выраженная слабость правой ноги. Патологические стопные рефлексы справа. Болевая анестезия с уровня реберной дуги слева. Тазовой дисфункции нет. МРТ грудного отдела спинного мозга: очаговые кистозные изменения на уровне позвонка Th7. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
18. Пациент И., 52 лет. Три года назад внезапно на улице закружилась голова, появилась общая слабость и наступила кратковременная потеря сознания. Придя в сознание, обнаружил онемение и неловкость движений левой руки, которые исчезли спустя несколько часов. Через полгода вновь возникли головокружение, шум в ушах, общая слабость и кратковременная потеря сознания. В течение суток испытывал затруднение приема жидкой пищи. Год назад появилась и стала постепенно нарастать слабость рук и ног. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Функции черепных нервов не нарушены. Сила рук и ног снижена. Отмечается снижение тонуса мышц рук и повышение тонуса разгибателей голени. Атрофия мышц верхних конечностей, особенно дистальных их отделов. Сухожильные и надкостничные рефлексы рук не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы повышены, определяется клонус стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Чувствительность сохранена. Спинальная жидкость: белок — 0,36 г/л, цитоз — 7. Проницаемость субарахноидального пространства не нарушена. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника определяется умеренный остеохондроз, спондилёз. УЗДГ сосудов шеи: косвенные признаки шейного остеохондроза с компрессией позвоночных артерий с двух сторон. МРТ — множественные мелкие дистрофические очаговые изменения в белом веществе полушарий головного мозга. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить клинический диагноз.
19. Пациент Г., 10 лет, полгода назад утром, после сна, почувствовал сильную боль в затылке. Спустя 1 - 1,5 часа боль прекратилась, но потом периодически приступообразно стала повторяться. Последние два месяца появились несистемное головокружение и пошатывание при ходьбе. Постепенно приступы головной боли стали более продолжительными и интенсивными. Иногда они сопровождались рвотой, после которой самочувствие якобы несколько улучшалось. Из анамнеза установлено, что в возрасте 5 лет перенес корь, последние 2 года неоднократно болел ангиной. Объективно: сознание сохранено. Патологии внутренних органов не выявлено. Температура нормальная. Неврологическое состояние: острота зрения на оба глаза 0,7, поля зрения не ограничены. Застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм симметрично в обе стороны. Сила левых конечностей снижена. Тонус мышц правой руки и ноги несколько снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева живее, чем справа. Кожные брюшные рефлексы слева вызываются хуже. Патологический рефлекс Бабинского слева. Проба Ромберга выявляет пошатывание преимущественно в правую сторону. При ходьбе даже с открытыми глазами пошатывается. При пальценосовой и указательной пробах отмечается помахивание и нерезко выраженное интенционное дрожание справа. Адиадохокинез и гиперметрия справа. Правой ногой неуверенно выполняет пяточно-коленную пробу. Чувствительность сохранена. Анализ крови: СОЭ — 10 мм/ч, лейкоциты —  $7 \cdot 10^9$ /л. Спинальная жидкость ксантохромная, белок — 2,4 г/л, цитоз — 10 в 1 мкл. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. На краниограмме — остеопороз спинки турецкого седла. МРТ головного мозга определяется объёмное образование в правом полушарии мозжечка. Определить топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
20. Пациент Д., 28 лет. Неделю назад появились общая слабость, головная боль, боли в пояснице и ногах. Температура 38°. Спустя три дня развился паралич ног, возникло «онемение» ног, задержка мочеиспускания и дефекации. В области крестца и стоп отмечаются пролежни. Движения ног отсутствуют совсем. Повышен тонус мышц ног, преимущественно разгибателей. Коленные рефлексы высокие. Клонус надколенников и стоп. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ниже пупка отсутствует чувствительность — поверхностная и глубокая. Кровь: СОЭ - 37 мм/ч, лейкоциты —  $18 \cdot 10^9$ /л. Моча: белок 0,33 г/л, лейкоциты в поле зрения. Ликвор прозрачный, ксантохромный; 330 мм в д. ст., белок — 0,86 г/л, цитоз — 320 в 1 мкл, нейтрофилы, эритроциты. На рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника патологии не выявлено. РКТ грудного отдела позвоночника: зона снижения плотности в эпидуральном пространстве на уровне нижнегрудного отдела позвоночника. Установить локализацию патологического процесса. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. .

21. Значительное снижение силы и атрофия мышц левой кисти. Карпорадиальный рефлекс отсутствует. Нет чувствительности на внутренней поверхности левого плеча и предплечья. Назовите синдромы и топический диагноз.
22. Пациент Г., 63 лет. Жалобы на кратковременные приступы острой интенсивной боли в правой половине лица, преимущественно в щеке. Болен около 4 лет, обращался к стоматологу и лишился половины зубов. Учащение приступов связывает с переохлаждением, эмоциональным напряжением, а особенно с прикосновением к лицу. Принимал финлепсин по совету приятеля и отметил некоторое уменьшение интенсивности приступов. Двигательных, координаторных расстройств не установлено. Расстройств чувствительности нет, кроме болезненной кожной области кнаружи от правого угла рта, прикосновение к которой вызывает типичный для больного болевой приступ. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
23. Ж., 32 лет, четыре года назад появилось онемение пальцев левой руки. Постепенно стала худеть левая, а затем и правая кисть. Снизилась сила рук. Левая глазная щель сузилась. Левое надплечье опустилось. Грудной отдел позвоночника искривился. Объективно: сколиоз грудного отдела позвоночника. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Определяются синдром Горнера слева, снижение силы рук, главным образом кистей. Отмечаются атония и атрофия мышц дистальных отделов верхних конечностей. Сухожильные и надкостничные рефлексы рук не вызываются. Брюшные рефлексы слева снижены, коленный и ахиллов повышены. Патологический рефлекс Бабинского слева. Отсутствует болевая и температурная чувствительность на левой руке. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, белок—0,3‰, цитоз—2. Пройодимость субарахноидального пространства не нарушена. На рентгенограммах позвоночника — сколиоз верхнегрудного отдела. МРТ — расширение центрального канала спинного мозга на уровне С3- С7 позвонков. Определить и обосновать топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.
24. Н., 32 лет. Заболевание началось пять лет назад с периодических диффузных головных болей, «возникающих приступообразно» в различное время суток. Спустя год присоединилась аменорея. Затем постепенно стали увеличиваться лицо, руки, ноги. Обувь пришлось носить на три номера больше, чем до заболевания. Последний год особенно интенсивная головная боль возникала после сна, утром, сопровождаясь тошнотой. Объективно: акромегалическое лицо - резко выражены надбровные дуги и скуловые кости, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Кисти и стопы большие, пальцы их толстые. Патологии внутренних органов не выявлено. Пульс 78 ударов в минуту. АД —120/70 мм рт. ст. Острота зрения на оба глаза 1,0. Четкая битемпоральная гемиянопсия на белый и красный цвета. Зрачки круглой формы, одинаковой величины, реакция их на свет, конвергенцию и аккомодацию живая. Начальные застойные диски зрительных нервов. Черепные нервы без патологических изменений. Моторных, координаторных и чувствительных расстройств не выявлено. Общий анализ крови и мочи без особенностей. Сахар крови 6,2 ммоль/л, «диабетическая» сахарная кривая. Спинномозговая жидкость: белок — 0,33 г/л, цитоз — 2 клетки в 1 мкл (лимфоциты). На краниограмме отмечены некоторое утолщение лобной кости, увеличенное в размерах турецкое седло, с отклонением спинки. МРТ головного мозга: округлое объемное образование до 2 мм в диаметре в передней доле гипофиза. Описать клинические синдромы. Обосновать топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
25. Пациент С., 50 лет. Заболевание началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», и «онемения» в стопах, пошатывание и неуверенность при ходьбе в темноте. Иногда возникала простреливающая боль в животе, сопровождавшаяся повторной рвотой. Доставлялся в больницы по поводу «острого живота». Внезапно боль прекращалась. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Пол года назад значительно ухудшилось зрение. Очки не помогали. Около двух месяцев отметил задержки мочеиспускания и нарастающую общую слабость. Острота зрения 0,3/0,4. Первичная атрофия дисков зрительных нервов. Зрачки неправильной овальной формы, не симметричные узкие, левый зрачок шире правого. Фотореакции зрачков медленные, асимметричные. Сила рук и ног достаточная, но тонус мышц ног заметно снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук снижены, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических стопных и кистевых рефлексов нет. В тесте Ромберга не устойчив, особенно с закрытыми глазами. Высоко поднимает и широко расставляет ноги. С закрытыми глазами идти не может. Пяточно-коленный тест с грубым интенционным дрожанием. Грубое расстройство глубокой и тактильной чувствительности ног. Анализ крови и мочи без патологии. РИБТ и РИФ с трепонемным антигеном в крови и ликворе - положительные. Ликвор: белок — 0,76 г/л, цитоз 90 клеток в 1 мкл, реакции Вассермана положительная. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

26. Значительная слабость ног. Тонус мышц бедер повышен по спастическому типу. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические стопные рефлексы с обеих сторон. Отсутствует поверхностная чувствительность с уровня пупка. Невозможность произвольного мочеиспускания и дефекации с возникновением необходимости катетеризации мочевого пузыря. Установить название неврологических расстройств. Установить топический диагноз.
27. Пациент Д., 21 года. Третьего дня ехала в машине с опущенным окном и "замерзла". Вчера утром проснулась с ощущением неловкости в лице и обнаружила асимметрию щек, небольшую боль за правым ухом. Сегодня утром лицо "перекосило", правый глаз закрывается не плотно, при еде через угол рта выливается чай. Прикусила внутреннюю поверхность щеки. При исследовании обнаружено несмыкание век справа, не отведение правого угла рта при улыбке и оскале. Болезненность перкуссии сосцевидного отростка справа. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
28. Пациент Б., 63 лет, утром после сна почувствовал слабость левой руки и ноги, а также головокружение. Слабость их прогрессировала, и в течение трёх дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом. Объективно: АД—110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца тихие. Снижена пульсация правой внутренней сонной артерии. Острота зрения: справа — 0,05; слева — 1,0. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты. Опущен левый угол рта, язык уклоняется влево. Отсутствуют активные движения левой руки и ноги. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателе голени слева. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется гемианестезия слева. Анализ крови: СОЭ—10 мм/ч, лейкоциты— $8 \cdot 10^9$ /л, протромбиновый индекс — 1,13, АЧТВ 25 сек, ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в левой области справа. При УЗДГ сосудов шеи и головы обнаружена закупорка правой внутренней сонной артерии на 3 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. МРТ- дегенеративные очаги в белом веществе передних отделов полушарий головного мозга с перифокальным отеком. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический и предварительный клинический диагнозы.
29. М., 45 лет, токарь, 2 года назад после подъема тяжести почувствовал боль в пояснице и правой подвздошной области. Боль усиливалась при движении туловища в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании. Лечился по поводу «остеохондроза» анальгетиками и электрическими процедурами. Боль уменьшалась лишь временно, на 1—2 недели. Затем появилось онемение в правой подвздошной области. Боль не исчезла. Месяца три назад отмечена слабость разгибателей правой стопы. При ходьбе стопа стала подворачиваться внутрь и цепляться за землю. Патологии внутренних органов не выявлено. Перкуссия остистого отростка IX грудного позвонка болезненна. Определяется напряжение длинных мышц спины справа. Снижена сила разгибателей и сгибателей правой стопы, стопа «свисает». Повышен тонус разгибателя правой голени. Коленный и ахиллов рефлексы справа выше, чем слева. Правый нижний брюшной рефлекс отсутствует. Патологический рефлекс Бабинского справа. Отсутствует чувствительность в правой подвздошной области. От паховой складки книзу отсутствие тактильной и суставно-мышечной чувствительности справа, болевой и температурной - слева. Анализ крови и мочи без патологии. Блок ликворного пространства при ликвородинамических пробах. Ликвор опалесцирующий, белок— 3,25 г/л, цитоз — 12 в 1 мкл (лимфоциты). На рентгенограммах нижнего грудного отдела позвоночника определяется атрофия корней дуг VII—IX позвонков, расстояние между дужками увеличено. МРТ спинного мозга определяется образование гиперинтенсивное на T2-ВИ и изоинтенсивное на T1-ВИ на уровне VII-IX грудных позвонков. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. .
30. К., 28 лет. Заболел остро, когда появился озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, боли в мышцах шеи и рук, температура повысилась до 39°. На четвертый день болезни присоединились икота, одышка, паралич правой руки, отяжелела голова и стала опускаться кпереди. Спустя три недели самочувствие больного спонтанно улучшилось, прекратились икота, одышка, головная боль и боли в мышцах, нормализовалась температура. Но сила в мышцах рук и шеи не восстановилась. Установлено, что за три недели до заболевания больной был укушен клещем. Патологии внутренних органов не выявлено. Больной поддерживает голову рукой, чтобы она не свисала на грудь. Активные повороты головы в стороны невозможны. Плечи опущены. Правая рука неподвижна. Левая рука не поднимается выше горизонтальной линии. Лопатки крыловидные. Атрофия грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, мышц шеи, надплечья и правой руки. Снижен мышечный тонус правой руки. Сухожильные рефлексы руки не вызываются. Чувствительных расстройств не выявлено. В моче и ликворе патологии не установлено. РСК и ИФА с антигенами вируса клещевого энцефалита в крови ярко выражена. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. .

31. Неврологические моторные, сенсорные, координаторные, автономные расстройства при поражении верхнешейного, нижнешейного, грудного, поясничного, крестцового отделов спинного мозга.
32. Е., 32 лет. Неделю назад в алкогольном опьянении получил удар ножом в среднюю треть правого предплечья. Рана не обработана. Обратился в связи с возникновением жгучих болей в кисти и пальцах. В области передней поверхности предплечья справа резаная рана с неровными краями. Снижена сила сгибателей правой кисти и пальцев, больше 1-3. Болевая анестезия 1,2,3 пальцев, тенара и ладонной поверхности кисти. Цианоз и отечность кожи кисти и пальцев. Прикосновение к кисти вызывает распространенную парестезию с неприятным жгучим оттенком. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
33. Пациент Ш, 48 лет, слесарь, в течение года страдает периодическими болями в пояснично-крестцовой области. Возникновение заболевания связывает с физической нагрузкой и переохлаждением. Три месяца назад после подъема тяжести почувствовал сильную боль в пояснично-крестцовой области, распространяющуюся в правую ногу. Боль усиливалась при движении правой ноги, при кашле, натуживании и, несмотря на лечение, не уменьшалась. Объективно: напряжение длинных мышц спины в поясничной области, гипотония ягодичных мышц справа, правая ягодичная складка ниже левой. Коленные рефлексы равномерно повышены, ахиллов рефлекс справа снижен. Отмечена гипестезия по наружной задней поверхности правой голени и наружному краю стопы. Выраженная болезненность паравертебральных точек в поясничной области позвоночника. Симптомы натяжения справа. При рентгенографии позвоночника обнаружено снижение высоты диска L5-S1. МРТ – протрузия диска L5-S1 вправо. Определить, где локализуется патологический очаг. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. .
34. Пациент Д., 28 лет. Неделю назад появились общая слабость, головная боль, боли в пояснице и ногах. Температура 38°. Спустя три дня развился паралич ног, возникло «онемение» ног, задержка мочеиспускания и дефекации. В области крестца и стоп отмечаются пролежни. Движения ног отсутствуют совсем. Повышен тонус мышц ног, преимущественно разгибателей. Коленные рефлексы высокие. Клонус надколенников и стоп. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ниже пупка отсутствует чувствительность – поверхностная и глубокая. Кровь: СОЭ - 37 мм/ч, лейкоциты —  $18 \cdot 10^9$ /л. Моча: белок 0,33 г/л, лейкоциты в поле зрения. Ликвор прозрачный, ксантохромный; 330 мм в д. ст., белок — 0,86 г/л, цитоз — 320 в 1 мкл, нейтрофилы, эритроциты. На рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника патологии не выявлено. РКТ грудного отдела позвоночника: зона снижения плотности в эпидуральном пространстве на уровне нижнегрудного отдела позвоночника. Установить локализацию патологического процесса. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. .
35. Г., 35 лет, жалуется на «адскую» головную боль, возникающую в различное время дня приступообразно, на головокружение несистемного характера, слабость в левой руке и ноге, чувство онемения в них. Заболела остро год назад. Утром вышла на кухню вдруг почувствовала головокружение, стало «дурно», упала, появился «паралич» левой руки и ноги. Сознание было нарушено. Патологии внутренних органов не установлено. Эмоционально лабильна, раздражительна. Язык при высовывании резко уклоняется вправо, атрофии его мышц нет. Походка вычурная: при ходьбе тянет за собой левую ногу, однако удерживает на ней все тело, когда переставляет правую ногу. Подчеркнуто демонстрирует слабость левой ноги. В положении лежа активных движений левой ноги нет. Тонус мышц рук и ног равномерный, атрофии мышц нет. Кожные и сухожильные рефлексы равномерно повышенные, симметричные. Патологических рефлексов нет. Установлена болевая анестезия слева до средней линии тела. Глазное дно нормальное. Анализ крови, мочи и ликвора не изменены. МРТ головного мозга без патологии. Сформулировать топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

36. Боль по передней поверхности правой ноги сопровождается снижением силы в разгибателях голени. Установлена атония и атрофия четырехглавой мышцы правого бедра. Нет правого коленного рефлекса. Болевая и температурная гипестезия на передней поверхности бедра, колена и передневнутренней поверхности голени справа. Установить название расстройства и локализацию поражения.
37. Пациент Ж., 28 лет. Вчера утром упала на стекло, поранив руку в нижней трети предплечья. Возникло онемение в пальцах левой кисти. При исследовании – рана левого предплечья. Ограничено сгибание 4 и 5 пальцев, большой палец не приводится. Снижена болевая чувствительность на тыльной поверхности 3-5 пальцев и ладонной поверхности 4 и 5 пальцев. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
38. Пациент В., 52 лет, жалуется на онемение кистей, стоп, на боли, появившиеся в мышцах голени месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти и пошатывание при ходьбе. Год назад лечился и не вылечился по поводу хронического алкоголизма. В состоянии: объем активных движений в конечностях ограничен. Снижена болевая чувствительность кистей и стоп. Гипотония мышц. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют, рефлексы рук снижены. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Нарушено суставно-мышечное чувство 1 пальцах стоп. Походка «петушиная». Отечность стоп и кистей. В позе Ромберга неустойчив, неустойчивость при ходьбе усиливается в сумерки. Вассермана отрицательная. МРТ – асимметричная наружная и внутренняя гидроцефалия. Определить и обосновать топический и предварительный клинический диагнозы. Провести дифференциальный диагноз.
39. Пациент С., 50 лет. Заболевание началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», и «онемения» в стопах, пошатывание и неуверенность при ходьбе в темноте. Иногда возникала простреливающая боль в животе, сопровождавшаяся повторной рвотой. Доставлялся в больницы по поводу «острого живота». Внезапно боль прекращалась. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Пол года назад значительно ухудшилось зрение. Очки не помогли. Около двух месяцев отметил задержки мочеиспускания и нарастающую общую слабость. Острота зрения 0,3/0,4. Первичная атрофия дисков зрительных нервов. Зрачки неправильной овальной формы, не симметричные узкие, левый зрачок шире правого. Фотореакции зрачков медленные, асимметричные. Сила рук и ног достаточная, но тонус мышц ног заметно снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук снижены, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических стопных и кистевых рефлексов нет. В тесте Ромберга не устойчив, особенно с закрытыми глазами. Высоко поднимает и широко расставляет ноги. С закрытыми глазами идти не может. Пяточно-коленный тест с грубым интенционным дрожанием. Грубое расстройство глубокой и тактильной чувствительности ног. Анализ крови и мочи без патологии. РИБТ и РИФ с трепонемным антигеном в крови и ликворе - положительные. Ликвор: белок — 0,76 г/л, цитоз 90 клеток в 1 мкл, реакции Вассермана положительная. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
40. Пациент С., 32 лет. Заболел исподволь около трех лет назад, когда начали дрожать руки и постепенно присоединилась скованность движений. Медленно расстройства нарастали. Установлено, что 4 года назад перенес тяжелый «грипп», сопровождавшийся головной болью, значительной сонливостью, двоением окружающих предметов, небольшим повышением температуры, потливостью и общей слабостью. Болел около недели. Вылечился сам. Патологии внутренних органов патологии по выявлено. Безразличие к окружающему, вязкое мышление. Лицо одутловатое, маскообразно, «сальное». Зрачки правильные симметричные. Фотореакции симметричны, реакция на аккомодацию отсутствует. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Взор фиксирован. Редкое моргание. Модуляции речи отсутствуют, речь медленная, монотонная, затухающая. Гиперсаливация. Туловище наклонено вперед, поза «согбенная». Ахейрокинез. Походка мелкими шагами, шаркающая. Пропульсия. Сила мышц рук и ног достаточная, но движения замедленные. Тонус мышц конечностей повышен равномерно и диффузно, феномен «стиральной доски». Кожные, сухожильные рефлексы равномерные симметричные. Стереотипный ритмичный тремор пальцев рук типа счета монет. Может ненадолго сдерживать тремор при отвлечении. При любом напряжении дрожание нарастает. Анализы крови и мочи, ликвора патологии не установили. Специфические реакции на сифилис и туберкулез отрицательные. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .



41. Интенсивная жгучая боль по задненаружной поверхности левой голени и во всей голени. Походка «шлепающая», левая стопа не разгибается и приведена. Нет левого ахиллова рефлекса. Болевая и температурная гипестезия на задненаружной поверхности голени и на всей стопе. Симптом Ласега. Как называются неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.
42. Пациент З., 56 лет. Около 2 лет во время ночного сна возникало чувство покалывания и неприятного онемения пальцев рук, в связи с чем вынуждена была встать и долго ходить до прекращения ощущений. В последние 1,5 месяца появилась отечность кисти. При исследовании обнаружена пастозность кистей, болевая гипестезия ладонной поверхности 1-3 пальцев с обеих сторон. Болезненность глубокой пальпации карпальной связки с провокацией парестезий в пальцах. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
43. Пациент М., 33 лет, во время мытья окна разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. Сразу после травмы у нее возникло ограничение активных движений пальцев левой кисти. Больная лечилась амбулаторно, однако, без эффекта. Спустя месяц появились резкие жгучие боли в области левой ладони. Уменьшение болей отмечалось лишь при обертывании кисти влажной салфеткой. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Определяется ограничение сгибания I—II и отчасти III пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев в кулак. Больная не может противопоставить большой палец остальным. Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности I—III пальцев. Наблюдается отечность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму «обезьяньей». Биципитальный, триципитальный рефлексы вызываются, карпорадиальный справа снижен. При стимуляционной электронейромиографии левого срединного нерва определяется блок проведения на уровне предплечья. Описать клинические синдромы. Установить и обосновать топический и предварительный клинический диагноз.
44. Пациент С, 5 лет. Заболела неделю назад остро - головная боль, диарея, общая слабость, лихорадка до 38,5°. На пятый день после сна установлен паралич правой руки и левой ноги. Известно, что приняла драже против полиомиелита. Патологии внутренних органов не выявлено. Черепные нервы сохранены. Движений правой руки и левой ноги нет, тонус парализованных мышц резко снижен. Сухожильные рефлексы руки справа и ноги слева отсутствуют. Сенсорных нарушений не выявлено. Кровь: СОЭ — 29 мм/ч, лейкоциты -  $19 \cdot 10^9$ /л. Ликвор - белок - 0,66 г/л, лейкоцитоз – 80 в мкл (лимфоциты). Описать клинико-неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .
45. А., 30 лет. Заболевание началось год назад с пароксизмальной тупой боли в затылке. Боль возобновлялась в любое время, сопровождаясь головокружением и шумом в голове. Около месяца возникла острая слабость слева - в руке и ноге при относительно хорошем общем состоянии. Известно, что три года назад обращался в КВД, лечился пенициллином. Патологии внутренних органов не выявлено. Небольшая ригидность мышц затылка. Симптом Брудзинского. Острота зрения 1,0 симметрично. Диски зрительных нервов бледнорозовые с четкими границами. Асимметрия носогубных складок. Язык отводится. Умеренное снижение силы левых руки и ноги. Спастическая гипертония мышц слева. Сухожильные рефлексы слева значительно выше. Брюшные и подошвенный рефлексы отсутствуют слева. Кистевой и подошвенный рефлекс Россолимо слева. Установлена проводниковая поверхностная гемигипестезия слева. СОЭ — 26 мм/ч, лейкоцитоз крови —  $10 \cdot 10^9$ /л. СРБ и ревмопробы отрицательные. Цитоз ликвора — 180 в мкл, лимфоциты; белок 0,96 г/л. РИФ и РИБТ в ликворе положительные. МРТ – норма. На краниограмме патологии не отмечается. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

46. Названия расстройств при разрушении конуса спинного мозга.
47. Пациент И., 43 лет. Жалобы на онемение тыла стопы, «отвисание» стопы, в связи с чем нарушилась походка. Расстройство возникло неделю назад, накануне долго работал «на корточках». Гипотрофия передней и наружной групп мышц правой голени. Правая стопа отвисает. Невозможно тыльное сгибание пальцев стопы и пальцев. Понижение чувствительности на наружной поверхности голени и тыла стопы. Болезненность головки малоберцовой кости. Ахиллов рефлекс сохранен. При стимуляционной электронейромиографии определяется снижение скорости проведения импульса по правому общему малоберцовому нерву. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
48. Пациент К., 45 лет. Два года назад у него после волнения и употребления алкоголя внезапно возникла слабость правой руки, а утром - и правой ноги. Спустя неделю сила ноги восстановилась, оставалась незначительная слабость кисти. Через год вновь развился правосторонний гемипарез и нарушилась речь. Затем постепенно в течение месяца речь и сила ноги восстановились, оставалась лишь легкая слабость руки. Неделю назад у больного снизилась сила правой руки; он перестал разговаривать, сохранив способность понимать речь. Объективно: АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Пульсация левой внутренней сонной артерии на шее ослаблена. Расстройство речи – повторяет отдельный слог – «ба-ба», по просьбе выполняет действия левыми рукой и ногой, сглажена носогубная складка и резко опущен угол рта справа. Язык отклоняется в правую сторону, атрофии мышц языка нет. Активные движения правой руки отсутствуют. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа. Сухожильные и надкостничные рефлексы резко повышены справа, вызываются патологические «кистевые» рефлексы Россолимо и Бехтерева с этой же стороны. Выраженная гипестезия правой руки. Температура нормальная. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты— $8,4 \cdot 10^9$  в 1 мкл, протромбиновый индекс 1,0, АЧТВ 30 секунд. На ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биопотенциалов, преимущественно в левой лобной области. При УЗДГ сосудов шеи обнаружено сужение левой внутренней сонной артерии на 2 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. РКТ – изменений не установлено. МРТ – очаг измененной мозговой ткани с перифокальным отеком в левой теменно-лобной зоне, смещение срединных структур мозга вправо. Определить локализацию поражения. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.
49. К., 28 лет. Заболел остро, когда появился озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, боли в мышцах шеи и рук, температура повысилась до  $39^\circ$ . На четвертый день болезни присоединились икота, одышка, паралич правой руки, отяжелела голова и стала опускаться кпереди. Спустя три недели самочувствие больного спонтанно улучшилось, прекратились икота, одышка, головная боль и боли в мышцах, нормализовалась температура. Но сила в мышцах рук и шеи не восстановилась. Установлено, что за три недели до заболевания больной был укушен клещем. Патологии внутренних органов не выявлено. Больной поддерживает голову рукой, чтобы она не свисала на грудь. Активные повороты головы в стороны невозможны. Плечи опущены. Правая рука неподвижна. Левая рука не поднимается выше горизонтальной линии. Лопатки крыловидные. Атрофия грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, мышц шеи, надплечья и правой руки. Снижен мышечный тонус правой руки. Сухожильные рефлексы руки не вызываются. Чувствительных расстройств не выявлено. В моче и ликворе патологии не установлено. РСК и ИФА с антигенами вируса клещевого энцефалита в крови ярко выражена. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. .
50. Т., 10 лет. Школьный учитель пожаловался родителям, что девочка «плохо себя ведет», гримасничает, не может сидеть спокойно. Двигательное беспокойство было замечено и дома. Часто болела ангинами, диагностирован ревматический эндокардит. Систолический шум в сердце. Говорит прерывисто, не отчетливо. Неритмичная насильственная мимическая активность с гримасами и движениями языка. Мышечная сила соответствует возрасту. Мышечный тонус диффузно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы равномерно снижены. Коленный рефлекс Гордона. В пробе Ромберга – переразгибание пальцев рук. Походка неровная, почерк плохой, буквы неровные. Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, нейтрофильный лейкоцитоз —  $12 \cdot 10^9$ /л. Ревмопробы положительные. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

51. Назвать неврологические расстройства при поражении левого бокового канатика спинного мозга на уровне 5-го грудного позвонка.
52. К., 53 лет, Жалобы на ощущение жжения и онемения по передненаружной поверхности правого бедра. Болея несколько месяцев без причины. Вес тела 123 кг. Болезненность наружного края паховой складки. Болевая гипестезия с гиперпатией наружно передней поверхности бедра. Двигательных расстройств нет. Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.
53. Пациент М., 40 лет, страдает тромбозом левой голени. Два дня назад внезапно «перевернуло» лицо, появилось онемение и слабость в правых конечностях. Заболевание прогрессировало, и в течение 2—3 часов развился их паралич. Больная перестала говорить, однако понимание речи сохранилось. Объективно: АД—115/65 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Моторная афазия. Опущен правый угол рта, язык уклоняется вправо. Активные движения правых конечностей отсутствуют. Повышен тонус мышц Сгибателей руки и разгибателя голени справа. Сухожильные и надкостничные рефлексы справа выше, чем слева, брюшные—справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Выявляется снижение чувствительности на правой половине тела. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты —  $8 \cdot 10^9$  в 1 л, протромбиновый индекс 1,2, АЧТВ 15 секунд. РКТ головного мозга: зона пониженного сигнала в правой лобной доле. Обосновать и сформулировать топический и предварительный клинический диагнозы. Провести дифференциальный диагноз.
54. Г., 35 лет, жалуется на «адскую» головную боль, возникающую в различное время дня приступообразно, на головокружение несистемного характера, слабость в левой руке и ноге, чувство онемения в них. Заболела остро год назад. Утром вышла на кухню вдруг почувствовала головокружение, стало «дурно», упала, появился «паралич» левой руки и ноги. Сознание было нарушено. Патологии внутренних органов не установлено. Эмоционально лабильна, раздражительна. Язык при высывании резко уклоняется вправо, атрофии его мышц нет. Походка вычурная: при ходьбе тянет за собой левую ногу, однако удерживает на ней все тело, когда переставляет правую ногу. Подчеркнуто демонстрирует слабость левой ноги. В положении лежа активных движений левой ноги нет. Тонус мышц рук и ног равномерный, атрофии мышц нет. Кожные и сухожильные рефлексы равномерно повышенные, симметричные. Патологических рефлексов нет. Установлена болевая анестезия слева до средней линии тела. Глазное дно нормальное. Анализ крови, мочи и ликвора не изменены. МРТ головного мозга без патологии. Сформулировать топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .
55. Т., 20 лет. Болен около семи лет. Заболевание началось со слабости ног и расстройства походки. Перестал бегать, так как часто падал. Медленно слабость ног нарастала. Падал даже на ровном месте. Спустя три года присоединилась слабость рук. Патологии внутренних органов не выявлено. Сила мышц снижена в проксимальных отделах рук и ног. Не может поднять руки вверх. Атрофия мышц проксимальных отделов конечностей, плечевого и тазового поясов. Надплечья опущены и наклонены кпереди. Лопатки далеко отстоят от позвоночника. Слабость надплечий. Резко усилен поясничный лордоз. «Осиная» талия. Ходит на носках с выпяченным вперед животом и откинутой назад грудной клеткой, переваливаясь с одной ноги на другую. Сухожильно-мышечные рефлексы низкие. Патологических рефлексов нет. Чувствительных нарушений не выявлено. Встает на ноги через коленно-локтевое положение. При игольчатой электронейромиографии определяется снижение амплитуды и частоты потенциалов двигательных единиц. Определяется повышение уровня КФК крови в 20 раз. При мышечной биопсии обнаружено разрушение миелиновых волокон и фиброзное перерождение мышц. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

56. Активных движений в плечевом и локтевом суставах правой руки нет. Движения кисти не нарушены. Выявлена атония и атрофия мышц правого надплечья, дельтовидной и двуглавой мышц. Нет правого бицепс-рефлекса. Поверхностная чувствительность правого надплечья, наружного края правого плеча и предплечья отсутствует. Установить эпонимическое и функциональное название расстройств. Сформулировать топический диагноз.
57. Л., 23. Жалуется на ограничение движений в руках и чувство онемения в них. Участвовал в лыжном переходе, неся тяжелый рюкзак. Через сутки по окончании похода возникла слабость в руках. Астеничен. Активные движения рук ограничены, снижена сила дельтовидных мышц, болезненность надключичных ямок. Болевая гипестезия в зонах C5-C6 симметрично. Сухожильные рефлексы рук не вызываются. Двигательных, чувствительных расстройств в ногах не найдено. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
58. Пациент Х., около 70 лет, доставлена в клинику бригадой скорой помощи. Сведений о развитии заболевания нет. Обнаружена без сознания на улице. В последующем было установлено, что она страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет. Объективно: кожные покровы лица кирпично-красного цвета, дыхание шумное. АД—240/140 мм рт. ст. Пульс 110 ударов в минуту, напряженный, ритмичный. Границы сердца расширены влево, тоны его приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Сознание отсутствует, голова и глаза повернуты вправо, зрачки широкие, вяло реагируют на свет, корнеальные рефлексы снижены. Опущен левый угол рта, щека парусит. Активные движения левых конечностей отсутствуют. Тонус мышц слева снижен. Сухожильные и надкостничный рефлексы слева ниже, чем справа. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уколы не реагирует. На следующий день появились кратковременные тонические судороги рук и ног, при этом руки сгибались в локтевых суставах, а ноги разгибались в коленных. Нарушился ритм дыхания и сердечной деятельности. АД — 90/60 мм рт. ст. Температура - 39,8°. РКТ головного мозга: зона повышенного сигнала в левой лобной доли, в боковых желудочках головного мозга. Описать синдромологию. Обосновать и установить топический и клинический диагнозы.
59. Пациент С., 32 лет. Заболел исподволь около трех лет назад, когда начали дрожать руки и постепенно присоединилась скованность движений. Медленно расстройства нарастали. Установлено, что 4 года назад перенес тяжелый «грипп», сопровождавшийся головной болью, значительной сонливостью, двоением окружающих предметов, небольшим повышением температуры, потливостью и общей слабостью. Болел около недели. Вылечился сам. Патологии внутренних органов патологии по выявлено. Безразличие к окружающему, вязкое мышление. Лицо одутловатое, маскообразно, «сальное». Зрачки правильные симметричные. Фотореакции симметричны, реакция на аккомодацию отсутствует. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Взор фиксирован. Редкое моргание. Модуляции речи отсутствуют, речь медленная, монотонная, затухающая. Гиперсаливация. Туловище наклонено вперед, поза «согбенная». Ахейрокинез. Походка мелкими шагами, шаркающая. Пропульсия. Сила мышц рук и ног достаточная, но движения замедленные. Тонус мышц конечностей повышен равномерно и диффузно, феномен «стиральной доски». Кожные, сухожильные рефлексы равномерные симметричные. Стереотипный ритмичный тремор пальцев рук типа счета монет. Может ненадолго сдерживать тремор при отвлечении. При любом напряжении дрожание нарастает. Анализы крови и мочи, ликвора патологии не установили. Специфические реакции на сифилис и туберкулез отрицательные. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .
60. Г., 30 лет. Около года внезапно остро и резко снизилось зрение справа и появилась острая боль в глазу. Лечилась по поводу ретробульбарного неврита около 3 недель, зрение полностью восстановилось. Спустя полгода появилось двоение предметов, неустойчивость походки, императивные позывы на мочеиспускание. Патологии внутренних органов не выявлено. Зрение 0,6/1.0 не корригируется. Бледный диск справа. Сходящееся косоглазие справа. Диплопия. Левосторонний легкий центральный гемипарез. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм с ротаторным компонентом. Атрофий мышц нет. Речь растянутая. Сила мышц везде снижена, более слева. Тонус мышц снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы повышены. Клонусы надколенников и стоп. Кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с обеих сторон, слева выше. В пробе Ромберга неустойчива. При координаторных пробах выявлено интенционное дрожание и гиперметрия с обеих сторон. Расстройств поверхностной чувствительности не найдено. Определяется расстройство глубокой чувствительности в ногах. RW - отрицательная. На МРТ головного мозга определяются множественные очаги гиперинтенсивные на T2-ВИ и изоинтенсивные на T1-ВИ перивентрикулярно. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

61. Активных движений левой ноги нет. Спастический гипертонус левой ноги. Левый коленный и ахиллов рефлексы слева выше. Брюшных рефлексов слева нет. Патологический рефлекс Бабинского вызван слева. На уровне 5 ребра слева выявлено отсутствие болевой и температурной чувствительности. С уровня 5 ребра установлена поверхностная гипестезия справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.
62. М., 32 лет. Жалобы на онемение кистей рук, стоп, расстройство походки - шаткость при ходьбе, особенно в сумерках. Имеет многолетний стаж работы на фармацевтическом производстве. Несколько раз возникали эпизоды беспричинной диареи со спастическими болями в животе. Болевая и суставно-мышечная гипестезия кистей и стоп. Атаксия с нарушением мелких движений в кистях. Западение межкостных промежутков кистей. Снижена сила мышц рук. Болезненность пальпации проекции срединных нервов на предплечье. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
63. Пациент Р., 32 лет, полгода назад во время работы почувствовал как бы удар в голову. Сразу же появились сильная головная боль и тошнота. Постепенно головная боль уменьшалась, и через месяц, больной выздоровел. Два дня назад во время эмоционального напряжения вновь ощутил «удар» в голову. Внезапно возникла сильная головная боль, боль в правом глазу и межлопаточной области. Затем появились тошнота и многократная рвота. Был госпитализирован в клинику. Объективно: АД—115/70 мм рт. гг. Пульс 50 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. На глазном дне патологии не обнаружено. Отмечаются птоз и расходящееся косоглазие правого глазного яблока; движения его вверх, внутрь и вниз резко ограничены. Правый зрачок расширен, реакция его на свет вялая. Корнеальные рефлексы снижены. Пареза конечностей нет. Анализ крови: СОЭ—10 мм/ч, лейкоциты— $8 \cdot 10^9$  в 1 л. Спинномозговая жидкость с примесью крови, белок—0,66 г/л, цитоз—210 в 1 мкл (эритроциты). При РКТ головного мозга определяется гиперинтенсивный сигнал в базальных цистернах. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз.
64. А., 30 лет. Заболевание началось год назад с пароксизмальной тупой боли в затылке. Боль возобновлялась в любое время, сопровождаясь головокружением и шумом в голове. Около месяца возникла острая слабость слева - в руке и ноге при относительно хорошем общем состоянии. Известно, что три года назад обращался в КВД, лечился пенициллином. Патологии внутренних органов не выявлено. Небольшая ригидность мышц затылка. Симптом Брудзинского. Острота зрения 1,0 симметрично. Диски зрительных нервов бледнорозовые с четкими границами. Асимметрия носогубных складок. Язык отводится. Умеренное снижение силы левых руки и ноги. Спастическая гипертония мышц слева. Сухожильные рефлексы слева значительно выше. Брюшные и подошвенный рефлексы отсутствуют слева. Кистевой и подошвенный рефлекс Россолимо слева. Установлена проводниковая поверхностная гемигипестезия слева. СОЭ — 26 мм/ч, лейкоцитоз крови —  $10 \cdot 10^9$ /л. СРБ и ревмопробы отрицательные. Цитоз ликвора — 180 в мкл, лимфоциты; белок 0,96 г/л. РИФ и РИБТ в ликворе положительные. МРТ – норма. На краниограмме патологии не отмечается. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .
65. Пациент Д., 14 лет. Заболевание началось пять лет назад с пошатывания и падений при быстрой ходьбе. Затем родители заметили ухудшение речи и письма. Постепенно нарушения походки, речи и письма нарастали. Единственный ребенок в семье. Родился в срок здоровым, рос и развивался нормально. Наследственность не отягощена. Родители больного — двоюродные брат и сестра. Патологии внутренних органов не найдено. Умеренный грудной сколиоз. Высокие своды стоп. Интеллект несколько снижен. Горизонтальный асимметричный нистагм. Речь замедленная, скандированная. Мышечная сила рук и ног равномерно снижена. Тонус мышц заметно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы рук низкие, равномерные, симметричные. Коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. Патологические стопные рефлексы Гордона, Шефера, Оппенгейма, Россолимо, Бабинского с обеих сторон. В тесте Ромберга выраженная неустойчивость. Походка неуверенная, неловкая. Широко ставит ноги, отклоняется в сторону. Интенционное дрожание и гиперметрия при координаторных пробах в руках и ногах. Почерк не разборчивый. Отсутствует глубокая чувствительность в ногах. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

66. Нет активных движений правой ноги. Выявлена атрофия мышц. Фибриллярные подергивания в мышцах. Не вызывается коленный и ахиллов рефлексы. Назвать синдром. Установить топический диагноз.
67. Н., 43 года. Жалобы на тошноту, рвоту, головную боль, боли в животе, невозможность удерживать голову вертикально. слабость в руках и ногах, онемение рук, пошатывание при ходьбе. По ошибке утром вместо этанола употребил пол стакана раствора хлорофоса. Миоз с фотоарексией. Гнусавый оттенок голоса. Дужковые рефлексы не вызываются. Поперхивается при глотании. Фибриллярные подергивания мышц надплечий. Голова наклонена вперед, долго голову не удерживает. Слабость мышц рук и ног, преимущественно кистей и стоп. Сухожильные рефлексы не вызываются. Мышечный тонус рук и ног снижен. Болевая и суставно-мышечная гипестезия кистей и стоп. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
68. О., 29 лет. Жаловалась на слабость в ногах, затруднение глотания, нечеткость речи. Переведена в неврологическое отделение из инфекционного, где лечилась по поводу дифтерии зева. На 12 день заболевания возникла слабость в ногах, "гнусавость" голоса. Глоточный рефлекс отсутствует. Носовой оттенок голоса. Свисание небной занавески. Вялый парез ног. Гипотония и гипотрофия голени. Сухожильные рефлексы не вызываются. Гипестезия кистей и стоп. Мышечный тонус снижен. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.
69. Л., 68 лет, внезапно потерял сознание на несколько минут, упал. Придя в сознание обнаружил паралич левой руки и ноги. Госпитализирован. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 200/130 мм рт. ст. Пульс 56 ударов в минуту, напряженный, ритмичный. Определяются сглаженность носогубной складки и опущение угла рта слева. Язык отклоняется влево. Отсутствуют активные движения левых руки и ноги. Снижен тонус мышц левой руки и ноги. Сухожильные и надкостничные рефлексы снижены, особенно слева. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма слева. Отсутствует чувствительность на левой половине тела. Выявляется левосторонняя гемипарезия. На глазном дне: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, артерии резко сужены и извиты. В спинномозговой жидкости примесь крови. Анализ крови: СОЭ— 11 мм/ч, лейкоциты—  $12 \cdot 10^9$  в 1 л. На РКТ головного мозга определяется очаг гиперинтенсивного сигнала перивентрикулярно в правом полушарии головного мозга. Определить топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. .
70. Т., 10 лет. Школьный учитель пожаловался родителям, что девочка «плохо себя ведет», гримасничает, не может сидеть спокойно. Двигательное беспокойство было замечено и дома. Часто болела ангинами, диагностирован ревматический эндокардит. Систолический шум в сердце. Говорит прерывисто, не отчетливо. Неритмичная насильственная мимическая активность с гримасами и движениями языка. Мышечная сила соответствует возрасту. Мышечный тонус диффузно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы равномерно снижены. Коленный рефлекс Гордона. В пробе Ромберга – переразгибание пальцев рук. Походка неровная, почерк плохой, буквы неровные. Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, нейтрофильный лейкоцитоз —  $12 \cdot 10^9$ /л. Ревмопробы положительные. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .
71. Пациент Т., 18 лет. Заболел остро. Внезапно среди полного благополучия возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах затылка, шеи, туловища, поясницы, рук и ног, невыносимый озноб. Температура повысилась до  $39,5^\circ$ . На третий день болезни на губах, у носогубных складок и правой ушной раковины появились пузырьковые высыпания, шум в ушах и резкое снижение слуха. На губах, правой ушной раковине и у носогубных складок определяются герпетические высыпания. Пульс ритмичный, 55 ударов в минуту. Патологии внутренних органов не выявлено. Умеренное оглушение. Выраженная ригидность мышц затылка. Признаки Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний) и Бехтерева. Острота зрения 0,7 - 0,8. Гиперемия дисков зрительных нервов. Резко снижен слух с обеих сторон. Сила рук и ног равномерно незначительно снижена. Мышечно-сухожильные и кожные рефлексы симметричные. Патологических рефлексов нет. Фото, фоно, алго- гиперестезия. Кровь: СОЭ — 42 мм/ч, лейкоцитоз полинуклеарный-  $18 \cdot 10^9$  в 1 л. Ликвор слегка мутный, давление — 350 мм вод. ст., белок — 3 г/л, цитоз — 3000 в 1 мкл, преимущественно нейтрофилы, сахар — 1,7 ммоль/л. В нейтрофилах спинномозговой жидкости обнаружены менингококки. Определить неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

