

Задача №1

У больного атрофия мышц верхних конечностей, снижение сухожильных (глубоких) рефлексов и мышечной силы в руках. Фибрилляции и фасцикуляции в мышцах рук. При ходьбе больной «тянет» ноги. Резкое повышение сухожильных рефлексов на ногах, симптомы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Отсутствие всех брюшных рефлексов, задержка мочи и кала.

Вопросы по задаче:

1. Какие образования поражены и на каком уровне?
2. Охарактеризуйте варианты нарушений функций тазовых органов.
3. При каких заболеваниях выявляется подобная симптоматика?
4. Проведите дифференциальную диагностику этих заболеваний.
5. Назначьте лечение при данных заболеваниях.

Поражение передних рогов и пирамидных путей на уровне шейного утолщения. Болезнь двигательного нейрона, вертеброгенная миелопатия.

Задача №2

У больного отмечаются боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них, утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах в виде «носков», выпадение на руках лучезапястных, на ногах ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость и падение в различные стороны.

Вопросы по задаче:

1. Определить что поражено.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Как называется описанный тип расстройства чувствительности?
4. Каков вариант атаксии у больного?
5. Дайте классификацию заболеваний, проявляющихся подобным синдромом.

Синдром полинейропатии. Сочетанное нарушение двигательных и чувствительных функций в дистальных отделах конечностей с проявлениями сенситивной атаксии. Тип расстройства чувствительности полиневритический

Задача №3

Боль в левой половине тела (особенно в руке), левосторонняя гемигипестезия с гиперпатией, дизестезией, в пальцах левых конечностей нарушено мышечно-суставное чувство. Пальцы левой кисти совершают слабые червеобразные движения. Выявляется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Иногда отмечается насильственный плач.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию патологического процесса.
2. Дайте характеристику описанным симптомам.
3. Объясните происхождения симптомов.
4. Перечислите заболевания, при которых наблюдаются подобные нарушения.
5. Назначьте обследование и лечение.

Таламус справа.

Задача №4

Слабость мышц обеих стоп при отсутствии их атрофии. Коленные рефлексы нормальные, ахилловы – повышены, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского. Задержка мочи и

кала, брюшные рефлексы и чувствительность сохранены.

Вопросы по задаче:

1. Какие образования поражены?
2. Для какого заболевания характерен этот вариант поражения?
3. Каков этиопатогенез этого заболевания?
4. Охарактеризуйте методы диагностики.
5. Назначьте лечение.

Поражены пирамидные пути на уровне L5 с двух сторон

Задача №5

У больного внезапно (во время еды, разговоров, ходьбы и др.) возникают приступы непреодолимой сонливости, длящиеся обычно до 10 – 15 минут, а иногда и более. Разбудить больного можно легко. Тонус мышц во время приступа снижается, отчего больной иногда падает. Ночной сон беспокойный, при пробуждении больной, находящийся в полном сознании, долго не может двигать конечностями, разговаривать, затем это состояние проходит. Иногда при смехе больной падает из-за резкой слабости в ногах («ноги подкашиваются»).

Вопросы по задаче:

1. Как называется указанный синдром?
2. Где находится очаг поражения?
3. При каких заболеваниях наблюдается подобный симптомокомплекс?
4. Назначьте обследование для уточнения диагноза.
5. Определите тактику лечения.

У больного имеются синдромы нарколепсии и катаплексии. Очаг поражения на уровне ретикулярной формации

Задача №6

У больного резко снижена сила ног, отмечаются атония и атрофия мышц ягодичной области, задней поверхности бедер, голеней и стоп. Анальный рефлекс вызывается, коленные рефлексы снижены, ахилловы и подошвенные отсутствуют. Выявляется «седловидная» анестезия по задней поверхности бедер, голеней и пяток. Нарушены функции тазовых органов в виде задержки мочи и стула.

Вопросы по задаче:

1. Определите, где находится поражение.
2. Перечислите заболевания, при которых может наблюдаться описанная симптоматика.
3. Проведите дифференциальную диагностику этих заболеваний.
4. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза.
5. Определите тактику лечения.

Поражение находится на уровне сегментов S1-S2, полное поперечное поражение спинного мозга на этом уровне (синдром эпиконуса)

Задача №7

Больной жалуется на жестокие стреляющие боли в ногах и в области промежности, резко усиливающиеся при кашле и чихании. Активные движения ног у него отсутствуют. Выявлены атония и атрофия мышц ног. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности на нижних конечностях и в области промежности. Кремастерные, коленные, ахилловы, подошвенные и анальный рефлексы не вызываются, патологических рефлексов нет. Наблюдается истинное недержание мочи и кала.

Вопросы по задаче:

1. Определите, что поражено.
2. Охарактеризуйте типы нарушения функций тазовых органов.
3. Назовите возможные этиологические факторы при данном уровне поражения?
4. Назначьте обследование пациента.
5. Определите тактику лечения.

Поражён конский хвост*Задача №8*

Больной жалуется на слабость кисти и пальцев, похудание кисти и нижней части предплечья, онемение, отек и боль в кисти, ползание «мурашек» и покалывание по внутреннему краю руки. При осмотре - цианоз, легкая отечность кисти, отсутствие движений в ней, атония, парез и атрофия мышц тенара и гипотенара, межкостных и червеобразных мышц, гипестезия в виде широкой полосы по внутренней стороне предплечья и плеча до подмышечной впадины, отсутствие трицепитального и карпорадиального рефлексов.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию процесса?
2. Перечислите типы нарушения чувствительности.
3. Укажите возможные этиологические факторы данного синдрома.
4. Назначьте необходимое обследование.
5. Назначьте лечение при данном заболевании.

Поражён нижний пучок плечевого сплетения**Задача №9**

Больной жалуется на боль, онемение и покалывание в пояснице и левой ноге, затруднение ходьбы, поворотов в стороны, наклонов вперед, назад и влево. При осмотре слева выявляется гипестезия в виде полоски от позвоночника через поясницу, ягодицу, наружную часть бедра, передненаружную часть голени и тыл стопы до большого пальца ноги, гипотония, гипотрофия и слабость мышц-разгибателей большого пальца стопы, симптом Ласега + 80° справа, + 60° слева; положительные симптомы Нери, Дежерина.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию процесса?
2. Перечислите этиопатогенетические факторы, приводящие к развитию данного поражения.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Определите подходы к лечению.
5. Определите прогноз заболевания и способы его профилактики.

Поражён корешковый нерв L5**Задача №10**

Больной жалуется на пошатывание при стоянии и при ходьбе в обе стороны, особенно в темноте. Объективно: черепно-мозговые нервы без особенностей. Парезов конечностей нет. Снижен тонус мышц в ногах. Атаксия при пяточно-коленной пробе с обеих ног.

Симптом Ромберга резко положителен при закрытых глазах. При ходьбе с закрытыми глазами падает, при открытых глазах идет, широко расставив ноги и глядя под ноги.

Вопросы по задаче:

1. Какая атаксия описана в задаче?
2. Какие варианты атаксий необходимо дифференцировать?
3. Что указывает на этот вариант нарушения координации?
4. Где локализуется очаг?
5. При каких заболеваниях может наблюдаться подобная симптоматика?

Поражение задних столбов спинного мозга на уровне грудных сегментов

Задача №11

У больного имеются боли в левой половине лица и снижение чувствительности в этой области, паралич мимических мышц слева, снижение слуха на левое ухо, атаксия в левых конечностях и пошатывание влево в позе Ромберга.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию очага.
2. Для каких заболеваний характерна подобная локализация?
3. Определите план обследований пациента.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, при которых наблюдается данный синдром.
5. Охарактеризуйте тактику лечения данных заболеваний.

Процесс в области левого мосто-мозжечкового угла

Задача №12

Больной жалуется на затруднение дыхания, ощущение нехватки воздуха, иногда тянущие и ноющие боли в глубине верхней части живота, больше справа, чаще ночью, иногда – икоту, боль в надплечье и шее справа. При неврологическом исследовании рефлекторно-двигательных, координаторных нарушений, расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. При осмотре грудной клетки и живота во время акта дыхания выявляется инверсия дыхательных движений по отношению к фазам дыхания, экскурсия движений правой половины грудной клетки явно снижена. При надавливании между ножками *m.sternocleidomastoideus* выявляется болезненность.

Вопросы по задаче:

1. Что поражено?
2. Определите локализацию патологического процесса?
3. Укажите этиопатогенетические факторы, приводящие к поражению на этом уровне.
4. Назначьте обследование, необходимое для уточнения диагноза.
5. Определите тактику лечения больного.

Правый диафрагмальный нерв

Задача №13

Больной, жалуется на изменение голоса, невозможность глотания. При исследовании: синдром Горнера справа. Горизонтальный нистагм, появляющийся при движении глазных яблок в стороны, ярче выраженный при взгляде вправо. Гипестезия правой половины лица в медиальных его отделах. Мягкое небо справа свисает, язычок отклоняется влево. Отсутствуют глоточный и небный рефлексы справа. В правых конечностях нарушено мышечно-суставное чувство, слева центральный гемипарез и гипестезия поверхностной

чувствительности по гемитипу. Атаксия при выполнении координаторных проб справа, дисметрия, адиадохокинез в правой руке.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный синдром?
2. Определите локализацию очага.
3. При каких заболеваниях может наблюдаться подобный симптомокомплекс?
4. Назначьте необходимое обследование для уточнения диагноза.
5. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся данным синдромом.

Поражена правая половина продолговатого мозга в области двойного ядра IX-X пар черепных нервов. Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко.

Задача №14

Мужчина 42 лет поступил в приемное отделение больницы из дома, где в течение нескольких последних часов развилось шесть приступов с потерей сознания, судорогами во всем теле, пеной изо рта. Детали ближайшего анамнеза точно не известны. Со слов соседей, несколько дней назад перенес простуду, злоупотребляет алкоголем, около года назад был одиночный судорожный припадок. При осмотре вял, заторможен. Глаза открыты, но на вопросы не отвечает.

Зрачки одинаковой ширины, правильно реагируют на свет, фиксирует взгляд на окружающих предметах. Поворачивает голову на громкую речь. Лицо симметричное, язык по средней линии со следами прикуса с обеих сторон, глотает. Реагирует медленными движениями в конечностях на болевые раздражения. Сопrotивляется осмотру. Сухожильные рефлексy оживлены, равномерные с обеих сторон. Непостоянные стопные симптомы Бабинского. Слабоположительные симптомы Кернига и ригидность мышц затылка. Кожные покровы бледноваты, несколько свежих ссадин в области темени и лба. АД 160/90 мм. рт.ст., пульс 100, ритмичный, запаха алкоголя нет. Дыхание около 20 в минуту. В момент осмотра развились генерализованные судорожные приступы.

Вопросы по задаче:

1. Как можно квалифицировать состояние больного?
2. Определите состояние сознания.
3. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
4. Перечислите заболевания, которые могут быть причиной описанных нарушений.
5. Перечислите диагностические критерии эпилептического статуса.

Диагноз: Эпилептический статус, алкогольная энцефалопатия с эпилептиформным синдромом.

1. Как можно квалифицировать состояние больного?
Состояние больного тяжелое.
2. Перечислите критерии оценки его состояния.
 - а) Нарушение сознания.
 - б) Повышение АД до 160/90 мм. рт. ст.
 - г) Тахикардия (пульс 100 уд/мин).
 - д) Возникновение частых судорожных припадков – эпилептический статус.
3. Определите состояние сознания.
Спутанность сознания: вялость, заторможенность, поворот головы на громкую речь, реакция на боль медленными движениями конечностей,

сопротивление осмотру, отсутствие речевого контакта (несмотря на открытые глаза, фиксацию взгляда на окружающих предметах нормальное состояние зрачков).

4. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
Эпилептический статус, алкогольная энцефалопатия с эпилептиформным синдромом.
5. Перечислите заболевания, которые с учетом анамнеза и данных обследования могут быть причиной описанных нарушений (план дифференциальной диагностики).
Эпилепсия (развернутые припадки с потерей сознания, пеной у рта, судорогами во всем теле).
Черепно-мозговая травма свежие ссадины на голове, (прикус языка, вероятнее всего, обусловлен травматизацией во время последних эпилептических припадков),
Менингит. Опухоль головного мозга.
6. Перечислите диагностические критерии эпилептического статуса.
Приступы, повторяющиеся один за другим без существенных временных промежутков, угнетение сознания (больной не приходит в сознание).
7. Определите объем неотложной терапии, тактику введения больного.
 - а) Введение реланиума, седуксена, сибазона в/в медленно 2 мл 0,5% на 20 мл физраствора (возможно повторное введение).
 - б) Предохранительные мероприятия во время припадка (профилактика прикусывания языка, мягкая фиксация головы, во время приступа).
 - в) Госпитализация в срочном порядке в неврологическое отделение многопрофильной больницы или реанимационное отделение, если статус не купирован.
8. Ваши представления о необходимых методах обследования для установления окончательного диагноза.
 - R-графия черепа
 - глазное дно
 - МРТ, КТ головного мозга
 - ЭЭГ, ЭХО-ЭС
 - люмбальная пункция
 - анализ крови на токсические вещества (в том числе алкоголь)
 - общий анализ крови, мочи
 - глюкоза крови.
9. Каковы действия после «выведения» больного из эпилептического статуса?
Стационарное лечение в неврологическом отделении. Подбор противосудорожной терапии для постоянного приема (финлепсин, препараты вальпроевой кислоты, фенobarбитал).

Задача №15

У больного выявляются: лицевая асимметрия, расширение левой глазной щели, неполное ее смыкание и «подкатывание» глазного яблока вверх при попытке закрыть глаз, симптом «ресниц», опущение левого угла рта, выливание жидкой пищи из него, перекус рта вправо, симптом «ракетки», слезотечение из левого глаза, снижение надбровного, роговичного, конъюнктивального рефлексов слева. В правых конечностях отмечается снижение силы до 2 баллов, повышение глубоких рефлексов, рефлексы Россолимо и Жуковского, повышение мышечного тонуса по спастическому типу, выпадение брюшных рефлексов справа.

Вопросы по задаче:

1. Где расположен патологический очаг?
2. Как называется описанный выше синдром?
3. Патологией каких неврологических структур обусловлена указанная симптоматика?
4. При каких заболеваниях наблюдается этот синдром?
5. Назначьте обследование для уточнения диагноза и проведите дифференциальную диагностику.

Очаг расположен в области моста слева на уровне ядра лицевого нерва. Симптоматика обусловлена поражением ядра лицевого нерва и пирамидного пути. Синдром Мийара-Гюблера

Задача №16

Мужчину 48 лет беспокоят интенсивные распространенные головные боли, тошнота, рвота, шум в ушах, снижение слуха. Сонлив, вяло реагирует на обращенную речь, не узнает родственников, дезориентирован в месте и времени. Говорит тихо, невнятно. При осмотре определяются умеренно выраженные симптомы Кернига и ригидность мышц затылка, грубая асимметрия лица (глазная щель шире слева, рот смещен вправо). Температура тела 38,5°C. Со слов родственников в течение трех недель жаловался на недомогание, головные боли, сонливость субфебрильную температуру. За помощью не обращался. Около года назад проходил флюорографическое обследование по поводу каких-то очаговых изменений в легких. Кровь: СОЭ 16 мм/ч, лейкоцитов $12,0 \times 10^9/\text{л}$. Цереброспинальная жидкость прозрачная, давление 340 мм. вод. ст., белок 2,0 г/л, плеоцитоз: $160 \times 10^6/\text{л}$ (80% лимфоцитов), глюкоза 1,2 ммоль/л. Через несколько часов в пробирке с ликвором появляется тонкая паутинообразная пленка.

Вопросы по задаче:

1. Перечислите основные симптомы.
2. Дайте оценку изменения состава ликвора.
3. Поставьте топический диагноз.
4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
5. Определите тактику ведения больного.

Диагноз: Туберкулезный менингит.

1. Перечислите основные неврологические симптомы (а, б)
 - а) Оболочечные симптомы – умеренная ригидность мышц затылка и симптомы Кернига с обеих сторон.
 - б) Общемозговые симптомы – головная боль, тошнота, рвота; сонливость, вялая реакция на обращенную речь, дезориентация во времени и месте; тихая невнятная речь (оглушенность).

- в) Очаговые симптомы-периферический парез лицевого нерва слева шум в ушах, снижение слуха поражение слуховых нервов.
2. Перечислите основные соматические (общинфекционные) расстройства.
Общинфекционные симптомы – температура 38,5 градусов (ранее – субфебрилитет), воспалительные изменения в крови – повышение СОЭ, высокий лейкоцитоз.
3. Дайте оценку изменению состава ликвора
- а) повышение ликворного давления, лежа – 340 мм. водн. ст.
 - б) умеренный (сотни клеток), лимфоцитарный плеоцитоз (серозный характер)
 - в) очень низкий уровень глюкозы,
 - г) тонкая паутинообразная пленка после состояния ликвора.
4. Поставьте топический диагноз
Ведущим синдромом является поражение оболочек головного мозга. Кроме этого определяется периферический парез лицевого нерва и слуховых нервов.
5. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
Диагноз. Туберкулезный менингит.
Обоснование – медленное начало, сочетание общинфекционных, общемозговых и оболочечных симптомов при характерной картине ликвор: (умеренный, лимфоцитарный плеоцитоз низкое содержание глюкозы, умеренное повышение белка, тонкая паутинообразная пленка), указании на изменения в легких на флюорограмме (последнее требует уточнения).
6. Определите основные направления дифференциального диагноза.
С учетом типичных составляющих клинической картины диф. диагноз следует проводить с менингитами различной этиологии, прежде всего другими серозными менингитами, субарахноидальным кровоизлиянием, метастатическим процессом в оболочках.
7. Подберите оптимальную схему неотложной терапии.
- а) Противотуберкулезная терапия – рифампицин, изониазид, этамбутол и т.д.
 - б) Дезинтоксикация: гемодез, реополиглюкин, растворы глюкозы и натрия хлорида физиологические с добавлением витаминов и электролитов.
 - в) Для уменьшения головной боли при температуре выше 38,6°C – анальгетики, иногда – с добавлением димедрола, седуксена (литические коктейли).
8. Ваша тактика ведения больного.
Госпитализация в специализированное учреждение (противотуберкулезное).

Задача №17

Больной жалуется на приступообразное чувство онемения и «ползания мурашек» в области левой стопы, распространяющееся затем на левую голень, бедро, всю половину тела и сопровождающееся судорогами левых, а затем и правых конечностей с потерей сознания.

Вопросы по задаче:

1. Как называются описанные приступы?
2. Где находится основной очаг поражения?
3. При каких заболеваниях наблюдаются описанные приступы?
4. Назначьте необходимое обследование пациенту.
5. Определите тактику лечения больного.

1. Приступы Джексоновской эпилепсии (чувствительный джексон).
2. Очаг поражения находится в постцентральной извилине на медиальной поверхности полушария

Задача №18

У больного левая рука сделалась неловкой, часто ронял из нее предметы, особенно если не было контроля зрения. Появилось ощущение, что у него «две левые руки», иногда «терял» левую руку: не знал, в каком положении она находится.

Объективно: объем движений, сила и тонус мышц не нарушены. Слева атаксия при пальценосовой и неуверенность при пяточно-коленной пробах. Проба Ромберга - слегка пошатывается назад и влево. Нарушено мышечно-суставное чувство во всех сегментах левой руки. Понижение тактильной чувствительности и чувства локализации на левой стороне тела. Утратил представление о положении своей левой руки в пространстве, не различает правую и левую сторону. Сухожильные и периостальные рефлексy выше слева. Брюшные рефлексy слегка ослаблены, справа отчетливее. Патологических рефлексов нет.

Вопросы по задаче:

1. Укажите локализацию патологического процесса.
2. Какие симптомы подтверждают установленный Вами топический диагноз?
3. Выделите ведущие симптомы, характерные для поражения этих структур.
4. Для каких заболеваний характерна описанная симптоматика?
5. Назначьте обследование для уточнения диагноза.

1. Первая теменная доля
2. Нарушения мышечно-суставной, тактильной и локализационной чувствительности в левой руке, расстройство «схемы тела»
3. Аутогнозия, псевдомелия, анозогнозия, амузия, нарушения корковой регуляции вегетативных функций, изменения в эмоционально-волевой сфере (апатия, абулия)

Задача №19

У больного отмечается апатия, снижение интеллекта, эйфория, нарушение памяти и критического отношения к своему состоянию, астазия-абазия, патологическая неопрятность, паралич взора вправо, моторная афазия, нарушение навыка письма, рефлексy орального автоматизма, хватательный рефлекс, левосторонняя анозмия.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию очага?
2. Выделите наиболее типичные синдромы, характерные для данного уровня.
3. Перечислите заболевания, при которых могут наблюдаться подобные расстройства?

4. Назначьте необходимые обследования для дифференциации этих заболеваний.
5. Определите тактику лечения.

В левой лобной доле полушария большого мозга.

Задача №20

У больного отсутствуют активные движения левой ноги, тонус мышц в разгибателях голени повышен. Коленный и ахиллов рефлексы слева выше, чем справа, брюшные - отсутствуют слева. На уровне левого соска отмечается выпадение болевой и температурной чувствительности в виде узкого полупояса. С уровня сосков книзу утрачены справа болевая и температурная, слева – тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительность.

Вопросы по задаче:

1. Как называется такой синдром?
2. Определите локализацию патологического процесса.
3. При каких заболеваниях наблюдается подобная симптоматика?
4. Назначьте обследование больному.
5. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, при которых наблюдается данный синдром.

№20

Поражена половина поперечника спинного мозга слева на уровне 4-5-го грудных сегментов (задние рога, боковой и задний столбы). Это синдром Броун-Секара. Он наблюдается при экстрamedулярной опухоли и травмах спинного мозга.

Задача №21

Бригада скорой помощи вызвана на дом в 17 часов. Больной 52 лет. На вопросы не отвечает, на уколы не реагирует. Лицо цианотично-багровое. Пульс напряжен 80 уд/мин, АД 230/140 мм рт.ст. Дыхание шумное, хриплое. Голова и взор повернуты вправо, правый зрачок расширен. При дыхании левая щека «парусит». Поднятые левые рука и нога падают быстрее правых. Тонус мышц левых конечностей ниже правых. Сухожильные рефлексы угнетены, но S>Д, слева симптом Бабинского. Левая стопа ротирована кнаружи. Ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернига справа 150°, слева отрицательный. Со слов родственников: страдает гипертонической болезнью 15 лет. Днем, убирая садовый участок, в 15 часов внезапно упал, потерял сознание, с 16 часов изменилось дыхание.

Вопросы по задаче:

1. Охарактеризуйте состояние пациента.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие минимальные дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Решите проблему транспортабельности.

Состояние тяжелое

6. Геморрагический инсульт
7. Люмбальная пункция
8. Парез взора влево, левосторонняя гемиплегия
9. Дицинон, лазикс, аминокaproновая кислота, гипотензивные средства

10. Транспортабелен в машине реанимационного отделения.

Задача №22

Больной 28 лет доставлен в приемное отделение центральной районной больницы. При поступлении возбужден, порывается встать, идти, в то же время жалуется на резкую головную боль, была рвота. Заболел внезапно: во время игры в волейбол вдруг почувствовал резкую головную боль "как удар предметом по голове", упал на несколько мин (2-3), потерял сознание, до случившегося считал себя здоровым.

При осмотре: кожные покровы бледные, пульс ритмичный 60 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. температура 37°. Тоны сердца чистые. Выявляется легкая слабость левых конечностей. Ригидность мышц затылка 8 см, симптом Кернига под углом 100° с 2-х сторон, резко выражены верхний и контралатеральный симптомы Брудзинского.

Вопросы по задаче:

1. Какой синдром Вы считаете ведущим?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы диагностики могли бы подтвердить Ваше предположение?
5. Нужны ли консультации других специалистов, если да, то каких?

Ведущим является менингеальный синдром.

6. Субарахноидальное кровоизлияние.
7. Менингит.
8. Исследование ликвора, компьютерная томография, магнитно-резонансная ангиография.
9. Консультация нейрохирурга.

Задача №23

Больной 35 лет предъявил жалобы на сильную распространенную головную боль, тошноту, наблюдалась рвота. Заболел остро. После простуды поднялась температура до 39° тут же присоединились вышеуказанные жалобы. При неврологическом осмотре установлено: ригидность мышц затылка до 10 см, с.Кернига под углом 140° с обеих сторон, синдром Брудзинского верхний и нижний, положительный скуловой р.Бехтерева с обеих сторон.

При люмбальной пункции получен прозрачный бесцветный ликвор. Состав спинно-мозговой жидкости: цитоз 1506/3-502 в 1 мкл, все клетки лимфоциты; белок 0,33 г/л.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Оцените состав спинно-мозговой жидкости.
3. Установите правильный клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Определите лечение пациента.

1. Поражены мозговые оболочки
2. Клеточно-белковая диссоциация с лимфоцитарным плеоцитозом
3. Острый серозный менингит (хориоменингит)

4. Противовоспалительные средства (кортикостероиды, интерферон, гаммаглобулин противовирусный), дезинтоксикация, анальгетики, легкая дегидратация.

Задача №24

Больная 20 лет внезапно почувствовала сильную головную боль, тошноту, наблюдалась повторная рвота. При осмотре невропатологом выявлен выраженный менингеальный синдром, высокая температура - до 41°, на коже рук и живота высыпания розового цвета. При люмбальной пункции получен мутноватый бесцветный ликвор.

Лабораторное исследование спинно-мозговой жидкости: белок 0,66 г/л, цитоз 6075/3 (2023 в 1 мкл) - нейтрофилы 85%, лимфоциты 15%. При микроскопии осадка ликвора выявлены бобовидной формы диплококки, располагающиеся внеклеточно, грамм-отрицательные.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Установите синдром патологии ликвора.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз данного заболевания.

1. Поражение мозговых оболочек
2. Клеточно-белковая диссоциация, в плеоцитозе преобладают нейтрофилы
3. Первичный (менингококковый) менингит, менингококковая инфекция.
4. Пенициллин или его полусинтетические аналоги. С переходом на антибиотик по чувствительности к нему возбудителя.
 - сульфаниламиды
 - дезинтоксикация
 - легкая дегидратация, анальгетики.

Задача №25

Больная 19 лет после простуды в зимний период времени отмечала сильную головную боль, боль в крупных суставах и мышцах, повысилась температура до 40°. Вызванный на дом участковый врач диагностировал грипп. Было назначено лечение на дому. На 3 день от начала заболевания к головной боли добавилась тошнота и повторная рвота, оставалась температура в пределах 38°. Участковый врач проконсультировал больную у невропатолога. В неврологическом статусе выявлено: ригидность мышц затылка до 8 см, с. Кернига под углом 130° с обеих сторон, положительный скуловой рефлекс Бехтерева с обеих сторон. Больная направлена на стационарное лечение. В больнице проведена люмбальная пункция. Получен прозрачный бесцветный ликвор, вытекавший под давлением 300 мм водного столба. Анализ ликвора: белок 0,33 г/л; цитоз 630/3-210 в 1 мкл (все клетки лимфоциты). Глюкоза в ликворе в норме, фибриноидной паутинки не обнаружено.

Вопросы по задаче:

1. Установите топический диагноз.
2. Дайте оценку изменению состава ликвора.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте необходимое лечение.

Поражение мозговых оболочек (менингеальный синдром)

6. Клеточно-белковая диссоциация (плеоцитоз лимфоцитарный)
7. Серозный менингит гриппозной этиологии
8. Диф. диагноз с туберкулезным, сифилитическим, энтеровирусным, аденовирусным и острым серозным менингитам
9. Интерферон противогриппозный, гаммаглобулин, кортикостероиды, деинтоксикационная терапия, легкая дегидратация (эуфиллин в/в, фурасемид).

Задача №26

Больной 45 лет в течение последнего года страдает очаговым туберкулезом легких, по поводу которого получал стационарное лечение, состоит на учете в тубдиспансере.

Весной после простуды почувствовал общее недомогание, появилась субфебрильная температура, вскоре добавилась головная боль, тошнота, наблюдалась рвота. Освидетельствован фтизиатром, который после анализа рентгенограмм легких констатировал очаговый туберкулез легких. При неврологическом обследовании установлено: ригидность мышц затылка до 5 см; с. Кернига под углом 150° с обеих сторон, верхний синдром Брудзинского.

При люмбальной пункции получен прозрачный, бесцветный ликвор. В анализе спинно-мозговой жидкости выявлено: белок – 1,66 г/л, цитоз 366/3-122 клетки в 1мкл (лимфоцитов - 87%, нейтрофилов-13%). Глюкоза ликвора-1,2 ммоль/л.

На вторые сутки в спинно-мозговой жидкости выпала фибриноидная паутинка.

Вопросы по задаче:

1. Установите топический диагноз.
2. Охарактеризуйте патологические изменения ликвора.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назначьте соответствующее лечение.
5. Определите прогноз заболевания.

1. Поражены мозговые оболочки
2. Клеточно-белковая диссоциация, плеоцитоз ликвора лимфоцитарный выпала фибриновая паутинка, снижено содержание глюкозы в ликворе
3. Туберкулезный менингит
4. Лечение всегда в стационаре комплекс противотуберкулезных препаратов (стрептомицин, изониазид с вит. В6, рифампицин, пипразинамид).

Задача №27

Больной 40 лет, не женат, считал себя здоровым. Однако на 41 году жизни появилась упорная головная боль, отметил преходящее двоение в глазах. Обратился к невропатологу, который выявил легкую ригидность мышц затылка до 3 см симптом Кернига под углом 150° с обеих сторон, скуловой рефлекс Бехтерева с обеих сторон, ограничение движения левого глаза кнаружи с диплопией. Больному предложено обследование в неврологическом стационаре, где произведена люмбальная пункция. Получен прозрачный бесцветный ликвор, вытекавший под давлением в 300 мм водного столба. В анализе спинно-мозговой жидкости выявлено: белок 0,66 г/л, цитоз 312/3 или 104 клетки в 1 мкл (лимфоциты 93%, нейтрофилы-7%), положительная реакция Вассермана. Содержание глюкозы в ликворе в пределах нормы, фибриновой пленки не выпало. Дополнительно проведено серологическое исследование крови по типу реакции

Вассермана, которая оказалась положительной. При уточнении анамнеза выяснилось, что больной вел беспорядочную половую жизнь.

Вопросы к задаче:

1. Установите топический диагноз.
2. Дайте характеристику патологии спинно-мозговой жидкости.
3. Установите клинический диагноз.
4. Наметьте консультацию смежных специалистов.
5. Назначьте адекватное диагнозу лечение.

1. Поражены мозговые оболочки (менингеальный синдром)
2. Клеточно-белковая диссоциация, плеоцитоз с преобладанием лимфоцитов
3. Серозный менингит сифилитической этиологии дерматовинеролога
4. Консультация
5. Противосифилитическое лечение.

Задача №28

Больной Б., 63 лет. Утром (после сна) почувствовал слабость левой руки и ноги, а также головокружение. Слабость их прогрессировала, и в течение трех дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД – 110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца тихие. Снижена пульсация правой внутренней сонной артерии. Острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. 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. Сухожильный и надкостничный рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется гемианестезия слева.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс – 13%. ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в левой области справа. При каротидной ангиографии обнаружена закупорка правой внутренней сонной артерии на 3 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви.

Вопросы по задаче:

1. Определить и обосновать топический диагноз.
2. Каков предположительный клинический диагноз.
3. Назначьте обследование пациенту.
4. Определите тактику лечения.
5. Каков прогноз данного заболевания.

Правая лобно-теменная область.

6. Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, атеротромботический подтип. Оклюзия правой внутренней сонной артерии.

Задача №29

Родственники заметили, что выйдя из комнаты в коридор, больная не знает, как возвратиться обратно; стала «рассеянной», может неправильно одеться, разучилась готовить, не всегда понимает обращенную речь.

Объективно: опущен правый угол рта, парезов нет. Больная не понимает смысла сложных логико-грамматических фраз, не может нарисовать план своей комнаты, нарушен счет в пределах однозначных цифр. Гемигипестезия справа. Сухожильные рефлексы несколько выше справа.

Вопросы к задаче:

1. Назовите нарушения, указанные в анамнезе и выявленные при обследовании.
2. Определите локализацию патологического очага.
3. Каков предположительный диагноз?
4. Как уточнить диагноз?
5. Консультация какого специалиста необходима?

1. Семантическая афазия, конструктивная апраксия, акалькулия
2. Процесс локализуется в теменно-височно-затылочной области слева
3. Возможно ишемический инсульт в корковых ветвях левой средней мозговой артерии. Для уточнения диагноза необходим анамнез (развитии заболевания острое или постепенное) и МРТ головного мозга

Задача №30

Больной М – 66 лет потерял сознание на улице. В кармане пиджака обнаружена карточка больного диабетом и справка о стационарном лечении по поводу И.Б.С., инфаркта миокарда, перенесенного год назад. Больной без сознания, кожные покровы лица цианотичны, кожа влажная. Пульс 67 ударов в минуту, аритмичный, число сердечных сокращений 96 (дефицит пульса 29), АД – 160/90 мм рт. ст. Дыхание шумное, ритмичное (20 в минуту). Голова и взор повернуты вправо, левая щека «парусит». Левые конечности падают быстрее правых, тонус в них низкий, левая стопа ротирована кнаружи. Менингеальных знаков нет.

Вопросы к задаче:

1. Квалифицируйте состояние больного, оцените состояние сознания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Консультация каких специалистов необходима для постановки диагноза.
4. Какие обследования необходимо провести срочно.
5. Окажите неотложную медикаментозную помощь

Состояние тяжелое

6. Ишемический инсульт
7. Невропатолог, эндокринолог
8. Исследование ликвора
9. Реополиглюкин, трентал, коргликон.

Задача №31

Больной Г., 36 лет, находится в отделении реанимации, в сознании, адекватен, ориентирован, но активно жалоб предъявить не может, дыхание с помощью аппарата ИВЛ, 16 в 1 минуту. Отвечает на вопросы, требующие односложного ответа, вертикальными движениями глазных яблок и закрыванием глаз. Другие движения отсутствуют, тонус мышц всех конечностей низкий, рефлексов нет. Легкие чувствительные расстройства в виде «чулок» и «высоких перчаток». В ликворе – белок 3 г/л.

Болезнь развилась в течение дня после полевых работ с ядохимикатами: сначала «было трудно идти», потом «слёг из-за слабости», «отказали руки», «потом стало трудно дышать и глотать».

Вопросы к задаче:

1. Какой неврологический синдром является ведущим?
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какой метод лечения Вы выбрали бы как наиболее эффективный в данном случае?
4. Каков в данном случае прогноз для жизни, выздоровления, трудоспособности?
5. Какой метод дополнительной диагностики следует выбрать для верификации диагноза и оценки степени повреждения нервной системы?

1. У больного синдром полинейропатии. Инфекционно-аллергическая полирадикулонейропатия Гийена-Барре.
2. Методом выбора лечения является плазмаферез или назначение иммуноглобулинов
3. Прогноз для жизни и восстановления трудоспособности благоприятный
4. Электромиография

Задача №32

Больной Б., 50 лет, жалуется на слабость в руках и ногах, «судороги» в ногах, подергивания мышц туловища и конечностей, похудание на 15 кг. Болен около года, считает, что слабость и снижение массы тела постепенно нарастают.

Объективно выявляется атрофия мышц верхних конечностей и их поясов, фасцикуляции в этих мышцах, а также в мышцах бедер и языка, повышение тонуса по спастическому типу в нижних конечностях, оживление всех рефлексов, патологические стопные рефлексy с обеих сторон. Сила снижена в руках до 3 баллов, в ногах до 4 баллов. Другой симптоматики не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Определите клинический диагноз.
3. Что Вы можете сказать о тактике и перспективах терапии у данного пациента?
4. Каков в данном случае прогноз для жизни, выздоровления, трудоспособности?
5. Какой метод дополнительной диагностики следует выбрать для верификации диагноза и оценки степени повреждения нервной системы?

1. Болезнь двигательного нейрона
2. Эффективной терапии не существует
3. Летальность 100%
4. Электромиография

Задача №33

Больной жалуется на онемение по наружному краю руки, невозможность поднять руку до горизонтального уровня, затруднение сгибания предплечья, вращения в плечевом суставе.

Симптоматика возникла после перелома ключицы.

При осмотре слева выявляются гипотрофия, гипотония и парез mm. deltoideus, coracobrachialis, brachialis et biceps brachii (пациент не может согнуть предплечье в срединном или супинированном положении, затруднен подъем руки вперед, назад, в сторону), выпадение бицепитального и снижение карпорадиального рефлексов,

гипестезия широкой полосой от области плечевого сустава по латеральной поверхности плеча и предплечья.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Каковы этиопатогенетические факторы данного процесса?
3. Каков у данного пациента прогноз для выздоровления и трудоспособности?
4. Какой комплекс лечебных методов Вы предложили бы в данном случае?
5. Какая дополнительная диагностика необходима для верификации диагноза и оценки степени повреждения нервной системы?

1. Синдром Эрба – верхнеплечевой вариант поражения сплетения
2. Сосудорасширяющие, нейротрофические, антихлинэстеразные препараты, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия
3. Прогноз в отношении жизни благоприятный, возможно ограничение трудоспособности
4. Электромиография

Задача №34

Больной жалуется на боль, онемение и покалывание в пояснице и левой ноге, затруднение ходьбы, поворотов в стороны, наклонов вперед, назад и влево.

В течение 20 лет страдает поясничными болями, связывает частые обострения с характером работы (подъем тяжестей перед собой).

При осмотре слева выявляется гипестезия в зоне дерматома L₅ (полоска чувствительных нарушений от позвоночника через поясницу, ягодицу, наружную часть бедра, передненаружную часть голени и тыл стопы до большого пальца ноги), болезненность при пальпации паравертебральной точки L₅ слева, снижение левого подошвенного рефлекса, гипотония, гипотрофия и слабость мышц-разгибателей I пальца левой стопы. Симптом Ласега + 80° справа, + 60° слева; положительные симптомы Нери, Дежерина.

Вопросы к задаче:

1. Что поражено?
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Какой комплекс лечебных методов Вы предложили бы в данном случае?
4. Каков у данного пациента прогноз для выздоровления и трудоспособности?
5. Какая дополнительная диагностика необходима для верификации диагноза и оценки степени повреждения нервной системы?

1. Поражение корешкового нерва L₅.
2. Нестероидные противовоспалительные препараты, вазоактивные препараты и противоотечные препараты, физиотерапия, иглотерапия, в последующем массаж, лечебная физкультура.
3. Прогноз для жизни благоприятный, возможно частичное ограничение трудоспособности.
4. Магнитно-резонансная томография.

Задача №35

У больного, перенесшего закрытую черепно-мозговую травму, развиваются приступы, характеризующиеся слабостью, затруднением дыхания, повышенной потливостью, тошнотой, замедленным пульсом, понижением АД, позывами на дефекацию, спазматической болью в животе.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный синдром?
2. Определить локализацию очага поражения.
3. С какими пароксизмальными состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Назначьте лечение пациента.
5. Определите прогноз заболевания.

Синдром вегетативно-сосудистых пароксизмов. Локализация поражения – гипоталамическая область.

Задача №36

У молодой женщины под воздействием охлаждения возникают приступы онемения пальцев рук, симметричного побледнения их кончиков, похолодания, понижения чувствительности. Через 10-15 мин после начала приступа появляются парестезии, затем окраска и температура кожи восстанавливаются.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный синдром?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Определите план обследования больного.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз.

1. Синдром Рейно.

2. Болезнь Рейно или синдром при соматических заболеваниях.

Задача №37

Приступообразная боль в затылке, больше справа, провоцируемая поворотом головы, охлаждением, длительным наклоном головы. Боль распространяется на шею, теменную, височную область, сопровождается шумом в правом ухе и головокружением, мельканием пятен перед глазами, шаткостью походки, потливостью, сердцебиением. При пальпации шейных паравертебральных точек и при осевой нагрузке на шейные позвонки – отмечается боль.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный синдром?
2. При каких заболеваниях он наблюдается?
3. Назначьте необходимое обследование.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Определите тактику лечения больного.

Шейная мигрень, синдром правой позвоночной артерии (синдром Баре-Лиёу)

Задача №38

Женщина 32 лет, рост 168 см, масса тела 90 кг. Лицо лунообразное, кожа его гиперемированна. Избыточный рост волос на лице и теле. Багровые полосы в паховых и подмышечных областях. В последние 2 года аменорея. АД=170/100 мм рт. ст. Краниограмма, глазное дно, поля зрения – без особенностей.

Вопросы по задаче:

1. Для какого синдрома характерна указанная симптоматика?
2. При каких заболеваниях может наблюдаться подобный синдром?
3. Назначьте необходимое обследование пациентке.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Каков прогноз данного заболевания?

Синдром Иценко-Кушинга

Задача №39

Молодая женщина, 23 года, обратилась с жалобами на впервые возникшие и дважды повторившиеся в течение двух недель приступы интенсивной головной боли в левой половине головы, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Приступы длились в течение нескольких часов. Перед вторым приступом нарушалось зрение.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанная патология?
2. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся подобным синдромом.
3. Назначьте необходимые обследования пациентке.
4. Определите тактику лечения.
5. Определите прогноз заболевания.

Мигрень

Задача №40

Пациент мужчина, 45 лет, предъявляет жалобы на боль в правой кисти, чаще в ночные часы, отдающую по внутренней поверхности предплечья, иногда отечность в ней. Отмечает слабость в кисти при работе (профессия - столяр). Заболевание возникло относительно постепенно, связывает с перенапряжением руки во время работы. При осмотре отмечается гипотрофия мышц тенар, слабость ладонного сгибания I - III пальца, противопоставление большого пальца, снижен карпорадиальный рефлекс справа. Выявляется гипостезия на ладонной поверхности I - III пальцев кисти.

Вопросы по задаче:

1. Определите, что поражено.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Назначьте дополнительные обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз.

Туннельный синдром (синдром карпального канала), нарушение функций срединного нерва

Задача №41

Пациент женщина, 37 лет, после перенесенной травмы (вывих плеча в левом плечевом суставе), отмечает слабость в кисти при сгибании, онемение в ней и по внутренней поверхности предплечья. При осмотре: свободно поднимает руку вверх, сгибает в локтевом суставе. Нарушено разгибание и сгибание пальцев кисти, снижен карпорадиальный и трицепитальный рефлекс. Отмечается гипотрофия межпальцевых мышц. Снижена чувствительность на кисти и по внутренней части плеча и предплечья.

Вопросы по задаче:

1. Определите, что поражено.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся данным синдромом.
4. Назначьте необходимое обследование для уточнения диагноза.
5. Определите тактику лечения и прогноз.

Нижнеплечевой вариант поражения сплетения (паралич Клюбке).
Рекомендуется нейротрофические, сосудорасширяющие, антихолинэстеразные препараты, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура

Задача №42

Пациент мужчина, 51 год, на фоне катаральных явлений, с подъемом температуры тела до субфебрильных цифр, возникла стреляющая боль в правом ухе, пузырьковые высыпания во внутреннем слуховом проходе, отметил снижение вкуса. При осмотре: глазные щели $D > S$, симптом ресниц справа, при оскале зубов плоская правая носогубная складка, снижен вкус на передних 2/3 правой половины языка.

Вопросы к задаче:

1. Поставить топический диагноз.
2. Как называется описанный синдром?
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз.

Синдром Ханта. Ганглионеврит узла колленца лицевого нерва

Задача №43

Пациент женщина, 42 года, после длительной работы с наклоном появилась простреливающая боль в поясничной области, с иррадиацией в левую ногу, чувство "ползания мурашек" по задней поверхности ноги. При осмотре явных парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы с рук и коленные умеренные $D=S$, ахилловы $S < D$. Патологических стопных знаков нет. Определяется симптом Лассега справа под углом 60° , слева 30° . Предъявляет расстройство поверхностной чувствительности в виде парестезии и гипестезии по задненаружной поверхности бедра и голени.

Вопросы по задаче:

1. Определите, что поражено.
2. Поставьте предварительный клинический диагноз.
3. Назначьте необходимые методы исследования.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Определите прогноз и профилактику заболевания.

Поражён корешковый нерв S1. Вероятно, причиной является остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с наличием грыжи диска L5-S1. Для уточнения диагноза необходима магнитно-резонансная томография

Задача №44

У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус мышц высокий. Коленные и ахилловы рефлексы повышены, клонус надколенников и стоп. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию патологического процесса.
2. Охарактеризуйте имеющиеся двигательные расстройства.
3. При каких заболеваниях может наблюдаться описанная симптоматика?
4. Проведите дифференциальную диагностику этих заболеваний.
5. Назначьте необходимое обследование и лечение.

Поражен весь поперечник спинного мозга на уровне 12-го грудного сегмента. Центральный паралич ног (нижняя спастическая параплегия).

Задача № 45

У больного отмечаются левосторонние гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия.

Вопросы по задаче:

1. Определите и обоснуйте топический диагноз.
2. При каких заболеваниях может наблюдаться описанный синдром?
3. Назначьте обследование пациенту.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся данным синдромом.
5. Определите тактику лечения.

Поражена правая внутренняя капсула. Во внутренней капсуле проходят кортикоспинальный, кортиконуклеарный, таламокортикальный и зрительный пути. При ее поражении на противоположной стороне возникает синдром «трех геми»: гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия. Наличие характерных «трех геми» и является обоснованием диагноза.

Синдром поражения внутренней капсулы может возникать при мозговом инсульте, опухоли, энцефалите, абсцессе.

Задача № 46

Больного беспокоят затруднения при ходьбе. Объективно: гипомимия, замедление темпа произвольных движений, флексорная поза, повышение мышечного тонуса конечностей по пластическому типу, походка мелкими шаркающими шагами, пропульсии при ходьбе. На ЭМГ – залповая активность.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный синдром?

2. Поставьте топический диагноз.
3. При каких заболеваниях может наблюдаться данный синдром?
4. Проведите дифференциальную диагностику этих заболеваний.
5. Назначьте лечение пациенту.

Паркинсонизм

6. Паллидонигральная система
7. Олигокинезия, брадикинезия, тремор покоя, мышечная ригидность, амимия пропульсия, речь без модуляции

Задача № 47

У больного выявляется нижний парапарез и задержка мочи и кала.

Вопросы по задаче:

1. При какой локализации патологического процесса это возможно?
2. Какие дополнительные клинические симптомы нужно знать для уточнения локализации очага?
3. При каких заболеваниях подобные симптомы могут выявляться?
4. Назначьте обследование больному.
5. Проведите дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся данным синдромом.

При двустороннем поражении латеральных пирамидных путей выше пояснично-крестцового, но ниже шейного утолщения спинного мозга. Более точный уровень поражения спинного мозга устанавливается при исследовании брюшных рефлексов и чувствительности. Нижний спастический парапарез с тазовыми нарушениями возможен и при поражении парацентральных долек обоих полушарий большого мозга. О церебральном характере процесса можно думать при наличии других симптомов поражения головного мозга (фокальные судороги, нарушения сознания, функций черепных нервов, изменения поведения, головная боль и др.)

Задача № 48

У больного выявлены утрата всех видов чувствительности в области промежности и отсутствие анального рефлекса, а также недержание мочи и кала.

Вопросы по задаче:

1. Определите, где локализуется поражение.
2. Обоснуйте топический диагноз.
3. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкается дуга анального рефлекса?
4. При каких заболеваниях наблюдается описанный синдром?
5. Проведите дифференциальную диагностику этих заболеваний.

Поражен клонус спинного мозга (3-5-й крестцовые и копчиковый сегменты) обоснованием диагноза служат расстройства чувствительности в области промежности, недержание мочи и кала, выпадение анального рефлекса, а также отсутствие паралича ног.

Рефлекторная дуга анального рефлекса замыкается на уровне 4-5-го крестцовых сегментов спинного мозга.

Задача № 49

Больной чрезмерно поднимает ноги при ходьбе, с излишней силой опуская их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

Вопросы по задаче:

1. Как называется такая походка, для какого синдрома она характерна?
2. При поражении каких структур она наблюдается?
3. Какие дополнительные исследования нужно произвести, чтобы уточнить характер поражения?
4. Укажите заболевания, для которых характерен описанный синдром.
5. Проведите дифференциальную диагностику этих заболеваний.

Нарколептический синдром с явлениями каталепсии пробуждения и эмоциональной. Процесс локализуется в мезодиэнцефальных отделах ретикулярной формации – в области дна 111 желудочка (гипоталамус) и водопровода мозга.

Задача № 50

Больной жалуется на приступы, проявляющиеся учащенным сердцебиением, повышением артериального давления, головной болью, ознобopodobным дрожанием тела, чувством страха вздутием кишок, длятся 20-30 мин. На высоте приступа сознание затемнено, возникают непродолжительные тонические судороги конечностей, зрачки при этом расширены, лицо бледное.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный синдром?
2. Какие структуры поражены?
3. Каковы этиопатогенетические факторы его развития?
4. Назначьте обследование больному для уточнения нозологического диагноза.
5. Определите лечение при подобных приступах.

В левой лобной доле полушария большого мозга.

Задача № 51

Активные движения рук и ног у больного отсутствуют. Тонус мышц повышен избирательно: на руках преимущественно в сгибателях предплечий и пронаторах кистей, на ногах – в разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук и ног высокие, клonusы надколенников и стоп, кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы группы Бабинского и Россоломо, как кистевые, так и стопные, вызываются с обеих сторон. Отмечаются защитные рефлексы (рефлексы спинального автоматизма). Все виды чувствительности утрачены в области затылка, шеи, туловища и конечностей (по проводниковому типу). Задержка мочи и стула. Выраженные нарушения дыхания (отдышка, затруднен кашель, чихание) и икота. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружено резкое ограничение подвижности диафрагмы.

Вопросы по задаче:

1. Определите, где локализуется поражение.
2. Обоснуйте топический диагноз.

3. Охарактеризуйте проводниковый тип расстройства чувствительности.
4. Как исследуются защитные рефлексы и каково их клиническое значение?
5. При каких заболеваниях может наблюдаться подобная симптоматика?

Поражен весь поперечник спинного мозга на уровне 1-4-го шейных позвонков. О поражении пирамидных путей на этом уровне свидетельствует центральный паралич рук и ног, сопровождающийся резким ограничением подвижности диафрагмы, расстройством дыхания и икотой. Нижний уровень очага поражения соответствует 4-му шейному сегменту. Он не может спускаться на 5-й шейный сегмент, т.к. рефлексы с сухожилий двухглавых мышц высокие. Подтверждением верхнего уровня поражения спинного мозга является утрата всех видов чувствительности с области затылка книзу вследствие блокады проводников чувствительности на уровне указанного сегмента. Проводниковый тип расстройства чувствительности характеризуется снижением или утратой различных ее видов с какого-либо уровня книзу.

Методика вызывания защитных рефлексов: при щипке, уколе или нанесении капли этилового эфира на выпрямленную парализованную ногу последняя непроизвольно сгибается. Защитные рефлексы – один из симптомов поражения пирамидных путей.

Задача № 52

У больного определяется триада Горнера с обеих сторон. Активные движения рук и ног отсутствуют. Наблюдаются атония и атрофия мышц плечевого пояса и рук. Тонус мышц ног повышен. Отсутствуют бицепитальные, трицепитальные и карпорадальные рефлексы. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Кожные брюшные рефлексы угнетены. Вызываются патологические рефлексы группы Бабинского и Россоломо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности с области надплечий книзу (по проводниковому типу). Задержка мочи и стула.

Вопросы по задаче:

1. Определите, где находятся поражение.
2. Обоснуйте топический диагноз.
3. Какие симптомы составляют триаду Горнера?
4. При каких заболеваниях возможно возникновение данного синдрома?
5. Назначьте обследование больному и проведите дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся данными нарушениями.

Поражен весь поперечник спинного мозга на уровне 5-8-го шейного и 1-2-го грудного сегментов.

6. Периферический паралич рук свидетельствует о поражении передних рогов 5-8-го шейных и 1-2-го грудных сегментов, так как двигательные клетки передних рогов этих сегментов иннервируют мышцы верхних конечностей. На этом же уровне в спинном мозге (при сохранности функции черепно-мозговых нервов) пострадали пирамидные пути, что проявляется центральным параличом ног, а также задержкой мочи и стула. Утрата всех видов чувствительности с уровня надплечий книзу является следствием поражения всех проводников чувствительности на

уровне 5-го шейного сегмента. Наличие триады Горнера с обеих сторон – результат поражения боковых рогов 8-го шейного и 1-го грудного сегмента(цилиоспинальный центр) которые иннервируют три гладкие мышцы: орбитальную, расширяющую зрачок и мышцу хряща верхнего века. Дуга бицепитального рефлекса замыкается на уровне 5-6-го шейных сегментов.

7.

Задача № 53

У больного 35 лет после простуды обострился правосторонний отит с гнойным отделяемым. На этом фоне повысилась температура, появилась резкая головная боль, вскоре присоединилась тошнота и повторная рвота. При клиническом осмотре в неврологическом статусе выявлена ригидность мышц затылка до 8 см, с. Кернига под углом 150° с обеих сторон, симптомы Брудзинского верхний и нижний, положительный скуловой рефлекс Бехтерева с обеих сторон больше справа.

При люмбальной пункции получен мутный ликвор, бесцветный.

При анализе спинно-мозговой жидкости выявлены нейтрофилы до 2150 в 1 мкл, белок до 0,45 г/л.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Назовите синдром изменения спинно-мозговой жидкости.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назовите адекватное лечение.
5. Определите прогноз заболевания.

1. Поражение мозговых оболочек
2. Клеточно-белковая диссоциация с нейтрофильным и лейкоцитозом.
3. Вторичный (отогенный) гнойный менингит.
4. Пенициллин (или другой антибиотик, к кот. чувствительный возбудитель), сульфаниламиды, дезинтоксикация, анальгетики. Оперативное лечение гнойного отита решает лор-врач.

Задача № 54

Больной 40 лет, неделю назад после наклона вперед почувствовал резкую боль в пояснице, которая иррадиировала в правую ногу по задне-наружной поверхности бедра и голени. Боли усиливаются при движениях, в вертикальном положении, кашле, сохраняются и в положении лежа ночью. Прием анальгетиков и согревание поясницы эффекта не дают. Боли в пояснице беспокоят несколько лет, впервые появились после подъема тяжести. После нагрузки и переохлаждения трижды наблюдались обострения заболевания. При последнем обострении к болям в пояснице присоединились боли в правой ноге, отмечался сколиоз. В момент осмотра отмечается ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника при наклонах вперед и в стороны, сглаженность поясничного лордоза, правосторонний сколиоз, напряжение паравертебральных мышц больше справа. Болезненность при пальпации паравертебральных точек на уровне L₅-S₁ справа и по ходу седалищного нерва. Умеренный симптом Ласега справа. Гипестезия по задне-наружной поверхности бедра и голени справа, снижен правый ахиллов рефлекс.

Вопросы по задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте топический диагноз.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
3. Определите основные направления дифференциального диагноза.
4. Определите объем возможных дополнительных исследований.
5. Перечислите основные компоненты терапевтической программы.

Диагноз: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом.

1. Определите основные неврологические синдромы.

Признаки остеохондроза позвоночника – возникновение

а) боль в пояснице и правой ноге.

б) ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, сглаженность поясничного лордоза, правосторонний сколиоз (анталгический), напряжение паравертебральных мышц (больше справа).

в) симптом напряжения – с. Лассега.

2. Что такое симптом Лассега.

Симптом Лассега: это болевой симптом натяжения седалищного нерва: при подъеме прямой ноги вверх (больной лежит на спине) появляется резкая боль по задней поверхности бедра, голени.

3. Сформулируйте и обоснуйте топический диагноз.

Корешковый синдром – боли в пояснице, отдающие в правую ногу по задне-наружной поверхности бедра и голени, усиливающиеся при движениях, в вертикальном положении, кашле (симптом Дежерина), болезненность при пальпации паравертебральных точек на уровне L₅-S₁ справа и по ходу седалищного нерва, умеренный симптом Лассега справа, гипестезия по задне-наружной поверхности бедра и голени справа, снижение правого ахиллова рефлекса. Указывают на поражение седалищного нерва (корешки Z₅, S₁, S₂).

4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.

Клинический диагноз. Наличие поясничных болей несколько лет, их непостоянный характер, обострения после подъема тяжести и переохлаждения дают основания предположить наличие остеохондроза. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника (диска L₅-S₁) правосторонний корешковый синдром (Z₅, S₁, S₂) справа в стадии обострения, умеренно выраженный мышечно-тонический синдром, выраженный болевой синдром.

5. Определите основные направления дифференциального диагноза.

С учетом типичных составляющих клинической картины диф. диагноз следует проводить с корешковой стадией экстрамедуллярной опухоли той же локализации, туберкулезным спондилитом.

6. Определите объем возможных дополнительных исследований.

- Люмбальная пункция.

- Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2-х проекциях (выявление признаков остеохондроза)

- Магнитно-резонансная томография, рентгенкомпьютерная томография.
7. Перечислите основные компоненты терапевтической программы.
Стационарное лечение.
1. Нестероидные противовоспалительные средства (вольтарен, ибупрофен и др.).
 2. Аналгетики в/м, внутрь,
 3. Использование лечебных мазей на основе пчелиного, змеиного ядов,
 4. Аппликации (компрессы) димексида, бишофита, медицинской желчи.
 5. Введение витамином группы В, никотиновой кислоты, биогенных тканевых стимуляторов (алоэ, стекловидное тело и др.).
 6. Паравerteбральные новокаиновые блокады с добавлением гидрокортизона, витамина В₁₂ и т.д.
 7. Твердый «щит» на кровати.
8. Экспертиза трудоспособности.
Временная нетрудоспособность, в случае течения болезни с частыми обострениями, осложнениями (парез нижней конечности, тазовые нарушения и др.), оперативное лечение, – решение экспертных вопросов вплоть до определения группы инвалидности.
9. Что рекомендовать пациенту с целью профилактики обострений?
Избегать переохлаждения, подъема тяжестей, неловких резких движений, длительного вынужденного положения тела оптимизация двигательного режима. Жесткая постель. Гимнастика. Санитарно-курортное лечение.

Задача № 55

В неврологическое отделение доставлен мужчина 36 лет в состоянии психомоторного возбуждения. Дезориентирован, на вопросы отвечает не по существу. Известно, что на работе появилась сильная головная боль, упал, появилась тошнота и рвота. В неврологическом статусе определяется ригидность мышц затылка, симптомы Кернига с обеих сторон, болезненность при движении глазных яблок. Левосторонний птоз, расходящееся косоглазие за счет левого глаза, анизокория S>D. Сухожильные рефлексы оживлены на руках, коленные и ахилловы угнетены. Патологические знаки Бабинского с обеих сторон. Температура тела 37,8⁰С. АД 175/90 мм.рт.ст. Пульс 88. В общем анализе крови обнаруживается лейкоцитоз – 10x10⁹/л.

Вопросы по задаче:

1. Как можно квалифицировать состояния больного?
2. Назовите основные неврологические расстройства.
3. Объясните происхождение очаговой неврологической симптоматики.
4. Определите вероятный характер процесса.
5. Определите тактику ведения больного?

Диагноз: Субарахноидальное кровоизлияние.

1. Как можно квалифицировать состояние больного?

Состояние больного тяжелое.

2. Перечислите критерии оценки его состояния.
 - а) Нарушение сознания.
 - б) Повышение АД до 175/90 мм.рт.ст.
 - в) Тахикардия (пульс 88 уд/мин).
3. Назовите основные неврологические расстройства.
 - а) Оболочечные симптомы – ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига с обеих сторон, болезненность при движениях глазных яблок.
 - б) Общемозговые симптомы – сильная головная боль, тошнота, рвота, психомоторное возбуждение, непродуктивный речевой контакт.
 - в) Очаговые симптомы – патологические стопные рефлекссы Бабинского, снижение коленных и ахилловых рефлекссов, оживление сухожильных рефлекссов на руках; левосторонний птоз, расходящееся косоглазие за счет левого глаза, анизокория S>D.
4. Объясните происхождение очаговой неврологической симптоматики.
 - а) Основная неврологическая симптоматика – поражение оболочек головного мозга, проявляющееся менингеальным синдромом (ригидность мышц затылка, синдром Кернига).
 - б) Поражение корешка глазодвигательного нерва в области ножек мозга.
 - в) Рефлекторные изменения могут быть связаны с воздействием патологического процесса на пирамидные пути в области ножек мозга.
5. Определите вероятный характер нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрагия), сформулируйте предварительный клинический диагноз.

Субарахноидальное кровоизлияние, разрыв аневризмы задней соединительной артерии или одной из ветвей виллизиевого круга.
Обоснование: яркие оболочечные, общемозговые, менее яркие очаговые симптомы, возникшие внезапно (на фоне повышения АД) у молодого мужчины во время работы.
6. Назовите возможные причины развития менингеального синдрома.

Раздражение оболочек излившейся в субарахноидальное пространство кровью.
7. Определите объем неотложного обследования.

ЭЭГ, глюкоза крови, показатели свертываемости крови (коагулограмма), офтальмоскопия, МРТ, РКТ головного мозга, при необходимости люмбальная пункция.
8. Разработайте схему неотложной терапии.
 - а) гипотензивная терапия, контроль и коррекция гемодинамики
 - б) антифибринолитическая терапия (дицинон, аминокапроновая кислота, контрикал).
 - в) улучшение оксигенации (кислород).
 - г) профилактика отека мозга (введение альбумина и/или маннитола в/в капельно, лазикса в/в)

е) профилактика вторичной ишемии в структурах головного мозга – нимотоп С в/в капельно.

д) ноотропы (пирацетам или ноотропил в больших дозах – 12-6 г. в сутки)

9. Ваша тактика ведения больного?

Срочная госпитализация в специализированное нейрососудистое отделение, консультация нейрохирурга.

Интенсивная терапия.

Задача №56

У молодого человека 19 лет утром возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, повторная рвота, озноб. Беспокоят болезненность при движении глазных яблок, боли в мышцах шеи, туловища, поясницы и конечностей. Температура тела повысилась до 39⁰С. При обследовании сонлив, вял, непольностью ориентирован во времени и обстановке, с трудом отвечает на вопросы. Сопротивляется осмотру. Выраженная ригидность мышц затылка и симптомы Кернига с обеих сторон. Движения в руках и ногах не нарушены. Сухожильные и надкостничные рефлексy симметричные непостоянные патологические стопные знаки. Общая гиперестезия. АД 140/85 мм.рт.ст., пульс ритмичный 110 в мин. Кровь: лейкоциты 16,0x10⁹/л, СОЭ 28 мм/ч. Ликвор мутный молочно-серого цвета, давление 390 мл. водн.ст., белок 2/6 г/л, цитоз 8000x10⁶/л (преимущественно нейтрофилы), менингококки.

Вопросы по задаче:

1. Перечислите основные неврологические расстройства.
2. Дайте оценку результатам исследования ликвора.
3. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
4. Определите основные направления дифференциального диагноза.
5. Подберите оптимальную схему неотложной терапии.

Диагноз: эпидемический церебральный (менингококковый) гнойный менингит.

1. Перечислите основные неврологические расстройства.
 - а) Оболочечные симптомы – выраженная ригидность мышц затылка и симптомы Кернига с обеих сторон, общая гиперестезия.
 - б) Общемозговые симптомы – головная боль, тошнота, повторная рвота; сонливость, вялость, неполная ориентация во времени и обстановке, затруднение ответов на вопросы, сопротивление осмотру.
2. Перечислите основные соматические (общееинфекционные) расстройства общеинфекционные симптомы, симптомы интоксикации – озноб, боли в мышцах шеи, туловища, поясницы и конечностей, повышение температуры до 39⁰, тахикардия, воспалительные изменения в крови – повышение СОЭ, высокий лейкоцитоз.
3. Дайте оценку результатам исследования ликвора.

Изменение состава ликвора, характерное для гнойного менингита: высокое ликворное давление 390 мл.вод.ст., цвет ликвора молочно-серый, ликвор мутный; высокий (тысячи клеток) нейтрофильный плеоцитоз.
4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.

Острый эпидемический, цереброспинальный гнойный (менингококковый) менингит.

Обоснование – сочетание общеинфекционных, общемозговых и оболочечных симптомов при характерной картине ликвора, наличие менингококков в ликворе.

5. Определите основные направления дифференциального диагноза. Диагноз следует проводить с менингитами различной этиологии – прежде всего вторичными гнойными, и при более остром начале – с субарахноидальным кровоизлиянием.
6. Подберите оптимальную схему неотложной терапии.
 - а) Антибиотики широкого спектра действия (бактерицидные) – полусинтетические пеницилины (большие дозы пенициллина – 300-500.000 ед/кг/сут. взрослому пациенту), цефалоспорины, аминогликозиды, их сочетания. Сульфаниламиды.
 - б) Аналгетики (уменьшение головной боли, снижение температуры): парацетомол, аспирин, мокрые обертывания и т.д.
 - в) Дезинтоксикация (гемодез, реополиглюкин, раствор глюкозы и др.)
7. Ваша тактика ведения больного.
Срочная госпитализация в инфекционную больницу.
8. Наиболее опасные осложнения:
 - а) Отек мозга
 - б) Кровоизлияние в надпочечники (синдром Уотерхауса – Фридериксена.).

Задача №57

Мужчина 68 лет днем внезапно потерял сознание. Развилась рвота, шумное глубокое дыхание, двигательное беспокойство. При осмотре обнаруживаются отклонение головы и глазных яблок влево, сглаженность правой носогубной складки. Гипотония мышц правой руки и ноги. Сухожильные рефлексы снижены справа, определяются патологические стопные рефлексы с той же стороны. На болевые раздражения реагирует напряжением мышц руки и ноги слева. Реакция на боль справа отсутствует. Менингеальный синдром не определяется. АД 175/100 мм.рт.ст., пульс 90 в мин. Мерцательная аритмия, ЧСС 115 в мин. Дыхание шумное, ритмичное, 24 в мин. Известно, что в течение пяти лет страдает мерцательной аритмией.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите основные направления дифференциального диагноза.
3. Определите объем неотложного соматического обследования.
4. Разработайте схему неотложной терапии.
5. Ваша тактика ведения больного?

Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения. Ишемический инсульт (кардиоэмболия) в системе левой средней мозговой артерии.

1. Как можно квалифицировать состояние больного?
Состояние больного тяжелое.

2. Перечислите критерии оценки его состояния.
 - а) Степень угнетения сознания – кома – 1.
 - б) Повышение АД до 175/100 мм.рт.ст.
 - в) Отдышка (ЧДД 24 в 1 минуту при норме 16-20 в минуту), патологическое шумное дыхание.
 - г) Тахикардия со значительным дефицитом пульса (пульс 90 уд/мин при ЧСС/115/мин.).
 - д) Возникновение грубой очаговой неврологической симптоматики, свидетельствующее о повреждении вещества мозга.
3. Назовите основные неврологические расстройства.
 - а) Общемозговые симптомы – рвота, двигательное беспокойство, угнетение сознания. Сохранение реакции на боль в левых конечностях при наличии шумного ритмичного дыхания (24 в минуту) соответствует коме 1 ст.
 - б) Очаговые симптомы – справа:
 - 1) Сглаженность носогубной складки; отклонение головы и глазных яблок влево (парез взора вправо)
 - 2) Данная симптоматика соответствует правостороннему центральному гемипарезу и парезу взора вправо, а также предположительно правосторонней гемианестезии. Топически это соответствует патологическому очагу в левой лобно-теменной области.
4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (кардиоэмболия) в системе левой средней мозговой артерии. Гипертоническая болезнь 1 ст. ИБС, аритмический вариант, мерцательная аритмия. Обоснование – сочетание общемозговых и очаговых симптомов, возникших остро на фоне повышения АД и мерцательной аритмии.
5. Определите основные направления дифференциального диагноза с паренхиматозным геморрагическим инсультом. Необходима компьютерная магнитно-резонансная томография, люмбальная пункция.
6. Определите объем неотложного соматического обследования.

Аускультация сердца, ЭКГ, глюкоза крови, показатели свертываемости крови (коагулограмма).
7. Разработайте схему неотложной терапии.
 - а) Гипотензивная терапия
 - б) Антиаритмические препараты
 - в) Антикоагулянты
 - г) Антиагреганты
 - д) Профилактика отека мозга
 - е) Ноотропы
8. Ваша тактика ведения больного?

Срочная госпитализация в специализированное отделение.

Мониторинг ЭКГ, АД, пульса, дыхания, в условиях отделения реанимации или палаты интенсивной терапии нейрососудистого отделения.

9. Определите прогноз заболевания.

- а) Для жизни: при адекватной терапии возможен благоприятный исход
- б) Для полного выздоровления – неблагоприятный: вероятным исходом может быть правосторонний гемипарез, не исключено нарушение речи.
- в) Для трудоспособности – неблагоприятный. С учетом возраста и выраженности очаговых симптомов.

10. Перечислите наиболее частые осложнения острого периода заболевания.

Отек и дислокация мозга, бактериальная, гипостатическая пневмония, пролежни, уроинфекция, развитие сердечной недостаточности.

Задача №58

У мужчины 29 лет вначале снизилось зрение на правый глаз, затем через два месяца, зрение снизилось и на левый глаз. Вначале заболевания были небольшие боли в глазных яблоках. При исследовании полей зрения выявлена темпоральная гемианопсия (двусторонняя). На глазном дне первичная, частичная атрофия зрительных нервов.

Вопросы по задаче:

1. Где локализуется процесс?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциацию?
4. Назначьте необходимое обследование.
5. Определите план лечения.

Оптико-хиазмальный арахноидит.

Задача № 59

У больной 29 лет, на фоне субфебрилитета, появились жалобы на сильную головную боль давящего характера, боль при движении глазных яблок, в последующем стала отмечать общую слабость. Ночью развился приступ с потерей сознания и судорогах в правых конечностях, в связи с чем доставлена в стационар.

При осмотре: АД 110/70 мм рт ст, пульс 95 в минуту, температура тела 39° С. В неврологическом статусе: сопор, ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернига 130° с обеих сторон, парез взора вправо, плоче правая носогубная складка, менее активны правые конечности. Сухожильные рефлексы выше справа, справа симптом Бабинского.

Дополнительные исследования: в крови отмечается лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$. Ликвор прозрачный, слегка мутный, 120 клеток в мкл, лимфоциты 80%, нейтрофилы 20%, глюкоза 2,2 ммоль/л, белок 1,2 г/л.

Вопросы по задаче:

1. Установите топический диагноз.
2. Дайте оценку изменению состава ликвора.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Наметьте план дополнительных обследований для уточнения диагноза.
5. Обозначьте основные направления терапии.

1. Поражены оболочки мозга и левая лобная доля.

2. Серозный ликвор.
3. Вирусный (герпетический) менингоэнцефалит
4. План обследований: ПЦР ликвора и крови, МРТ головного мозга, исследования внутренних органов для исключения первичного очага инфекции (ЭКГ, УЗИ, R-графия, анализы крови, мочи).
Этиологическое лечение (противовирусные препараты), дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия (инфузия кристаллоидов, антигистаминные препараты, гормоны), противоотечная терапия (осмотические диуретики), симптоматическая терапия (жаропонижающие)

Задача № 60

Больной 40 лет, после летнего отпуска проведенного на Дальнем Востоке, обратился к врачу поликлиники с жалобами на головную боль, миалгии, болью в горле, повышение температуры тела. Был поставлен диагноз ОРВИ. Через три дня температура поднялась до фебрильных цифр, выросла головная боль до тошноты, присоединилось головокружение, был направлен для дообследования в стационар.

При осмотре: АД 130/80 мм рт ст, пульс 95 в минуту, температура тела 38° С. В неврологическом статусе: ригидность мышц шеи 3 см, симптом Кернига 140° с обеих сторон, ограничение движение глаз во все стороны из-за боли. Отмечается дисфония, дисфагия, глоточные рефлексy снижены, сухожильные рефлексy оживлены с обеих сторон, клонусы стоп. Отмечается тремор пальцев рук, атаксия при выполнении координаторных проб, нистагм. В анализе крови отмечается лейкоцитоз; ликвор – бесцветный, слегка мутный, лимфоцитарный плеоцитоз, 120 клеток в 1 мкл, глюкоза 2,2 ммоль/л, белок 1,4 г/л. На МРТ выявляются гиперинтенсивные зоны в T2-режиме в субтенториальных структурах головного мозга.

Вопросы по задаче:

1. Установите и обоснуйте топический диагноз.
2. Дайте оценку изменению состава ликвора.
3. Поставьте клинический диагноз. Какие данные анамнеза для этого следует уточнить.
4. Назначьте дополнительные обследования, консультации смежных специалистов.
5. Обозначьте основные направления терапии.

Ответ

1. Поражены оболочки мозга, продолговатый мозг, мозжечок.
2. Серозный ликвор.
3. Вирусный (дальневосточный) энцефалит. Укусы насекомых (комаров).
4. План обследований: ПЦР ликвора и крови, консультация инфекциониста.
5. Дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия (инфузия кристаллоидов, антигистаминные препараты, гормоны), противоотечная терапия (осмотические диуретики), симптоматическая терапия (жаропонижающие, противорвотные, анальгетики), ноотропы, метаболиты. Постановка назогастрального зонда.

Задача № 61

Больной 35 лет, после перенесенной тяжелой вирусной инфекции с высокой температурой, головной болью, тошнотой, стал отмечать постепенное снижение зрения на оба глаза, появились приступы распирающей давящие головной боли в области лба. Обратился в поликлинику к офтальмологу, было выявлено концентрическое сужение полей зрения, признаки атрофии зрительного нерва. В неврологическом статусе определяется вегетативно – сосудистые нарушения в виде симпатотонии при проведении орто- и клиностатических проб, оценке дермографизма.

Вопросы по задаче:

1. Определите, какие структуры нервной системы поражены.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Назначьте необходимые для этого дополнительные обследования.

1. Поражены хиазма, гипоталамус.
2. Опто-хиазмальный арахноидит.
3. Опухоль гипофиза, рассеянный энцефаломиелит.
4. МРТ головного мозга, зрительные вызванные потенциалы.

Задача № 62

У больного на фоне повышенной температуры, болей в пояснице нарушились движения в ногах, появилось онемение в них, появились затруднения при мочеиспускании, в связи с чем доставлен в неврологическое отделение.

При осмотре отмечается симптом Кернига до 120° с обеих сторон, средний и нижний симптом Брудзинского. Нижний выраженный парапарез до 2 баллов, со снижением коленных и оживлением до клонусов ахилловых рефлексов. Двусторонний симптом Бабинского. Верхний брюшной рефлекс живой, симметричен, средний и нижний не вызываются. Расстройство болевой и температурной чувствительности с уровня пупка до аногенитальной зоны, нарушение суставно-мышечного чувства в ногах. Задержка мочеиспускания.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте и обоснуйте топический диагноз.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Назначьте необходимые для этого дополнительные обследования.

1. Поражен спинной мозг на уровне нижних грудных и поясничных сегментов (Th_x-L_{IV}).
2. Миелит нижнегрудного и поясничного отдела.
3. Гематомиелия, острый рассеянный энцефаломиелит.
4. МРТ спинного мозга, исследование ликвора.

Задача № 63

У больного 56 лет на протяжении 2-х недель отмечаются приступы слабости и онемения правой кисти, длящиеся от нескольких минут до часа. Во время последнего приступа отмечался «перекося» лица, появилась нечеткость речи, что послужило поводом для обращения к неврологу поликлиники.

При осмотре АД 120/80 мм рт ст, пульс 84 в минуту. Систолический шум в проекции левой общей сонной артерии.

В неврологическом статусе: асимметрия носогубных складок, легкая девиация языка вправо. Парезов конечностей на момент осмотра не выявлено. Сухожильные рефлексы с рук справа выше. Нарушена болевая чувствительность в правой кисти.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный тип расстройства чувствительности?
2. Определите и обоснуйте топический диагноз.
3. Предположите клинический диагноз.
4. Какова тактика ведения пациента?
5. Назначьте необходимые дополнительные обследования.

1. Корковый тип расстройства чувствительности.
2. Средние и нижние отделы коры пре- и постцентральной извилин левого полушария головного мозга.
3. ПНМК по типу ТИА в корковых ветвях левой средней мозговой артерии
4. Срочная госпитализация в неврологическое отделение для проведения дообследования и лечения.
5. УЗДГ БЦА, МРТ и МРА головного мозга.

Задача № 64

Больной 55 лет лечился в поликлинике у оториноларинголога по поводу обострения хронического отита. Явной положительной динамики на фоне лечения не отмечалось. Последние несколько дней на фоне фебрильной температуры, снижения слуха стал отмечать головную боль, головокружение с тошнотой. Был направлен на консультацию к неврологу. При клиническом осмотре в неврологическом статусе выявлена ригидность мышц затылка до 4 см, симптом Кернига под углом 150° с обеих сторон, положительный скуловой рефлекс Бехтерева с обеих сторон. В остальном неврологический статус без очаговых симптомов.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Назовите предполагаемый клинический диагноз.
3. Назначьте необходимые для уточнения диагноза дообследования.
4. Предложите варианты результатов дополнительных исследований.
5. Назначьте лечение с учетом результатов дополнительных методов.

1. Поражены оболочки мозга.
2. Вторичный отогенный (гнойный) менингит.
3. Исследование ликвора, МРТ головного мозга
4. Ликвор мутный, желто-зеленый, нейтрофильный плеоцитоз, тысячи клеток в мкл, повышение белка до нескольких г/л, снижение глюкозы.
5. Этиологическое лечение (санация первичного очага, антибиотики), дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия (инфузия кристаллоидов, антигистаминные препараты), противоотечная терапия (осмотические диуретики), симптоматическая терапия (жаропонижающие, анальгетики).

Задача № 65

Больной 78 лет предъявляет жалобы на постепенно нарастающую в течении нескольких лет скованность, неловкость при ходьбе, периодическое дрожание рук. Так же беспокоит общая слабость, головокружение, головная боль, чаще при повышении АД.

При осмотре АД 160/100 мм рт ст, пульс 78 в минуту. В неврологическом статусе олигобрадикинезия, гипомимия, флексорная поза, повышение мышечного тонуса по типу зубчатого колеса, отмечается мелкоамплитудный тремор пальцев рук в покое. Походка шаркающая, мелкими шажками, отмечается феномен пропульсии. Так же в статусе отмечается легкая анизорефлексия, установочный нистагм при взгляде в стороны, пошатывание в позе Ромберга.

Вопросы по задаче:

1. Выделите основной клинический синдром.
2. При поражении каких структур нервной системы он возникает.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Определите тактику ведения пациента.

Экстрапирамидный гипертонический-гипокинетический.

6. Палидарная система (бледный шар, черная субстанция).
7. Дисциркуляторная энцефалопатия II с синдромом паркинсонизма.
8. Болезнь Паркинсона.
9. Амбулаторное лечение: гипотензивные препараты, антиагреганты, вазоактивные препараты, ноотропы.

Задача № 66

Больная 55 лет поступила в неврологическое отделение с нарушением движений в ногах, онемением нижней части тела и ног, недержанием мочи. Ранее длительно беспокоили периодические боли в поясничной области. Состояние возникло резко, после физической нагрузки.

В неврологическом статусе нижняя вялая параплегия, проводниковые расстройства поверхностной чувствительности с уровня сосков, недержание мочи и кала. Температура тела нормальная, менингеальных знаков не получено.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте и обоснуйте топический диагноз.
2. Предположите клинический диагноз
3. Наметьте план дополнительных обследований
4. Назначьте лечение
5. Поражены нижние грудные (с Th_v), поясничные и крестцовые сегменты спинного мозга.
6. Острое нарушение спинального кровообращения в артерии Адамкевича.

7. МРТ спинного мозга

8. Антиагреганты, вазоактивные препараты, ноотропы.

Задача № 67

Больной 54 лет обратился к неврологу с жалобами на пошатывание при ходьбе, неустойчивость, особенно в вечернее время, темное время суток. Кроме того отмечает ощущение покалывания, «ползания мурашек», иногда жжение в пальцах рук, стопах. Жалобы нарастают постепенно последние 3 года. Около 10 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулин.

При осмотре черепные нервы – без грубых симптомов поражения. Отмечается снижение ахилловых, коленных и карпо-радиальных рефлексов, расстройство поверхностной и глубокой чувствительности в области кистей рук, голеней и стоп. В позе Ромберга – шаткость, усиливающаяся при закрывании глаз. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, хуже с ног.

Вопросы по задаче:

1. Как называется ведущий клинический синдром?
2. Какие структуры нервной системы поражены?
3. Поставьте клинический диагноз
4. Назначьте дополнительные методы обследования.

1. Сеситивная ататксия

2. Двигательные и чувствительные волокна дистальных отделов периферических нервов

3. Диабетическая полинейропатия

4. ЭНМГ

Задача № 68

Больная 19 лет обратилась в поликлинику к неврологу с жалобами на приступы потери сознания, возникающие при нахождении в душном помещении, при волнении. Во время начала приступа ощущает общую слабость, «дурноту», подташнивание, потемнение в глазах. Иногда сознание не утрачивается. Со слов окружающих при этом, как правило, бледнеет. При осмотре выявляется лабильность вазомоторных реакций в виде побледнения или покраснения кожи, тахикардии, гипергидроза ладоней и стоп.

Вопросы по задаче:

1. Как называется данный вид нарушения сознания?
2. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести дообследования?
4. Какова первая помощь при данных приступах?

1. Синкопа.

2. Эпилептикекий приступ.

3. ЭЭГ, МРТ головного мозга

4. Уложить на горизонтальную поверхность, обеспечить доступ «свежего» воздуха при необходимости использование местно раздражающих препаратов (нашатырный спирт).

Задача № 69

Больной Б., 52 лет, поступил в неврологическое отделение с жалобами на нарастающую слабость в руках, общую слабость, похудание, подергивания в мышцах рук, спины, грудных мышцах, редкие поперхивания при приёме жидкости, возникновение носового оттенка голоса.

Считает себя больным около 1,5 лет, с тех пор, как возникли затруднения при написании текста правой рукой. Позже обратил внимание на похудание рук и всего тела, за 1,5 года потерял около 15 кг массы тела (с 80 до 65 кг).

В неврологическом статусе – гипотрофии мышц обеих рук, плечевого пояса, особенно надостных и трапециевидных мышц, фасцикулярные подергивания в мышцах рук, туловища, грудной клетки, бёдер, в языке. Рефлексы и мышечный тонус на руках снижены, выявляется патологический кистевой рефлекс Россолимо с 2-х сторон. В ногах мышечный тонус повышен по спастическому типу, сухожильные рефлексы высокие, рефлекс Бабинского с обеих сторон. Чувствительных, координационных, тазовых расстройств нет.

Выявляются высокие глоточные, нёбные, нижнечелюстной и надбровный рефлексы, а также рефлексы орального (стволового) автоматизма – хоботковый и назолабиальный.

Вопросы по задаче:

1. Какие структуры нервной системы вовлечены в процесс?
2. Поставьте клинический диагноз. Какой метод дополнительной диагностики позволит верифицировать диагноз?
3. С какими заболеваниями возможен дифференциальный диагноз?
4. Каковы течение и прогноз заболевания?
5. Каковы, на Ваш взгляд, перспективы лечения?

1. Верхние (центральные) и нижние (периферические) мотонейроны с 2-х сторон на всём протяжении, более всего – в области шейного утолщения спинного мозга.

2. Болезнь двигательного нейрона – боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма. Электронейромиография (игольчатая) – выявление признаков дегенерации тел мотонейронов в передних рогах спинного мозга.

3. Спинальная амиотрофия (поздние формы), вертеброгенно-сосудистая миелопатия, в меньшей степени – миопатия, миастения, хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия.

4. Неуклонное прогрессирующее течение, приводящее к грубой инвалидизации и летальному исходу в течение нескольких лет.

5. В настоящее время эффективного лечения нет.

Задача № 70

Пациентка М., 23 лет, обратилась к врачу-неврологу по поводу повторного в течение месяца приступа сильной головной боли в левой половине головы, особенно в области виска, длившейся более суток и имевшей нарастающее течение. Во время приступа пыталась лечь и заснуть, «убрать свет», устранить лишние звуки, «перетянуть голову холодным полотенцем». Во время второго приступа – рвота, несколько уменьшившая интенсивность боли, после чего больная смогла заснуть. После пробуждения боль исчезла. Ранее подобной боли не отмечала, но сообщила, что подобная

головная боль есть у мамы (46 лет), а ранее, до наступления менопаузы, отмечалась и у тёти (сестра матери, 54 года).

Сообщила, что в течение последнего месяца недосыпала в связи с подготовкой дипломной работы (4-5 часов сна в сутки). Накануне второго приступа отметила свой день рождения.

Объективно неврологической симптоматики не выявлено. При осмотре кожные покровы бледные, АД = 100/65 мм рт ст, пульс – 84 в минуту. Оценила интенсивность своей головной боли в 8,5 баллов (из 10 возможных) по визуально-аналоговой шкале.

Вопросы по задаче:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Какие характерные особенности клинической картины позволяют предполагать именно этот диагноз?
- 3.Назовите стадии развития приступа в типичном случае.
- 4.Дайте прогноз дальнейшего течения заболевания.
- 5.Назовите основные направления лечения.

1.Мигрень без ауры.

2.Типичные признаки – многочасовая боль в одной половине головы (гемикрания), преобладающая в области лба, виска, глазницы; интенсивность в 8-9 баллов на высоте боли; провокация недосыпанием, употреблением в пищу некоторых продуктов (сыр, копчёности, какао и др.) и алкоголя; частое наличие в семье лиц с похожей головной болью; молодой возраст, женский пол; иногда – облегчение боли после рвоты и/или сна.

3.Вазоконстрикция, вазодилатация, отёк стенки церебральных сосудов.

4.Хроническое течение, после наступления менопаузы возможно облегчение или исчезновение боли.

5.В начальных стадиях – простые анальгетики (цитрамон, аспирин и др.), при недостаточной эффективности – препараты спорыньи (эрготамин) и их возможные сочетания с кофеином (кофетамин) и алкалоидами красавки (беллоид, беллатаминал). Современные серотонинергические препараты – триптаны (например, суматриптан, зомиг, нарамиг, элетриптан).

Задача № 71

Пациентка П., 27 лет, обратилась к неврологу с жалобами на повторяющиеся в течение последних двух месяцев приступы учащённого сердцебиения, сопровождающиеся похолоданием конечностей, пульсирующей головной болью, одышкой, своеобразным «ознобом» («не холодно, но трясёт»); как правило, отмечались холодный липкий пот и страх смерти. В большинстве случаев приступ заканчивался учащённым обильным мочеиспусканием светлой мочой.

Сообщила, что в течение 3-х месяцев, предшествовавших возникновению приступов, произошёл ряд драматических событий (похороны дяди, выявление у шестилетнего сына сахарного диабета, уход мужа из семьи). Первый приступ возник в день госпитализации матери пациентки в кардиологическое отделение в связи с подозрением на инфаркт миокарда, продолжался около 1 часа. Дополнительно сообщила, что в детстве, в возрасте 8 лет, подозревали ревматизм, однако позже диагноз был снят. В возрасте 14 лет перенесла сотрясение головного мозга.

Пациентка была госпитализирована в неврологическое отделение, патологии нервной и сердечно-сосудистой систем при лабораторных и инструментальных исследованиях выявлено не было. Дежурным неврологом описан один из пароксизмов,

произошедших в стационаре: «Больная ажитирована, говорит, что «боится умереть», кожные покровы бледные, холодный липкий пот, пульс 96 в минуту, ритмичный, ЧДД = 24 в минуту, $t = 37,0^{\circ}\text{C}$, АД = 160/80 мм рт. ст. Зрачки широкие, симметричные, на свет реагируют живо; расширены глазные щели, лёгкий экзофтальм; наблюдается ознобopodobный гиперкинез. Приступ продолжался около 1 часа».

Вопросы по задаче:

1. Оцените описанную ситуацию.
2. Вовлечение каких структур нервной системы может обусловить возникновение подобных пароксизмов?
3. С какими состояниями целесообразно дифференцировать данный синдром?
4. Обозначьте основные направления лечения.

1. Паническая атака (вегетативный симпатoadреналовый криз).

2. Высшие вегетативные центры головного мозга (гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс).

3. Пароксизмальная тахикардия, гипертонический криз, истерический припадок.

4. Психотерапия (формирование изменения отношения к жизненной ситуации) и психофармакотерапия (атипичный бензодиазепин Альпразолам или антидепрессанты курсом 2-3 месяца).

Задача № 72

Больной 28-ми лет. Неделю назад появились общая слабость, головная боль, боли в пояснично-крестцовой области и мышцах ног. Температура повысилась до 38° . Спустя три дня развился паралич ног, возникло «онемение» в ногах, задержка мочи и стула.

Объективно: в области крестца и стоп трофические расстройства. Активные движения ног отсутствуют. Тонус мышц повышен в разгибателях голеней. Коленные рефлексы высокие, зоны их вызывания расширены, клонус надколенников и стоп. Средние и нижние брюшные рефлексы, а также кремастерные отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон. От пупка книзу утрачены все виды чувствительности.

Общий анализ крови: СОЭ — 24 мм/ч, лейкоциты 11000 в 1 мкл. Анализ мочи: следы белка, единичные лейкоциты в поле зрения. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная; давление в положении лежа 330 мм вод. ст., белок — 0,66 г/л, цитоз — 50 клеток в 1 мкл - лимфоциты. На рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника патологических изменений не выявлено.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.
4. Назначить лечение.

1. Поражен весь поперечник спинного мозга на уровне Th₉₋₁₂ и L₁₋₂.

2. Острый миелит.

3. Для верификации диагноза – МРТ грудного и поясничного отделов спинного мозга.
Диф. диагноз с опухолью, спинальным инсультом, травматическим поражением спинного мозга.
4. Лечение: антибиотики широкого спектра действия, метилпреднизолон 1 г/сут в/в капельно – 5 – 7 дней; симптоматическая терапия: средства, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин), антиоксиданты (актовегин), профилактика пролежней, восходящей мочевой инфекции, массаж, ЛФК.

Задача № 73

Больной 50-ти лет. Заболевание началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» и «онемения» в стопах, ощущение, как будто у него под ногами резина или вата, шатание и неуверенность при ходьбе в темноте. В последующем «стреляющие», «режущие» боли в ногах периодически повторялись. При амбулаторном исследовании заболеваний внутренних органов не выявлено. Год назад резко ухудшилось зрение. Подобрать очки для улучшения зрения не удалось. В последнее время присоединились затруднение при мочеиспускании и половая слабость.

Объективно: острота зрения на оба глаза 0,3. На глазном дне отмечены явления первичной серой субатрофии дисков зрительных нервов. Зрачки овальной формы, узкие, левый зрачок шире правого (анизокория), реакция их на свет вялая, но живая на конвергенцию и аккомодацию (симптом Аргайля – Робертсона). Сила рук и ног хорошая, тонус мышц ног снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук вызываются, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. При пробе Ромберга шатается и падает, однако, открыв глаза, обретает устойчивость. При ходьбе слишком высоко поднимает и широко расставляет ноги, сильно ударяя подошвой, преимущественно пяткой, о пол. С закрытыми глазами ходить не может: шатается и падает. Координаторные пробы руками выполняет хорошо, но пяточно-коленную пробу обеими ногами плохо. Не различает направления пассивных движений пальцев стоп. В дистальных отделах ног снижена тактильная чувствительность.

Общий анализ крови и мочи без патологических особенностей. Реакция Вассермана в крови отрицательная, РИБТ и РИФ — положительные. Спинномозговая жидкость: белок — 0,66 г/л, цитоз 20 клеток в 1 мкл - лимфоциты, реакция Вассермана положительная.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
 2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
 3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.
 4. Назначить лечение.
-
1. Поражены спинной мозг (задние канатики – путь Голля на уровне грудных сегментов), головной мозг (парасимпатические ядра Якубовича глазодвигательных нервов на уровне среднего мозга и их связи с первичными зрительными центрами, расположенными в верхних буграх четверохолмия) и зрительные нервы.

2. Спинная сухотка (нейросифилис).
3. Диагноз ставится на основании характерной клинической картины, положительных серологических реакций, характерных изменений спинномозговой жидкости. С целью диф. диагностики возможно проведение МРТ головного и грудного отдела спинного мозга. Диф. диагноз с полиневропатией несифилитической и сифилитической этиологии, фуникулярным миелозом.
4. Лечение: в/в введение высоких доз пенициллина (2 – 4 млн ЕД 6 раз в сутки) в течение 10 – 14 дней, иногда – на фоне преднизолона – 1 мг/кг.

Задача № 74

Мужчина 60-ти лет предъявляет жалобы на слабость в руках, ощущение тяжести в ногах, подергивания в мышцах рук и ног. Слабость в руках больной впервые отметил восемь месяцев назад, она постепенно нарастает, последние два месяца к ней присоединилось ощущение тяжести в ногах.

При обследовании: выраженная гипотрофия мышц кистей и предплечий, фасцикуляции в мышцах рук и ног, слабость в дистальных отделах рук до 2-х баллов, слабость в проксимальных отделах рук до 4-х баллов, в ногах сила достаточная, сухожильные рефлексы на руках и ногах оживлены, рефлекс Бабинского с двух сторон, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

При игольчатой электромиографии в мышцах рук и ног наблюдаются в покое фасцикуляции, фибрилляции, положительные острые волны, при сокращении — значительное увеличение длительности и амплитуды потенциалов действия двигательных единиц. При электронейромиографии отмечены нормальные скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам нервов верхних и нижних конечностей, уменьшение амплитуды мышечных ответов.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
 2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
 3. Провести дифференциальную диагностику.
 4. Назначить лечение.
-
1. Поражен спинной мозг (передние рога и пирамидные пути на уровне шейного утолщения).
 2. Боковой амиотрофический склероз.
 3. Диф. диагноз с вертеброгенной шейной миелопатией, необходимо провести спондилографию и МРТ шейного отдела позвоночника.
 4. Лечение: рилузол 100 мг/сут пожизненно; симптоматическая терапия: баклофен, витамин Е, препараты магния.

Задача № 75

Мужчина 50-ти лет предъявляет жалобы на изменение голоса, затруднение при глотании, слабость в конечностях. Считает себя больным в течение года, когда впервые появились осиплость голоса и затруднение при глотании. Эти расстройства постепенно нарастали, в последние шесть месяцев к ним присоединилась слабость в конечностях.

При обследовании: дисфагия, дисфония, дизартрия, мягкое нёбо свисает с обеих сторон, подвижность дужек мягкого нёба при фонации ослаблена, глоточные рефлексы снижены, гипотрофия мышц языка, фибрилляции в языке, положительные симптомы орального автоматизма, оживлен нижнечелюстной рефлекс, гипотрофии мышц верхних и нижних конечностей, фасцикуляции в них, снижение силы в конечностях до 4-х баллов, сухожильные рефлексы оживлены, симптом Бабинского с двух сторон, чувствительных и других неврологических нарушений нет.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
 2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
 3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.
 4. Назначить лечение.
-
1. Поражен головной мозг (двигательные ядра языкоглоточных, блуждающих, подъязычных нервов с 2-х сторон, двигательные мотонейроны в прецентральных извилинах, дающие начало корково-ядерным и пирамидным путям), спинной мозг (мотонейроны в передних рогах).
 2. Боковой амиотрофический склероз.
 3. Для верификации диагноза – электронейромиография. Диф. диагноз с опухолью основания мозга, краниовертебральной аномалией, спинальными амиотрофиями, мультифокальной моторной невропатией, паранеопластическим синдромом. Необходимо провести МРТ головного мозга.
 4. Лечение: рилузол 100 мг/сут пожизненно; симптоматическая терапия: баклофен, витамин Е, препараты магния, амитриптилин, атропин.

Задача № 76

У больной 22-х лет поступила с жалобами на слабость в руках и ногах, онемение в стопах, ощущение «поролон под ногами». Симптомы развились через 2 недели после перенесенной острой кишечной инфекции. Внезапно возникла и стала нарастать слабость в правой ноге, на следующий день появилась слабость в левой ноге и руках.

При поступлении: слабость мимической мускулатуры, преимущественно слева, парез в руках до 3,5 - 4 баллов, в ногах – 1,5 - 2 б, тонус мышц в руках и ногах снижен, сухожильные рефлексы с рук и ног практически отсутствуют, патологических стопных знаков нет. Гипестезия всех видов чувствительности на руках до локтей, на ногах — до середины бедер. Менингеальных симптомов нет. Определяются симптомы натяжения.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
2. Обосновать предварительный клинический диагноз.

3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.
 4. Назначить лечение.
-
1. Множественное поражение периферических нервов и корешков конечностей, двустороннее поражение лицевых нервов.
 2. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (синдром Гийена – Барре).
 3. Для верификации диагноза – электронейромиография, анализ спинномозговой жидкости. Диф. диагноз с острым рассеянным энцефаломиелитом (необходимо проведение МРТ головного и спинного мозга), дифтерийной полиневропатией, полиомиелитом (необходимо проведение серологических реакций), миастенией.
 4. Лечение: в/в иммуноглобулины – 0,4 г/кг/сут – 5 дней, плазмаферез – 4 – 6 сеансов; симптоматическая терапия: антихолинэстеразные препараты (прозерин, нейромидин), средства, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин), антиоксиданты (актовегин), профилактика пролежней, массаж, ЛФК.

Задача № 77

Юноша 18-ти лет предъявляет жалобу на снижение зрения на левый глаз. Пять дней назад без видимых причин возникла боль за левым глазом, движения глазного яблока стали болезненны. Два дня назад отметил снижение зрения на левый глаз.

В неврологическом статусе: отсутствие брюшных рефлексов, оживление всех сухожильных рефлексов и симптом Бабинского с обеих сторон.

При осмотре окулиста: VIS OD = 1,0; VIS OS = 0,2 – не корригируется, выявлена центральная скотома в левом глазу, диск левого зрительного нерва слегка гиперемирован, с височной стороны границы не четкие.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
 2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
 3. Диагностическая тактика.
 4. Назначить лечение.
-
5. Поражение зрительного нерва на участке между глазным яблоком и хиазмой, двустороннее повреждение пирамидных путей.
 6. Оптический неврит.
 7. Необходимо проведение МРТ головного мозга с контрастированием и без. При выявлении очагов демиелинизации – повторное исследование через 1 мес. Если очаги отсутствуют – повторное исследование через 3 мес. За больным необходимо динамическое наблюдение, так как в данном случае есть вероятность развития достоверного рассеянного склероза.
 8. Лечение: метилпреднизолон 1000 мг в/в капельно 3 дня. Совместно с окулистом решить вопрос о ретробульбарном введении дексаметазона.

Задача № 78

Женщину 24-х лет беспокоит неловкость в руках, а также неуверенность при ходьбе, особенно в темноте. Эти нарушения отмечаются в течение двух недель и постепенно нарастают. Два года назад в течение месяца испытывала нарушения мочеиспускания в виде трудностей при удержании мочи.

В неврологическом статусе: мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парезов нет, коленные и ахилловы рефлексы оживлены, патологических стопных знаков нет. Промохиивание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб с закрытыми глазами, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами, снижение суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности в руках и ногах. При наклоне головы вперед ощущает «прохождение электрического тока по позвоночнику».

При магнитно-резонансной томографии головы в режиме T2 обнаружены очаги повышенной интенсивности сигнала, расположенные в спинном мозге и вокруг желудочков головного мозга.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
 2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
 3. Провести дифференциальную диагностику.
 4. Назначить лечение.
-
1. Многоочаговое поражение головного и спинного мозга: на уровне ствола мозга страдают связи вестибулярных ядер с системой медиального продольного пучка, на уровне спинного мозга – двустороннее повреждение пирамидных путей, задних канатиков (пути Голля и Бурдаха), мозжечка или его путей.
 2. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение.
 3. Диф. диагноз с острым рассеянным энцефаломиелитом, нейросифилисом, нейроваскулитом.
 4. Лечение: пульс-терапия метилпреднизолоном 1г/сут в/в капельно – 5 – 7 дней, возможен плазмаферез, после купирования обострения – назначение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, первого ряда (бета-интерфероны, копаксон).

Задача № 79

Женщина 55-ти лет консультируется по настоянию родственников. Больна с 18-летнего возраста, когда впервые почувствовала онемение в ногах. С 35-ти лет появилась слабость мускулатуры ног. На протяжении 20-ти лет отмечаются периодические ухудшения состояния в виде нарастания слабости в ногах неловкости в руках. В течение последних трех лет отмечается постепенное ухудшение состояния, больная может передвигаться только в пределах квартиры с посторонней помощью.

При осмотре: критика к своему состоянию снижена, активных жалоб не предъявляет. Часто смеется, уверяет, что у нее «все хорошо». Определяется горизонтальный и вертикальный нистагм, скандированная речь. Снижение мышечной силы в ногах до 2-х баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу, оживление всех сухожильных рефлексов, клонус обеих стоп, симптомы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Грубый интенционный тремор при выполнении пальце-носовой пробы, неустойчивость в пробе Ромберга, нарушение функции тазовых органов в виде императивных позывов к мочеиспусканию.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.
4. Назначить лечение.
- 5.
6. Многоочаговое поражение головного и спинного мозга: на уровне ствола мозга страдают связи вестибулярных ядер с системой медиального продольного пучка, на уровне спинного мозга - двустороннее повреждение пирамидных путей, поражение мозжечка или его путей, расстройства в эмоционально-волевой сфере.
7. Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение.
8. Для верификации диагноза – МРТ головного мозга с контрастированием и без, вызванные зрительные потенциалы, определение в ликворе уровня Ig G олигоклональных антител. Диф. диагноз с острым рассеянным энцефаломиелитом, нейросифилисом, нейроваскулитом.
9. Лечение: препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (бетаферон, митоксантрон, тизабри); симптоматическая терапия: баклофен, сирдалуд, клоназепам, дриптан.

Задача № 80

Женщина 30-ти лет жалуется на шаткость походки. Болеет с 25-ти лет, когда впервые появилось снижение зрения на правый глаз. С этой жалобой к врачу не обращалась, зрение самостоятельно восстановилось через 2 – 3 недели. Через год после этого возникла неловкость в правой руке, которая также регрессировала. В течение последних трех месяцев походка стала шаткой, по словам больной, ее «принимают за пьяную».

В неврологическом статусе: горизонтальный и вертикальный нистагм. Парезов нет, оживление сухожильных рефлексов на всех конечностях, патологических стопных знаков нет, брюшные рефлексы отсутствуют. Легкий интенционный тремор при пальце-носовой пробе справа, адиадохокinez с двух сторон, гиперметрия при пяточно-коленной пробе с обеих сторон, пошатывание в позе Ромберга и при ходьбе.

При осмотре глазного дна: побледнение височной половины диска правого зрительного нерва.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.

2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.
4. Назначить лечение.

1. Многоочаговое поражение головного и спинного мозга: на уровне ствола мозга страдают связи вестибулярных ядер с системой медиального продольного пучка, на уровне спинного мозга - двустороннее повреждение пирамидных путей, поражение мозжечка или его путей, правого зрительного нерва.
2. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение.
3. Для верификации диагноза – МРТ головного мозга с контрастированием и без, вызванные зрительные потенциалы, определение в ликворе уровня Ig G олигоклональных антител. Диф. диагноз с острым рассеянным энцефаломиелитом, нейросифилисом, нейроваскулитом.
4. Лечение: пульс-терапия метилпреднизолоном 1г/сут в/в капельно – 5 – 7 дней, возможен плазмаферез, после купирования обострения – назначение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, первого ряда (бета-интерфероны, копаксон).

Задача № 81

Мужчина 26-ти лет предъявляет жалобы на слабость в ногах и неловкость в руках, которые появились неделю назад и постепенно нарастают. Любит принимать горячую ванну, но в последний месяц отмечает, что после этого самочувствие стало ухудшаться: появляется головокружение и пошатывание при ходьбе, сохраняющееся в течение нескольких часов. Пять лет назад перенес правосторонний ретробульбарный неврит с хорошим восстановлением зрения. Тогда на магнитно-резонансной томографии головного мозга в режиме T2 определялись множественные очаги повышенной интенсивности сигнала, преимущественно вокруг желудочков. Однако, несмотря на рекомендованное динамическое наблюдение у невролога, в последующие годы к врачу не обращался, так как чувствовал себя хорошо, считал себя здоровым.

В неврологическом статусе: снижение силы в ногах до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, клonusы стоп, симптом Бабинского с обеих сторон, интенционный тремор при пальце-носовой пробе и адиадохокинез с обеих сторон.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
 2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
 3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.
 4. Назначить лечение.
1. Многоочаговое поражение головного и спинного мозга: на уровне спинного мозга - двустороннее повреждение пирамидных путей, поражение мозжечка или его путей, правого зрительного нерва.
 2. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение.

3. Для верификации диагноза – МРТ головного мозга с контрастированием и без, вызванные зрительные потенциалы, определение в ликворе уровня Ig G олигоклональных антител. Диф. диагноз с острым рассеянным энцефаломиелитом, нейросифилисом, нейроваскулитом.
4. Лечение: пульс-терапия метилпреднизолоном 1г/сут в/в капельно – 5 – 7 дней, возможен плазмаферез, после купирования обострения – назначение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, первого ряда (бета-интерфероны, копаксон).

Задача № 82

Больной 45 лет днем на работе внезапно почувствовал резкую головную боль, была однократная рвота, потерял сознание. В анамнезе: редкие эпизоды головных болей; в течение последних 2 лет наблюдалось 2—3 приступа головных болей.

Объективно: больной в сознании, в процессе осмотра периодически держится рукой за голову, беспокоен, стонет, рефлекторных и чувствительных нарушений в неврологическом статусе не выявлено, умеренно выражены менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц 3 см, симптом Кернига с угла 140°.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте обследование и лечение.
 1. НМК-геморрагический инсульт по типу субарахноидального кровоизлияния.
 2. РКТ/ МРТ головного мозга, люмбальная пункция, МР-ангиография, (ангиография), консультация нейрохирурга, ОАК, б/х, эл-ты крови, сверт. сист. крови.
 3. Хирургическое лечение, базисная (обеспечение адекватной оксигенации (при необходимости ИВЛ), антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы), кардиальная поддержка (сердечные гликозиды, симпатомиметики), общие мероприятия по поддержанию и/или коррекции гомеостаза, купирование отека мозга(осмотические диуретики), мероприятия по профилактике и лечению висцеральных осложнений (ДВС-синдрома, флеботромбоза и т.д.), уход и наблюдение) и дифференцированная терапия (нимотоп, ингибиторы протеаз).

Задача № 83

«Скорой помощью» доставлен мужчина 40 лет в связи с возникшими час назад дома судорожными припадками, в промежутках между которыми больной не приходит в сознание.

При осмотре: больной в коматозном состоянии. Периодически возникают тонико-клонические судороги. Тахикардия — 100 уд./мин. АД 140/80 мм рт. ст. Выявляется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Зрачки широкие, не реагируют на свет, мышечный тонус снижен, патологических рефлексов нет, на укол не реагирует.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Неотложные мероприятия.

1. Эпистатус.

2. Мероприятия ,направленные на предупреждение асфиксии или ее ликвидацию (воздуховод, интубация), в/в медл. введение диазепама 2мл в 20мл 40 % р-ра глюкозы (при необходимости – повтор), госпитализация в отделение реанимации (в/в медл. до 70мл 1% р-ра тиопентал-натрия или оксибутират-натрия в/м. 1мл /кг 10% р-ра при отсутствии эффекта - ингаляционный наркоз смесью закиси азота с кислородом 2:1). Параллельно ведется наблюдение за дыханием, серд. д-тью, АД, КОС и коррекция нарушенных ф-й.
3. РКТ/ МРТ головного мозга, МР-ангиография (ангиография), б/х ан. крови, кровь на токс. в-ва.

Задача № 84

В приемный покой доставлена женщина 25 лет. Через несколько дней после острого респираторного заболевания появились опоясывающие боли и онемение на уровне угла лопатки. Утром не могла встать с постели из-за остро развившейся слабости в ногах.

При осмотре: движения в ногах отсутствуют, мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы отсутствуют, симптом Бабинского с обеих сторон. Анестезия с уровня Th5, отмечается задержка мочи.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический и клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

1. Миелит, вероятно вирусной этиологии. Поперечное поражение спинного мозга на уровне Th5.
2. МРТ грудного отдела позвоночника.
3. Дезинтоксикационная терапия, гормональные п-ты, возможно противовирусные п-ты, уход, ЛФК, массаж, ФТЛ.

Задача № 85

У больной 25 лет в течение двух недель наблюдалась субфебрильная температура, лечилась по поводу ОРВИ. В последнее время состояние ухудшилось, выросли головные боли, два часа назад возник приступ потери сознания, сопровождающийся судорогами, нарушилась речь.

При осмотре: возбуждена, сенсорная афазия, сглажена правая носогубная складка, имеется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 60 уд./мин. Температура 38°C.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте клинический и топический диагноз.
2. Назначьте обследование и лечение.

3.1. Энцефалит, вероятно вирусной этиологии с формированием очага в левой височной доле.

4.2. ОАК, анализ ликвора, МРТ головного мозга, б/х крови.

5.3. Дезинтоксикационная терапия, осмотические диуретики, противовирусные препараты, глюкокортикоидные гормоны, ноотропные, метаболические, вазоактивные препараты, симптоматическая терапия.

б.

Задача № 86

У больной 32 лет после физического напряжения в течение часа развилась выраженная общая слабость, слабость в руках и ногах, двоение в глазах, снижение звучности голоса, затруднение при глотании как твердой, так и жидкой пищи, расстройство дыхания. Тревога и возбуждение в начале приступа сменились вялостью, адинамией, апатией.

Объективно: кожные покровы бледные, цианотичные, сухие. Дыхание частое, поверхностное. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, 120 уд./мин. Зрачки расширены, симметричны, объем движений глазных яблок ограничен, двусторонний птоз, парез мимической мускулатуры по периферическому типу с обеих сторон, афония, дизартрия, дисфагия, мягкое небо симметрично свисает, язык не высовывается. В конечностях — вялый глубокий тетрапарез. Недержание мочи и кала.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите диф. диагностику.
3. Назначьте лечение.

1. Миастенический криз.

2. Диф. диагноз с холинергическим кризом, пароксизмальной миоплегией.

3. госпитализация в реанимационное отделение, АХЭП (прозерин 2мл 0,05% в/в или п/к 3 раза ч/з 30 мин., метилпреднизолон, препараты калия, при необходимости ИВЛ, плазмаферез или гемосорбция, атропин 1мл, 0,1% р-ра для снижения саливации и бронх. секреции, при нарушениях серд. д-ти — коргликон, кофеин, кордиамин, кокарбоксилаза.

Задача № 87

У женщины 45 лет, в течение 10 лет страдавшей гипертонической болезнью, днем, после эмоционального напряжения, внезапно возникла резкая «кинжальная» головная боль, слабость в правых конечностях, нарушение речи. В течение нескольких часов нарастало угнетение сознания от оглушенности до глубокого сопора, отмечалась неоднократная рвота.

При осмотре: на вопросы не отвечает, инструкции не выполняет, на болевые раздражители реагирует движениями в левых конечностях. Кожные покровы гиперемированы, дыхание хрипящее, частое, АД 190/120 мм рт. ст., пульс 54 уд./мин, ритмичный.

Ригидность затылочных мышц 3 см, симптом Кернига — справа 150°, слева — 120°. Зрачки реагируют на свет, слева зрачок расширен, глазные яблоки повернуты влево. Правая щека при дыхании «парусит», правая носогубная складка сглажена. Отмечается умеренное, преходящее повышение тонуса в правых конечностях, повышение

сухожильных и периостальных рефлексов справа, отсутствие брюшных и подошвенного рефлексов справа, рефлекс Бабинского справа.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы диагностики и лечения.

1. Субарахноидальное кровоизлияние.