

Утверждаю
зав. каф.неврологии, нейрохирургии
с курсом мед.генетики с курсом неврологии,
мануальной терапии, рефлексотерапии ВолгГМУ
д.м.н. Курушина О.В.

ФОС (фонд оценочных средств)

**Задачи по неврологии для ординаторов (по
топической диагностике и клинические)**

Содержание

№	Название блока	Номера задач	Номера страниц
1.	Задачи по топической диагностике	1-71	3-11
2.	Задачи по теме «Нервно-мышечные заболевания»	72-77	12-18
3.	Задачи по теме «Вертеброгенные радикулопатии»	78-82	12-21
4.	Задачи по теме «Головные боли»	83-85	21-23
5.	Задачи по теме «Дегенеративные заболевания ЦНС»	86-89	23-27
6.	Задачи по теме «Заболевания ПНС»	90-98	27-33
7.	Церебральные и спинальные инсульты	99-118	34-52
8.	Инфекционные заболевания ЦНС и ПНС	119-128	52-64
9.	Заболевания ВНС	129-137	65-77
10.	Травмы	138-141	77-82
11.	Опухоли ЦНС	142-145	82-84
12.	Эпилепсия	146-150	85-87
13.	Аутоиммунные и демиелинизирующие заболевания ЦНС и ПНС	151-160	87-97
14.	Детская неврология	161-168	97-108
15.	Нейрохирургия	169-176	108-114
16.	Психиатрия	177 -184	114-117
17.	Реабилитация, ЛФК	185-192	117-121

I. Топические задачи

1. У больного имеется центральный паралич правой руки и моторная афазия. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Задние отделы нижней лобной извилины слева (зона Брока) и средний отдел прецентральной извилины левой лобной доли.

2. При осмотре выявлена атрофия правой половины языка и фибриллярные подергивания, при высовывании язык отклоняется вправо. Определить очаг поражения?

Ответ: Ядро XII нерва справа в продолговатом мозге (периферическое поражение).

3. Больной при ходьбе отклоняется влево. Имеется гипотония в левых конечностях, интенционный тремор слева, горизонтальный нистагм. Определить очаг поражения?

Ответ: Левое полушарие мозжечка.

4. У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа, не сопровождающиеся потерей сознания (длится 1,5 - 2 минуты). Определить локализацию очага поражения. Как называется эти подергивания?

Ответ: Джексоновская моторная эпилепсия (передняя центральная извилина слева, нижняя часть).

5. У больного имеется центральный парез ног без чувствительных расстройств. Средние и нижние брюшные рефлексы не вызываются, верхние брюшные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон. Определить очаг поражения?

Ответ: Кортикоспинальный путь на уровне D9-D10.

6. У ребенка наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Он гримасничает, причмокивает, часто высовывает язык. Тонус мышц конечностей снижен. Где находится очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Хореический гиперкинез, малая хорея. Стриатум.

7. У больного анестезия кожи в области лба, передней волосистой части головы и верхней части носа слева. Слева отсутствуют корнеальный и конъюнктивальный рефлексы. Где очаг поражения?

Ответ: 1 ветвь левого тройничного нерва (r.opthalmicus).

8. У больного справа отмечается центральный парез ноги, выпадение глубокой чувствительности в пальцах стопы, снижение тактильной чувствительности с уровня D5, слева отсутствует болевая и температурная чувствительность по

проводниковому типу с уровня Д7.

Где очаг поражения? Как называется приведенный синдром?

Ответ: Синдром Броун-Секара, поражение правой половины поперечника на уровне D5.

9. У больного имеется слева гемианестезия, гемиатаксия и гемианопсия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Таламус справа.

10. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят.

Где находится очаг поражения? Как называются описанные расстройства?

Ответ: Апраксия идеаторная, нижняя теменная доля - надкраевая извилина.

11. У больного отмечается диплопия, частичный птоз и расширение зрачка справа.

Правое глазное яблоко отведено кнаружи. Ограничены его движения внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения в левых конечностях. Мышечный тонус в них повышен. Рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается рефлекс Бабинского слева. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Вебера, ножка мозга справа.

12. У больного наблюдается дизартрия, дисфагия, дисфония, атрофии языка нет, имеются выраженные симптомы орального автоматизма, временами наступает насильственный смех или плач. Определить очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Двустороннее поражение кортико-нуклеарных путей. Псевдобульбарный синдром.

13. У больного отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает в разные стороны. Снижен тонус мышц всех конечностей. Чувствительность не нарушена.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Червь мозжечка.

14. У больного отмечается постоянное недержание мочи, газов, нарушены все виды чувствительности в ано – генитальной области. Отсутствует анальный рефлекс. Определить очаг поражения.

Ответ: Поражение conus medullaris.

15. Больной не распознает предметы, помещенные в его левую руку. Все элементарные виды чувствительности сохранены. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Астереогноз. Верхняя теменная доля справа.

16. У больного сглажена левая носогубная складка, левый угол рта опущен, язык отклоняется влево. Атрофии и фибриллярных подергиваний языка нет. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Центральный парез правого лицевого нерва и подъязычного нерва. Поражение кортико-нуклеарного пути справа.

17. У больного определяется битемпоральная гемианопсия, на глазном дне картина первичной атрофии зрительных нервов. Где находится очаг поражения?

Ответ: Поражение перекрещивающихся в хиазме волокон зрительных нервов (от внутренних половин сетчаток).

18. У больного справа отмечается паралич мимических мышц всей половины лица, слева спастический парез в руке и ноге. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром Мийяра- Гублера справа. Поражение вентральной части основания моста справа.

19. У больного имеется тетрапарез, в руках по периферическому типу, в ногах по центральному типу, а также отмечается выпадение всех видов чувствительности с уровня С5 и задержка мочеиспускания. Определить очаг поражения?

Ответ: Шейное утолщение.

20. У больного имеется центральный парез мышц стопы и голени справа, иногда в них возникают тонико-клонические судороги продолжительностью 1 – 2 минуты. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхний отдел передней центральной извилины слева. Приступы Джексоновской эпилепсии.

21. У больного имеется левосторонняя спастическая гемиплегия. Поражение лицевого и подъязычного нерва слева по центральному типу. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула справа (кортико-спинальный, кортико-нуклеарный пути к 7,12ЧМН справа.)

22. Речь больного глухая, неясная, смазанная, с гнусавым оттенком. Отвечает на вопросы письменно, Жидкая пища и питье вызывают кашель и поперхивания. Движение языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо не подвижно. Глоточный рефлекс и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Где локализуется очаг поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Поражение двигательных ядер 9, 10, 12 ЧМН, бульбарный синдром.

23. У больного выявлена левосторонняя верхнеквадратная гемианопсия. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение нижней части пучка Грациоле справа или правая язычная извилина (затылочная доля).

24. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей, нарушение глубокой чувствительности в них и нарушение поверхностной чувствительности с Д6 по проводниковому типу. Где локализуется процесс?

Ответ: Полное поперечное поражение спинного мозга с уровня Д6.

25. У больного имеются судорожные припадки, начинающиеся с поворота головы и глаз влево. Выражен хватательный рефлекс, снижение обоняния справа, эйфория, снижение критики. Походка неустойчивая.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Лобная доля справа. Поражение задней части второй лобной извилины справа – переднее адверсивное поле, нижние отделы и полюс правой лобной доли.

26. У больного имеется правостороннее поражение отводящего нерва и лицевого нерва по периферическому типу. Левосторонняя центральная гемиплегия.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение моста справа, альтернирующий синдром Фовилля.

27. У больного справа имеется птоз века, глаз расположен по средней линии, зрачок расширен, движения глазного яблока отсутствуют, боль в глазнице, снижены все виды чувствительности в области лба и передней волосистой части головы. Корнеальный рефлекс справа отсутствует. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Синдром верхней глазничной щели справа (поражение глазодвигательного (3 чмн), блокового (4чмн), отводящего нервов (6 чмн), 1 ветвь тройничного нерва (5 чмн).

28. У больного имеется правосторонняя гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Внутренняя капсула слева

29. 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 карпорадиальных, на ногах – ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость. Определить очаг

поражения? Как называется описанный тип расстройств чувствительности?

Ответ: Поражены чувствительные волокна дистальных отделов спинномозговых нервов. Тип расстройства чувствительности называется полиневритическим (дистальная полинейропатия).

30. Больной при сохранности двигательных функций из-за неустойчивости не может стоять и ходить, эйфоричен, слева сглажена носогубная складка, тонус слева в руке и ноге повышен, справа anosmia.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение правой лобной доли.

31. У больного наблюдаются приступы, начинающиеся с неприятного ощущения в левой ноге. Где локализуется поражения? Как называется описанный синдром?

Ответ: Верхняя часть задней центральной извилины справа. Джексоновская сенсорная эпилепсия.

32. У больного голова свисает на грудь («свислая» голова), повороты ее в сторону не возможны. Плечи опущены, резко затруднено пожатие плечами и поднимание рук выше горизонтального уровня. «Крыловидные» лопатки. Наблюдается атрофия грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение п. accessorii (добавочного нерва, 11 чмн) с двух сторон.

33. У больного имеется атрофия правой половины языка, язык высовывании отклоняется вправо, паралич верхней и нижней конечности слева. Сухожильные рефлексы слева повышены. Расстройств чувствительности нет.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Альтернирующий синдром Джексона, поражение продолговатого мозга справа. (поражение подъязычного нерва (12 чмн) и кортико-спинального пути справа)

34. У больного миоз, энтофтальм и сужение глазной щели слева, слева определяется вялый парез руки. Где локализуется процесс?

Ответ: Боковые рога спинного мозга слева на уровне С8-Т1 (Синдром Клода-Бернара-Горнера) и передние рога слева С5-Т1 (на протяжении шейного утолщения).

35. Больной не понимает обращенную к нему речь, иногда вместо слов произносит бессмысленные сочетания букв. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Сенсорная афазия, область Вернике - височная доля, в заднем отделе верхней височной извилины доминирующего полушария (слева у правшей).

36. У больного имеется вялый парез рук, в мышцах рук, плечевого пояса отмечаются фибриллярные подергивания. Других нарушений нет.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Передние рога на уровне С5-Т1 (шейное утолщение) на обеих сторонах.

37. У больного имеется глухота на правое ухо, правостороннее периферическое поражение лицевого нерва, отсутствует корнеальный рефлекс справа. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение мостомозжечкового угла: лицевой (7 чмн), преддверно-улитковый (8 чмн) справа.

38. У больного имеется атетоз в обеих руках, насильственные мимические движения, затруднение жевания и глотания вследствие временных спазмов.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Поражение экстрапирамидной системы: стриарной системы (хвостатого ядра)

39. У больного имеется двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко отклонено кнутри, объем движений левого полный. Имеется поражение правого лицевого нерва по периферическому типу. В левых конечностях ослаблена

мышечная сила, сухожильные рефлексы в них повышены.

Где локализуется очаг поражения?

Ответ: Мост, 6,7 ЧМН и кортико-спинальный тракт справа. Левосторонняя центральная гемиплегия. Альтернирующий синдром Фовилля справа.

40. Больной при сохранности мышечной силы и координации движений не может завязывать шнурки, застегнуть пуговицу, зажечь спичку.

Определить очаг поражения?

Ответ: Апраксия идеаторная, надкраевая извилина теменной доли, доминирующего полушария (слева у правшей).

41. У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус высокий. Коленный и ахиллов рефлексы повышены, клonusы наколенников 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. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: центральная нижняя параплегия, поражение спинного мозга уровень T12-L1

42. У больного имеется правосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой левых половин сетчаток реакции зрачков на свет нет. На глазном дне – первичная атрофия зрительных нервов. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: трактузная гемианопсия. Поражен левый зрительный тракт.

43. У больного имеется замедленность всех движений в правой руке, определяется феномен зубчатого колеса, временами легкое дрожание в виде счета монет. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: паллидум слева

44. У больного отмечена левосторонняя гемианестезия, гемианопсия, гемиалгия. Боль в левой половине тела мучительная, плохо локализуется, не купируется анальгетиками. Где локализуется очаг поражения?

Ответ : таламус справа

45. Перед общим эпилептическим припадком у больного появляется кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Где локализуется очаг поражения? Как называются эти ощущения?

Очаг: височная доля , ункус . Унцинарные припадки, обонятельные галлюцинации – фокальная эпилепсия

46. У больного отмечается расстройство мышечно-суставной чувствительности в пальцах правой кисти, снижение тактильной чувствительности на правой руке, нарушения болевой и температурной чувствительности нет. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: ядро Бурдаха справа, продолговатый мозг

47. У больного при открывании рта нижняя челюсть смещается вправо, объем и скорость движений ее влево снижены. Справа определяется снижение болевой, температурной и тактильной чувствительности кожи нижней губы, нижней части щеки, подбородка, задней части боковой поверхности лица, слизистой дна ротовой полости, языка, десен нижней челюсти. Определить очаг поражения?

Очаг: 3-я ветвь тройничного нерва

48. У больного язык внешне не изменен, при высовывании отклоняется вправо. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: центральный паралич 12 пары ЧМН, лобная доля справа

49. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны, походка шаткая («пьяная»). Шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной пробы справа. Мегалография. Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено. Где очаг поражения?

Очаг: мозжечок - правое полушарие

50. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо. Где очаг поражения? Как называется область поражения?

Очаг: задний отдел средней лобной извилины слева. Лобный центр взора или переднее адверсивное поле

51. У больного имеется спастическая параплегия нижних конечностей утрата всех видов чувствительности с верхней границей на уровне Д3, задержка мочеиспускания и дефекации. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: грудной отдел СМ Th3-уровень

52. У больного справа паралич мимических мышц всей половины лица, надбровный рефлекс отсутствует, нарушены вкусовая чувствительность на передних 2/3 языка, а также справа. Справа наблюдается избыточное слезотечение. Гиперкузии нет. Определить очаг и уровень поражения.

Очаг: периферический паралич лицевого нерва справа, после выхода стременного нерва.

53. Больной ходит мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Трemor пальцев рук типа «счета монет». Тонус мышц конечностей повышен диффузно, определяется симптом «зубчатого колеса». Где локализуется очаг поражения?

Очаг: нарушения экстрапирамидной систем, паллидума.

54. У больного отмечены сужения глазной щели (птоз) и зрачка (миоз). Западение глазного яблока слева (энофтальм). Где очаг поражения?

Очаг: синдром Горнера (боковые рога спинного мозга C8-Th1слева)

55. У больного отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Где очаг поражения?

Очаг: левая теменная доля (верхняя и нижняя теменные дольки, надкраевая и угловая извилины).

57. У больного при сжатии кисти в кулак 1 и 2 пальцы не сгибаются, оппозиция большого пальца невозможна: определяется атрофия мышц в области возвышения большого пальца, снижение чувствительности на ладонной поверхности первых трех пальцев. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: Срединный нерв.

58. У больного птоз справа, появлению которого предшествовало диплопия. После пассивного поднятия века обнаружен мидриаз, отсутствие зрачка на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи (расходящиеся косоглазие). Отсутствуют движения глазного яблока внутрь и вверх. Где очаг поражения?

Очаг: Глазодвигательный нерв справа.

59. У больного имеется левосторонняя гемианопсия, при освещении щелевой лампой правых половин сетчаток реакция на свет живая. Глазное дно в норме. Где локализуется очаг поражения?

Очаг: корковая гемианопсия, tr. geniculocalcarineus dext.

60. У больного тотальная анестезия сегментарного типа от соковой линии до пупка. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: задняя серая спайка на уровне T5-T10.

61. Родственники заметили что, выйдя из комнаты в коридор, больная не знает, как возвратиться обратно, разучилась надевать платье, обувь, пользоваться ложкой, чашкой. Больную приходится кормить. Парезов нет. Больная правша. Где локализуется очаг поражения? Как называются указанные нарушения?

Ответ: левая теменная доля, надкраевая извилина. Апраксия идеаторная.

62. Больной поступил в клинику со следующими явлениями: слева гемиплегия с гипертонией, гиперрефлексией, патологическими рефлексамии. Левая носогубная складка сглажена. Центральный парез мышц половины языка. Где очаг поражения?

Ответ: внутренняя капсула справа, колено и передняя 2/3 часть задней ножки

63. У больного имеется диссоциированная анестезия: на правой половине лица выпала болевая и температурная чувствительность. Где очаг поражения?

Ответ: nucleus tractus spinalis V n.(справа).

64. У 10-летнего ребенка появились непроизвольные сокращения мышц конечностей, лица и туловища. Насильственные движения возникают в различных частях тела, как в покое, так и при произвольных движениях. Больной то зажмурит глаза, то высунет язык, гримасничает, то закинет руку, то ногу. Мышечный тонус снижен. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?

Ответ: поражение стриарной системы, гиперкинетико-гипотонический синдром. Малая хорья.

65. У больного слева отсутствует разгибание пальцев и кисти, отведение большого пальца. Мышечный тонус в разгибателях кисти снижен, анестезия на тыле большого пальца. Сухожильные рефлексы на руках умеренной живости, равномерны. Определить очаг поражения?

Ответ: периферическое поражение лучевого нерва, на уровне нижней трети плеча

66. У больного слева выявляется периферический паралич лицевого нерва. Объем, сила и скорость движений в правых конечностях резко снижены. Отмечается справа повышение мышечного тонуса, гиперрефлексия с расширением рефлексогенных зон, патологические рефлексы. Где очаг поражения? Как называются такие синдромы?

Ответ: поражение на уровне моста слева, альтернирующий синдром (Мийера-Гублера).

67. У больного левосторонняя моноплегия руки. Мышечный тонус в ней резко снижен. Арефлексия и атрофия мышц слева. В руке утрачены все виды чувствительности, отмечается выраженный болевой синдром. Где локализуется очаг поражения?

Ответ: периферический паралич, плечевое сплетение слева.

68. У больного справа обнаружен паралич всех мимических мышц: резко опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, при наморщивании лба складки справа не образуются. Слезотечение из правого глаза. Гиперкузия. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка правой половины языка. Где очаг поражения?

Ответ: поражение лицевого нерва ниже барабанной струны, между большим каменистым и стременным нервом.

69. У больного имеется периферический паралич ног с тотальной анестезией по проводниковому типу. Задержка мочеиспускания и дефекации. Где очаг поражения?

Ответ: поражение спинного мозга, на уровне начала поясничного утолщения.

70. Больного беспокоит затруднение при ходьбе. Объективно: гипомимия, замедленность темпа произвольных движений, походка мелкими шаркающими шагами, пропульсии при ходьбе. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Где очаг поражения? Как называется синдром?

Ответ: черная субстанция, паллидарная система. Гипертонико-гипокинетический синдром.

71. У больного имеются нарушения глотания, фонации и артикуляции. Язык атрофичен, в нем видны фибриллярные подергивания. Где локализуется очаг поражения? Как называется синдром?

Ответ: продолговатый мозг, в области 9,10,12 ядер ЧМН, с обеих сторон. Бульбарный синдром.

II. Клинические задачи

72. Родители привели к педиатру сына 5 лет. Мать отмечает, что последнее время мальчик стал часто спотыкаться, падать, изменилась походка. Из осмотра: у ребенка кифосколиотическая деформация позвоночника, гипотрофия мышц тазового пояса. Икроножные мышцы в объеме увеличены. Походка «утиная». Положительный симптом Говерса. Фибриллярные подергивания мышечных волокон отсутствуют. Сухожильные рефлексы снижены с верхних и нижних конечностей. У отца мальчика все родственники здоровы, со слов матери, сын старшей сестры умер в возрасте 17 лет от неизвестного заболевания.

- 1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Что такое симптом Говерса?
- 3) Какие дополнительные методы диагностики могут быть использованы?
- 4) Возможная тактика лечения и прогноз?
- 5) Диспансерное наблюдение

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G71.0**)

- 1) Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена
- 2) Симптом Говерса- это компенсаторный приём, применяемый больными с мышечными дистрофиями при вставании («вставание лесенкой»): больной встаёт поэтапно, опираясь руками о нижние конечности.
- 3) Молекулярно-генетическое исследование, ЭНМГ
- 4) Прогноз не благоприятный, обычно через 7-10лет пациенты утрачивают способность к самостоятельному передвижению.

Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж. На данный момент существуют препараты генной инженерии, предназначенные для замедления течения некоторых форм прогрессирующих мышечных дистрофий.

- 5) диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в бмесяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет - оценка функционального статуса, мышечной силы и объема движений; оценка нейропсихологического статуса; определение и контроль плана реабилитации; решение вопроса о назначении лечения ГК, подбор дозы, схемы и режима, контроль побочных эффектов, пересмотр схемы лечения.
- диспансерное наблюдение у педиатра/врача общей практики по месту жительства: контроль веса и роста каждые 6 мес., контроль общего состояния, своевременная диагностика ортопедических, кардиологических, пульмонологических симптомов и направление к специалистам.
 - диспансерное наблюдение у специалистов (кардиолог, ортопед, эндокринолог и др.) по месту жительства и проведение специфической диагностики по показаниям.
 - контроль выполнения плана профилактической иммунизации, включить пневмококковую и противогриппозную вакцины.
 - ЭКГ, ЭхоКГ - при постановке диагноза, далее 1 раз в год; по показаниям чаще.
 - АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ – 1 раз в 6 месяцев.
 - кальций, фосфор, ЩФ, 25-гидроксивитамин Д – 1 раз в 6 мес.

73.К врачу обратился молодой человек 20 лет с жалобами на нарастающую слабость в проксимальных отделах верхних конечностей в течение последних 6 месяцев. При осмотре: гипотрофия плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей, снижена скорость выполнения активных движений в проксимальных отделах рук, мышечная сила в них 4-х б., гипотония и гипорефлексия верхних конечностей. Крыловидные лопатки, губы «тапира», полированный лоб. Дедушка пациента страдал неизвестным наследственным заболеванием.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какой тип наследования данного заболевания
- 3) Какие методы необходимо провести для верификации диагноза
- 4) Прогноз течения заболевания и лечение.
- 5) Реабилитация и диспансерное наблюдение у невролога.

Эталон ответа (код по МКБ 10: **G71.0**)

- 1) Плече-лопаточно-лицевая миодистрофия Ландузи- Дежерина
- 2) Аутосомно-доминантный тип наследования
- 3) ДНК-исследование, ЭНМГ
- 4) Прогноз относительно благоприятный и зависит от формы заболевания. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.
- 5) Индивидуальная программа реабилитации в полном объеме может быть составлена лишь для больных с поздними и медленно прогрессирующими формами ПМД (Ландузи-Дежерина, Беккера, Эрба-Рота):

1.Медицинская реабилитация предусматривает регулярную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортное лечение, снабжение

ортопедической обувью, фиксирующими аппаратами; иногда применяются реконструктивные хирургические операции.

2.Профессиональная реабилитация: а) при некоторых формах ПМД — профессиональная ориентация и профобучение в техникуме, профтехучилище (экономист, правовед, технолог-нормировщик, часовщик и др.); б) трудоустройство инвалидов III группы (возможно лишь с учетом противопоказаний, в комфортных условиях по I категории тяжести); в) некоторые больные (в основном имеющие среднее и высшее образование) могут быть приспособлены к работе в индивидуальных, в частности домашних, условиях.

3.Социальная реабилитация включает снабжение бытовыми приспособлениями (с учетом характера двигательного дефекта), бесплатными лекарствами, средствами передвижения (кресло-коляска); обучение самообслуживанию. Нередко важна психологическая помощь семье и обучение навыкам ухода за тяжелыми больными с мышечной дистрофией.

Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет.

74.У врача на осмотре мальчик 14 лет с жалобами на слабость в ногах, быструю утомляемость при стоянии, периодические боли и ощущение онемения в в стопах. В неврологическом статусе: симметричная мышечная слабость в дистальных отделах ног (свисающие стопы), гипотрофия голеней, конфигурация ног по типу «перевернутых бутылок», походка перонеальная, снижение коленных рефлексов, ахилловы рефлекссы не вызываются, гипестезия по типу «носков».

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы
- 3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.
- 4) Диспансерное наблюдение у невролога

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G60.0**)

- 1) Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута
- 2) ДНК диагностика, ЭНМГ
- 3) Прогноз: заболевание медленно прогрессирует, не сказывается на продолжительности жизни. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.
- 4) Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет

75. Больная М., 16 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах. Стало трудно подниматься по лестнице, вставать со стула, с пола. Из анамнеза выяснилось, что болезнь развивается медленно, постепенно без видимой причины. С 10-12 летнего возраста начала отставать от сверстников на уроках физкультуры, особенно при беге, с 14 лет бегать совсем не может. К 16 годам стало трудно подниматься по лестнице и по ступенькам в

транспорте. Каких-либо инфекционных заболеваний или травм не было. При исследовании в клинике патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

В неврологическом статусе: общемозговых, менингеальных симптомов не отмечено. Имеется парез проксимальных отделов рук и ног. Атрофия мышц плечевого пояса с 2-х сторон, крыловидные лопатки». Тонус мышц рук понижен, сухожильные рефлексы сохранены. В ногах также отмечена гипотония мышц, гипотрофия, больше выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлексы: коленные – отсутствуют, ахилловы – снижены. Чувствительных нарушений не выявлено, координация не страдает. При вставании с пола нужен упор, «карабкается по себе». Тазовые функции не нарушены. Родители здоровы, старший брат больной также ходит с трудом из-за слабости ног.

Клинический анализ крови и мочи без патологии. Глазное дно: не изменено. Рентгенография легких: без особенностей. Прозериновый тест «отрицательный». ЭНМГ: снижение биопотенциалов в мышцах проксимальных отделов рук и ног и дистальных отделов ног. ЭЭГ без патологии.

Вопросы

1. Топический диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Клинический диагноз, код по МКБ-10?
4. С какими болезнями надо проводить дифференциальный диагноз?
5. Основные принципы лечения.
6. Дайте прогноз жизни, трудовой деятельности.
7. По какому типу наследуется данное заболевание?
8. Будет ли болен ребенок у данной больной, если она захочет стать матерью?

Эталон ответа (код по МКБ 10: **G71.0**)

У больной нет поражения нервной системы. Страдают сами мышцы. Топический диагноз ставится путем исключения поражения других отделов нервной системы. Если у больной имеется периферический парез рук и ног (атрофия мышц, гипотония), то 1-й центральный двигательный нейрон не страдает. Если бы страдали передние рога спинного мозга, то наблюдались бы фасцикуляции мышц, и изменения на ЭМГ (высокоамплитудные единичные «залпы»). Если бы страдали передние корешки, периферический парез соответствовал бы пораженным сегментам, на ЭМГ были бы фасцикуляции. При поражении спинномозговых нервов, сплетений и периферических нервов периферический парез был бы в зоне этих поражений и наблюдались бы нарушения чувствительности. При поражении синапса (места передачи импульса с нерва на мышцу) наблюдалась бы миастеническая слабость (усиление пареза при физической нагрузке; улучшение – при прозериновой пробе). Остается поражение самих мышц. Данные ЭМГ это подтверждают.

2. Для уточнения диагноза можно провести исследование КФК, лактатдегидрогеназы и миоглобина в сыворотке крови, собрать генеалогические данные и проанализировать их. Необходимо

осмотреть (обследовать) брата больной.

3. Прогрессирующая мышечная дистрофия, вероятнее всего форма Эрба-Рота.

4. Дифференциальный диагноз надо проводить с такими заболеваниями как миастения, невральные формы мышечных дистрофий, спинальными амиотрофиями (Кугельберга-Веландера).

5. В связи с отсутствием этиологического и патогенетического лечения назначают лечение симптоматическое – АТФ, витамин Е, церебролизин, рибоксин, преднизолон, массаж, ЛФК.

6. Прогноз для жизни - обычно при хорошем уходе больные доживают до 45-50 лет. Нетрудоспособна.

7. Данное заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

8. При аутосомно-рецессивном типе наследования ребенок получит только один патологический ген от матери и, следовательно, болезни у него не будет, так как второй ген он получит от отца, Предполагается, что супруги не состоят в кровном родстве.

76. На приеме ребенок 4 лет с жалобами со слов мамы на постепенно развившуюся слабость в ногах, стал с трудом подниматься по лестнице, часто падать. Совсем не может бегать, изменилась походка. Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Роды в срок, масса при рождении 3370. До 3 лет развивался соответственно возрасту. Сел в 6 месяцев, пошел в 10 месяцев.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, психическое развитие соответствует возрасту. Сила мышц в проксимальных отделах нижних конечностей, а также длинных мышц спины снижена. Выраженный поясничный лордоз. Псевдогипертрофия икроножных мышц: при пальпации икроножные мышцы плотные. Четырехглавые мышцы дряблые. Своеобразно встаёт из горизонтального положения: сначала поворачивается на живот, затем, упираясь руками в пол, становится на четвереньки; разгибая колени выпрямляет ноги, после чего перебирая руками по ногам выпрямляется (симптом «лестницы»). Походка «утиная». Сухожильные рефлексы с рук живые S=D, коленные abs, ахилловы – снижены S=D. Все виды чувствительности сохранены. Функция тазовых органов не нарушена.

Анализ мочи: содержание креатина в суточной моче 200 мг (норма 70 мг), креатинина 280 мг (норма 350-400 мг). Выявлена гипераминоацидурия.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Прогноз при данном заболевании.

4. На что направлена терапия при данном заболевании?

5. Дать определение мышечных дистрофий. Какие виды мышечных дистрофий вы знаете?

Ответ: (код по МКБ 10: **G 71.0**)

1. Наследственная нервно-мышечное заболевание – псевдогипертрофическая форма Дюшена.

2. На ЭМГ с пораженных мышц будет отмечаться снижение амплитуды регистрируемых потенциалов при произвольных движениях.

3. Мышечная дистрофия Дюшена - одна из самых тяжелых и быстро прогрессирующих форм. К 12 годам больные обычно теряют способность передвигаться, а к 20 годам большинство из них погибает.

4. Не существует способов предотвратить или замедлить прогрессирование мышечной слабости при мышечной дистрофии. Терапия направлена главным образом на борьбу с осложнениями, такими, как деформация позвоночника, развивающаяся вследствие слабости мышц спины, или предрасположенность к пневмониям, обусловленная слабостью дыхательных мышц. В этом направлении достигнуты определенные успехи, и качество жизни больных с мышечной дистрофией улучшилось. Сейчас многие больные, несмотря на свой недуг, могут вести полноценную и продуктивную жизнь.

5. Мышечные дистрофии — это группа хронических наследственных миопатии, которые характеризуются прогрессирующим течением и специфическими гистологическими изменениями. Современные исследования в области молекулярной генетики расширили понимание патофизиологии многих видов дистрофии. Наиболее значимые дистрофии — это наследственные сцепленные с X-хромосомой дистрофинопатии — мышечные дистрофии Дюшена и Беккера, а также наследуемые по аутосомно-доминантному типу лице-плече-лопаточная, миотоническая, конечностно-поясная, окулофарингеальная и прогрессирующая офтальмоплегическая мышечные дистрофии.

77. На приеме мальчик 12 лет с жалобами на затруднение активных, произвольных движений в руках. С большим трудом начинает движение, а сделав его, не может сразу расслабить сократившиеся мышцы; если возьмется за предмет, то не может его быстро отпустить.

Из анамнеза: данные симптомы появились два года назад. Отмечает, что ухудшение самочувствие происходит при стрессовых ситуациях. Отец ребенка с юношеских лет страдает подобным заболеванием.

Объективно: ребенок атлетического телосложения. При смехе лицо больного застывает, возникает «гримаса смеха». С трудом начинает разговор, а потом говорит свободно. Все движения делает с паузой, последующие движения уже становятся свободными. При исследовании сухожильных рефлексов отмечается быстрое сокращение мышц и замедленное их расслабление. Сила мышц верхних и нижних конечностей несколько

снижена и не соответствует их развитию. При механическом раздражении путем короткого удара неврологическим молотком в соответствующее место возникает «мышечный валик», который исчезает только через 10-20 секунд. Атрофии мышц и фибриллярных подергиваний не выявлено. Чувствительность не нарушена.

1. Клинический диагноз и и зашифруйте по МКБ-10.
2. Путь наследования данного заболевания.
3. Дать определение миотонии.
4. Какие виды миотоний существуют по классификации?
5. Частота встречаемости в популяции

Ответ: (код по МКБ 10: **G 71.1**)

1. Врожденная миотония Томсона.
2. Наследуется по аутосомно-доминантному типу.
3. Миотония – это группа заболеваний, характеризующихся наличием миотонического феномена в виде замедленной релаксации мышцы после ее сокращения.
4. Различают врожденную, атрофическую, холодовую и парадоксальную миотонию.
5. Частота встречаемости 0,3-1-на 400000 семей.

78. Больной 53 лет в находясь в деревне во время физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отмечает нарушение мочеиспускания. При осмотре: вялый асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
3. Обследование?
4. Тактика ведения больного?

Ответ: (код по МКБ 10: **G83.4**)

1. Синдром конского хвоста.
2. Вертеброгенный генез - задняя центральная грыжа поясничной локализации. Возможна невринома конского хвоста.
3. МРТ, КТ.

4. Госпитализация в нейрохирургическое отделение

79. Больной Р., 38 лет. По профессии - водитель автомобиля. В течение 5 лет периодически после физической нагрузки ощущал кратковременные боли в пояснице, которые проходили после отдыха и местноанестезирующих мазевых растираний. Накануне обращения поднял груз. Возникла резкая боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, не мог «разогнуться».

Неврологически: напряжение мышц поясничной области. Сколиоз. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Болезненность при пальпации паравертебральных точек L4- L5- S1 справа. Ахиллов рефлекс справа снижен. Выявляется снижение болевой чувствительности по наружной поверхности правой голени. Положителен симптом Ласега справа под углом 30 градусов.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа (код по МКБ 10: **M 54.1**)

1. Обострение хронической вертеброгенной пояснично- крестцовой радикулопатии.
2. Необходимо дифференцировать с метастатическим поражением позвоночника, туберкулёзным спондилитом.
3. Нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, местноанестезирующие растирания, физиотерапевтическое лечение (диадинамические токи).
4. Рентгенография пояснично- крестцового отдела позвоночника, общий анализ крови, общий анализ мочи.

80. Пациент 32 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре: походка анталгическая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5-S1 слева, положительный симптом Ласега 45 градусов слева, ахиллов рефлекс слева отсутствует, гипестезия по наружному краю голени слева.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: **M51.1+G 55.1**)

1. Дискогенная радикулопатия L5-S1 слева.
2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела, МРТ пояснично-крестцового отдела.
3. Дифференциальная диагностика с опухолью пояснично-крестцового отдела позвоночника, болезнью Бехтерева.
4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС, медикаментозная блокада.

82. Пациент 45 лет, ювелир, после нескольких часов работы без перерыва возникла боль, распространяющаяся от шеи и лопатки по задненаружной поверхности правого плеча и дорсальной поверхности предплечья ко II и III пальцам. В анамнезе имели место боли в шейном отделе позвоночника, которые облегчались приемом НПВС. При вертеброневрологическом осмотре выявлено ограничение движений в шее, больше ограничен поворот и наклон головы вправо, гипестезия в области II-III пальцев правой кисти, снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы справа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: **M 50.1**)

1. Дискогенная радикулопатия C6-C7 справа.
2. Рентгенография шейного отдела, МРТ шейного отдела позвоночника.
3. Дифференциальная диагностика с туберкулезным спондилитом, экстремедулярной опухолью шейных сегментов спинного мозга.
4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС.

83. Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадиируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. Приступы повторяются - 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение в период приступа головной боли.
5. Есть ли необходимость в проведении превентивной терапии? Ваши рекомендации по лечению в межприступный период.

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: **G 43.0**)

1. Мигрень без ауры
2. - Другими видами первичных головных болей (головная боль напряжения, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании);
 - цервикогенная головная боль;
 - тригеминальная невралгия;
 - дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
 - аневризма головного мозга;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ)
4. - НПВС, кофеинсодержащие препараты (аскофен, цитрамон) + кофе, какао;
 - препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей), комбинированные препараты (Номигрен (Эрготамин +Кофеин);
 - триптаны (суматриптан, золмитриптан).
5. - Бета-адреноблокаторы (анаприлин, пропранолол, бисопролол, метопролол);
 - блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);
 - антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);
 - антидепрессанты (ТЦА (амитриптилин, венлафаксин);

84. Молодая женщина, 25 лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, при пальпации перикраниальных мышц определяется умеренная болезненность.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

Эталоны ответов : (код по МКБ 10: **G 44.2**)

1. Частая эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц.
2. - С другими видами первичных головных болей (мигрень, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании, сосудистая головная боль);
 - цервикогенная головная боль;
 - дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
 - опухоли головного мозга;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ).
4. - НПВС по потребности (не злоупотреблять во избежании развития абзусного характера головной боли);
 - миорелаксанты (tizанидин, толперизон);
 - : антидепрессанты (амитриптилин, миртазапин, венлафаксин);
 - массаж шейно-воротниковой зоны, мягкие мануальные методики;
 - ИРТ, ЛФК.
 - нормализация режима труда и отдыха (полноценный 7-8-часовой ночной сон)

85. Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, нестерпимых, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью около 1 часа, возникают до 3-4 раз в день, а также каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больного.
4. Назначьте лечение.

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: **G 44.0**)

1. Эпизодическая кластерная головная, обострение.
2. - Другими видами первичных головных болей (мигрень, пароксизмальные гемикрании);
 - цервикогенная головная боль;
 - тригеминальная невралгия;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии головного мозга).
4. Лечение приступа ГБ:
 - кислородные ингаляции;
 - спрей с лидокаином;
 - препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей), комбинированные препараты (Номигрен (Эрготамин +Кофеин);
 - триптаны (суматриптан, золмитриптан).
5. - блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);
 - антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);
 - антидепрессанты (ТЦА (амитриптиллин, имипрамин,миансерин); СИОЗСН(флуоксетин, сертралин,пароксетин, эсциталопрам);
 - отказ от алкоголя, нормализация ночного сна (7-8 часовой сон).

86. Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмашистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам, сухость и шелушение кожи. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба.

1. Поставьте топический диагноз, определите уровень поражения.
2. Ведущий неврологический синдром.
3. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
4. Предложите план обследования больного.
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: **G 20**)

1. Поражение экстрапирамидной системы (паллидарного отдела, s. nigra).
2. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.
3. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с преимущественным вовлечением правых конечностей, I ст. по Хен-Яр.
4. МРТ головного мозга (для исключения вторичного паркинсонизма).
5. - Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);
- агонисты дофаминовых рецепторов (прамипексол, ропинирол, ротиготин);
и/или — амантадина (мидантан, ПК-мерц).

87. К врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на насильственные непроизвольные движения в конечностях, лице, туловище, ухудшение памяти, внимания, изменение походки. Данные жалобы беспокоят последние 7 месяцев, к врачам не обращался. В неврологическом статусе: хореический гиперкинез, сухожильные рефлексы оживлены D=S с верхних и нижних конечностей, патологических рефлексов нет, походка «танцующая», легкое снижение когнитивных функций. Отец имел подобные симптомы, умер от пневмонии в психиатрической клинике в 56 лет.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы

3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 10**)

1) Болезнь Гентингтона.

2) ДНК исследование, консультация врача генетика

3) Прогноз не благоприятный, как правило смертельный исход наступает через 10-15 лет после дебюта заболевания. Этиотропного лечения нет. Рекомендуются нейролептики, могут использоваться противопаркинсонические препараты.

88. Мужчина 58 лет, работает инженером, диагностирована болезнь Паркинсона 5 лет назад, в течение этого времени принимал леводопу/карбидопу 250/25 мг 3 раза в сутки, на фоне данной терапии мужчина продолжал работать, вести активный образ жизни. 5 месяцев назад стал отмечать усиление скованности и замедленности движений в утренние часы, данные симптомы стали нарастать через 1-1,5 часа после приёма леводопы/карбидопы, которые проходили после приёма очередной дозы препарата, а также появились периоды непредсказуемых застываний, в результате которых было несколько эпизодов падений. Для сохранения активного состояния в рабочее время пациент самостоятельно постепенно нарастил частоту приёма леводопы до 6 таблеток в день одновременно увеличив утреннюю и дневную дозу леводопы до 2 таблеток на приём. В настоящее время у больного участились эпизоды застываний с болезненным спазмом мышц. После приёма очередной дозы леводопы через 30 минут появляются неконтролируемые движения в туловище и конечностях, сменяющиеся через 1,5 часа скованностью и замедленностью. Ввиду ухудшения состояния пациенту пришлось оставить работу, затруднено выполнение домашних дел, самообслуживание сохранено.

1. Ведущий неврологический синдром.

2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

3. Какие типы осложнений имеются у пациента?

4. Предложите варианты медикаментозной коррекции терапии.

5. Возможно ли у данного пациента хирургическое лечение?

Эталоны ответов: (код по МКБ 10: **G 20**)

1. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.

2. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с постуральной неустойчивостью, III ст. по Хен-Яр, клинический патоморфоз в виде феномена истощения конца дозы, дискинезии пика дозы.

3. Моторные флуктуации в виде феномена «истощени конца дозы», феномена «включения-выключения» и дискинезии пика дозы на фоне бесконтрольного приёма препаратов леводопы.

4 1) Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);

- не сочетать прием препаратов леводопы с белковой пищей (прием либо с углеводной пищей, либо прием препаратов леводопы за 1 час до еды или через 2 часа после еды).

2) Обеспечить постоянную концентрацию леводопы в крови:

Варианта коррекции:

- дробление дозы леводопы с увеличением кратности её приёма и снижением её разовой дозы (оставив неизменной общую суточную дозу);

- добавление АДР (прамипексол, ропинирол, ротиготин), а также АДР длительного действия (Мирапекс ПД); и/или — амантадинов (мидантан, ПК-мерц); и/или ингибиторов МАО-В (Азилект);

- замена стандартного препарата леводопы на препараты с контролируемым (медленным) высвобождением (Сталево, Мадопар ГСС), при неконтролируемых застываниях и выраженной утренней скованности - приём быстродействующих форм леводопы утром (Мадопар Д).

5. Возможно нейрохирургическое лечение (стимуляция через вживлённые электроды таламуса, субталамического ядра).

Показания к операции:

- возраст менее 70 лет;

- длительность заболевания от 5 лет и более;

- не менее 3 ст. по Хен-Яру;

- хороший ответ на препараты леводопы;

- выраженные флуктуации и дискинезии, вызванные бесконтрольным приёмом леводопы, а также при отсутствии эффекта от вышепредставленных вариантов коррекции;

- отсутствие депрессивного синдрома и выраженного когнитивного дефицита.

89. Больная 55 лет. Считает себя больной с течением двух лет, когда появились неустойчивость при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезия, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника

выявила умеренные явления остеохондроза межпозвонковых дисков. МРТ головного мозга - без патологических изменений.

1. Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?

2. Ваша тактика лечения?

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 20**)

Акинетико-ригидный (гипертонически-гипокинетический синдром, синдром

Паркинсонизма). Может быть обусловлен болезнью Паркинсона (при наличии семейной предрасположенности), сосудистым, инфекционным, посттравматическим или интоксикационным поражением паллидарной системы. Лечение-индивидуальный подбор противопаркинсонических препаратов из различных групп (препараты L-ДОПА, антагонисты ацетилхолина, из группы бромкриптина, ингибиторов МАО и т. д, комбинированные препараты).

90. Больной П., 32 лет обратился к неврологу с жалобами на слабость в правой стопе, затруднения при ходьбе из-за слабости. Из анамнеза известно, что заболел остро, вышеперечисленные жалобы появились утром после сна. Пациент работает плиточником, накануне вечером длительно работал в вынужденной позе (на корточках). При осмотре: шаг справа при ходьбе, ограничение тыльного сгибания правой стопы, невозможность становиться и ходить на пятках, снижение мышечной силы разгибателей правой стопы до 3 баллов, ахиллов и коленный рефлекс справа сохранены.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .

2. Сформулируйте клинический диагноз?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?

4. Предложите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 57.3**)

1. Поражение малоберцового нерва справа

2. Невропатия правого малоберцового нерва вследствие сдавления на уровне головки малоберцовой кости с выраженным парезом разгибателей правой стопы, острая стадия.

3. ЭНМГ

4. - Фиксация стопы ортезами;

- ЛФК (активные и пассивные движения - для предупреждения контрактур);

- НПВС для уменьшения болевого синдрома, отека и признаков воспаления в области нерва;

- витамины группы В
- ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) - прозерин, ипидакрина гидрохлорид;
- улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);
- антиоксиданты (препараты тиоктовой кислоты).
- физиотерапия: магнитотерапия, амплипульс, ультразвук, электрофорез, электростимуляция, ИРТ, массаж.

91. На приеме молодой человек лет с жалобами на слабость, чувство онемения в области IV и V пальцев правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились несколько дней назад, мальчик по долгу делает уроки и любит сидеть за письменным столом с опорой локтями о стол.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может отвести 4-5 пальцы в сторону. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлексы справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «когтистой лапы».

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные причины данного заболевания.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 56.2**)

1. Неврит правого локтевого нерва.
2. Обоснование: симптом «когтистой лапы», нарушение двигательных и чувствительных функций к кисти, данные анамнеза.
3. Чаще всего это компрессия нерва в области локтевого сустава, возникающая у лиц, которые работают с опорой локтями о станок, верстак, письменный стол и даже при длительном сидении с положением рук на подлокотниках кресел. Изолированное поражение нерва наблюдается при переломах внутреннего мыщелка плеча и при надмыщелковых переломах. Иногда поражение нерва наблюдается при сыпном и брюшном тифе и других острых инфекциях.
4. Назначают витамины группы В с и Е, противовирусные препараты, антихолинэстеразные препараты, дибазол, дуплекс, гомеопатические средства. При отсутствии признаков восстановления в течение 1—2 месяцев показана операция (невролиз, сшивание нервного ствола и т.д.)

5. Применяют физиобальнеотерапию, массаж, ЛФК, иглоукалывание, стимуляцию нерва и мышц (физиотерапия устраняет парестезии и боли, восстанавливает силу в мышцах руки при лечении неврита локтевого нерва).

92.Женщина 62 лет обратилась с жалобами на онемение стоп и слабость в ногах, ощущение покалывания, боль, жжение в стопах, которое усиливается в покое (ночью). При осмотре: сухость, шелушение кожи стоп. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «носков», снижение ахиллова рефлекса и снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп. Пять лет назад у пациентки выявлен сахарный диабет II типа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данной больной?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: **E11.4+G 63.2**)

1. Диабетическая полинейропатия, сенсо-моторная форма.
2. ЭНМГ, консультация эндокринолога
3. Дифференциальная диагностика с другими видами полинейропатий: токсическая, инфекционно-воспалительная, полинейропатия при других эндокринологических и метаболических нарушениях.
4. Препараты альфа-липоевой кислоты, сосудистые препараты (Пентоксифиллин), антиконвульсанты для снятия болевого синдрома (Габапентин, Прегабалин), витамины группы В, ипидакрин, уход за кожными покровами.

93.На приеме молодой человек 23 лет с жалобами на слабость и чувство онемения в правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились сегодня утром, любит спать на боку подложив кисть руки под щеку. Накануне принимал алкоголь.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может разогнуть кисть и 2-5 пальцы, отвести большой палец. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлекс справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «свисающая кисть». и зашифруйте по МКБ-10

1. Поставить клинический диагноз .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите причины неврита лучевого нерва.

4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.
5. Какие физиотерапевтические процедуры необходимо назначить для лечения больного с данным заболеванием?

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 56.3**)

1. Нейропатия правого лучевого нерва.
2. Обоснование: симптом «свисающая кисть», нарушение двигательных и чувствительных функций в кисти, данные анамнеза (длительное прижатие лучевого нерва к плечевой кости во время сна).
3. Часто нерв поражается во время сна, когда больной спит, положив руку под голову или под туловище, при очень глубоком сне, связанном часто с опьянением или в редких случаях с большой усталостью («сонный» паралич). Возможны сдавление нерва костылем («костыльный» паралич), при переломах плечевой кости, сдавлении жгутом, неправильно произведенной инъекции в наружную поверхность плеча, особенно при аномальных расположениях нерва. Реже причиной являются инфекция (сыпной тиф, грипп, пневмония и др.) и интоксикация (отравление свинцом, алкоголем). Самый частый вариант сдавления – на границе средней и нижней трети плеча у места прободения нервом латеральной межмышечной перегородки.
4. Назначают витамины группы В и Е, НПВС или блокады со стероидами, антихолинэстеразные препараты, дибазол, сосудистые. При отсутствии признаков восстановления в течение 1—2 месяцев показана операция (невролиз, сшивание нервного ствола и т.д.)
5. Применяют физиобальнеотерапию, массаж, ЛФК, иглоукалывание, стимуляцию нерва и мышц (нейростимуляция устраняет парестезии и боли, восстанавливает силу в мышцах руки при лечении неврита лучевого нерва).

94. Больная В., 42 лет 3 месяца назад перенесла операцию на органах ЖКТ, в течение которой левая рука длительное время находилась в разогнутом состоянии. В настоящее время у больной наблюдается гипотрофия межкостных мышц и мышц в области гипотенора левой кисти. Затруднено сгибание VI-V пальцев, дистальные фаланги этих пальцев согнуты, проксимальные – разогнуты. Снижены все виды чувствительности по внутренней поверхности предплечья, кисти, мизинца и безымянного пальца.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
4. Предложите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 56.2**)

1. Поражение локтевого нерва слева.
2. Невропатия левого локтевого нерва вследствие сдавления в локтевом канале с выраженным парезом сгибателей правой стопы.
3. ЭНМГ
4. - избегать длительного сгибания предплечья (шина - для иммобилизации локтевого сустава);
 - ЛФК (активные и пассивные движения - для предупреждения контрактур);
 - НПВС для уменьшения болевого синдрома, отека и признаков воспаления в области нерва;
 - витамины группы В;
 - ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) - прозерин, ипидакрина гидрохлорид;
 - улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);
 - антиоксиданты (препараты тиоктовой кислоты).
 - физиотерапия: магнитотерапия, амплипульс, ультразвук, электрофорез, электростимуляция, ИРТ, массаж.

95. Больная Ж., 45 лет, заболела остро, 3 дня назад. После переохлаждения, вечером, почувствовала боли в заушной области. Утром развилась асимметрия лица.

Неврологически: лицо асимметрично. Слева не может наморщить лоб, нахмурить брови. Глазная щель справа полностью не смыкается. Положительный симптом Белла. Слезотечение из левого глаза. Грубая сглаженность левой носогубной складки. Движения угла рта слева резко ограничены. Нарушений вкуса, гиперacusии нет.

1. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 51.0**)

1. Острая невропатия левого лицевого нерва.
2. Необходимо исключить симптоматический характер невропатии /при заболевании ЛОР-органов, сахарном диабете /.

3. Нестероидные противовоспалительные средства, преднизолон, сосудорасширяющие препараты, с 7-го дня антихолинэстеразные средства, вит. группы В, фонофорез с гидрокортизоном, лечебная физкультура, массаж, ИРТ.

4. Осмотр ЛОР- врача, исследование крови на сахар.

96. Мужчина 48 лет жалуется на онемение, «жжение» стоп, боль в мышцах голени. Эти явления появились и нарастали в течение двух месяцев. Кроме того, в течение года отмечает неустойчивость при ходьбе. Родственники пациента рассказали о его злоупотреблении алкоголем длительное время. В неврологическом статусе: снижение силы разгибателей стоп до 4б, гипотония икроножных мышц, болезненность при пальпации мышц голени и стоп, отечность голени и стоп, ахилловы рефлексы не вызываются, выраженное интенционное дрожание при выполнении пяточно-коленной пробы. Снижение поверхностной чувствительности в стопах. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. При выполнении коленно-пяточной пробы отмечается атаксия с двух сторон.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов: (код по МКБ 10: **G 62.1**)

1. Алкогольная полинейропатия, сенсомоторная форма.
2. Дифференциальный диагноз с другими полиневропатиями (при сахарном диабете, уремии, васкулитах), с сифилитической спинной сухоткой.
3. ЭНМГ, консультация нарколога.
4. Витаминотерапия, высокие дозы витамина В1, прозерин, препараты альфа-липоевой кислоты. Антиконвульсанты для устранения болевого синдрома. Физиотерапия, ЛФК.

97. Больная Т., 35 лет, жалуется на жгучие боли в правой половине лица, преимущественно в области верхней и нижней челюсти. Боли носят приступообразный характер длятся 1-3 сек. Приступы болей возникают при жевании, разговоре, умывании, прикосновении к лицу, чистке зубов. Впервые боли появились 3 месяца назад после перенесенного гриппа. В неврологическом статусе: болезненность в точках выхода II и III ветвей правого тройничного нерва. Курковая зона около крыла носа справа и на слизистой полости рта справа

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10.
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Определите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 50.0**)

1. Поражение II и III ветвей тройничного нерва справа.
2. Невралгия второй-третьей ветвей правого тройничного нерва.
3. МР-ангиография головного мозга (вазоневральный конфликт)
- 4.- НПВС для уменьшения болевого синдрома;
 - антиконвульсанты;
 - прегабалины; габапентин;
 - физиотерапия, ИРТ;
 - хирургическое лечение (микроваскулярная декомпрессия нерва, чрескожная термокоагуляция или чрескожная микрокомпрессия Гассерова узла).

98. Пациент М., 18 лет накануне вечером находился длительное время на улице без головного убора. Вечером почувствовал боли в заушной области справа. Утром обнаружил асимметрию лица. В неврологическом статусе: при нахмуривании правая бровь неподвижна, лагофтальм справа, положительный симптом Белла, слезотечение из правого глаза, опущен правый угол рта, при попытке улыбнуться правый угол рта неподвижен. Отмечает непереносимость громких звуков, снижение вкуса на передних 2/3 языка справа.

- 1 Поставьте топический диагноз, определите уровень поражения.
2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
3. Предложите план обследования больного.
4. Определите план лечения.

Эталон ответа: (код по МКБ 10: **G 51.0**)

- 1 Поражение лицевого нерва справа на уровне ниже n. petrosus major, но выше n. stapedius.
2. Острая невропатия правого лицевого нерва с выраженным парезом мимической мускулатуры справа.
3. Рентгенография пирамиды височной кости по Стенверсу справа.

4.- НПВС для уменьшения болевого синдрома;

- ГКС (преднизолон) по схеме (60 мг в сутки в 2 приёма утром с последующим снижением дозы на 5 мг ежедневно до полной отмены);

- никотиновая кислота п/к в заушную область;

- витамины группы В (В1, В6, В12);

- улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);

- ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) с 14 дня после начала заболевания - прозерин, ипидакрина гидрохлорид;

- физиотерапия, ИРТ;

- пластырное вытяжение.

99.Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правых конечностях и затруднение речи – произносил отдельные слова. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 180/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Положителен хоботковый рефлекс.левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа снижены. Справа положителен рефлекс Бабинского. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте топический зашифруйте по МКБ-10 и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

1. Синдромы очаговой симптоматики в виде:

- центрального правостороннего гемипареза в правых конечностях;

- моторной афазии;

- центрального пареза VII ЧМН справа.

Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга (или прецентральная извилина и зона Брока левой лобной доли).

2. **I63.4** Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, правосторонний центральный гемипарез, моторная афазия, острейший период .

3. КТ или МРТ, УЗДГ сос. шеи и головы, коагулограмма, липидный спектр крови, УЗИ сердца, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью головного мозга, энцефалитом.

5 Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбоэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

100. Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.

При осмотре: сознание утрачено, больной повышенного питания, лицо гиперемировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексы справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы .
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Общемозговой синдром (уровень нарушения сознания – кома II (по Коновалову);

Очаговые синдромы в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН и коркового пареза взора.

Поражена левая внутренняя капсула и кора лобной доли с центром взора в заднем отделе средней лобной извилины.

2. **I61.1** Геморрагический инсульт в бассейн левой средней мозговой артерии, правосторонняя гемиплегия, парез взора, кома II, острейший период.

3. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ головного мозга с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

101. Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику.

Объективно: Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон. Отмечалась рвота 2 раза.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: - общемозговой, менингеальный.

Поражены мозговые оболочки.

2. I60.9 Субарахноидальное кровоизлияние.

3. Методом выбора в диагностике субарахноидального кровоизлияния является КТ головного мозга, при негативных данных КТ показана люмбальная пункция с анализом ликвора; ЭКГ, общий и биохимический анализ крови. В дальнейшем – МР (КТ)-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с ЧМТ, менингитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии , при аневризме – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

102. Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех часов развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

Офтальмолог: 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.

Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%.

ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, больше в правом полушарии.

При каротидной ангиографии обнаружена закупорка правой сонной артерии на 3см выше разделения общей сонной артерии на её основные ветви.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Очаговый оптико-пирамидный синдром в виде амблиопии справа и центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезией слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы) и правый зрительный нерв.

2. I63.3 Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне правой внутренней сонной артерии, левосторонняя центральная гемиплегия, амблиопия справа, острейший период.

3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

5. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбоэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

103. Больная Б., 45 лет, доставлена в приёмное отделение машиной скорой помощи. Из анамнеза: на работе внезапно упала, потеряла сознание. Окружающие наблюдали у больной судороги, которые были в левых конечностях в течение 1 минуты. По приезде врач скорой помощи отметил сопорозное состояние сознания и отсутствие движений в левых конечностях.

При осмотре: больная в сознании, но сонлива. В контакт вступает неохотно, жалуется на головную боль. Рассказала, что 10 лет находится на диспансерном учёте по поводу ревматического порока сердца. Около месяца назад дома внезапно ощутила онемение и слабость в правой руке, в течение часа не могла говорить. Через сутки сила в руке восстановилась и к врачу больная не обращалась.

Объективно: лицо бледное, пульс ритмичный, 90 уд/мин. Над областью сердца выслушивается систолический и диастолический шумы, хлопающий первый тон, АД 110/80 мм рт. ст. Дыхание свободное, 20 в мин.

В неврологическом статусе: зрачки равномерные. Ориентировочным методом определяется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Опущен левый угол рта. Язык при высовывании отклоняется влево. Активные движения в левой руке и ноге отсутствуют. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. На левой стопе вызывается патологический рефлекс Бабинского. Левосторонняя гемианестезия. Тонико-клонические судороги в левых конечностях повторились.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. общемозговой синдром: оглушение – сопор;

синдром очаговой симптоматики – левосторонняя центральная гемиплегия с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезия и гомонимная гемианопсия слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы).

2. I63.4 Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемианестезия, гомонимная гемианопсия, острейший период .

3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

104.В приемное отделение доставлен больной 55 лет, страдающий в течении десяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем он потерял сознание.

В неврологическом статусе: сознание утрачено, анизокория, левый зрачок шире правого, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексамии, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц, положителен с-м Кернига, с-мы Брудзинского. Температура тела 37,1гр., АД-210/120 мм.рт.ст.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.

2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: общемозговой синдром, менингеальный синдром, очаговый синдром в виде центральной правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН справа.

Поражена внутренняя капсула и подкорковые узлы в левом полушарии.

2. I61.1 Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, центральная правосторонняя гемиплегия, кома, острейший период .

3. КТ (МРТ) головного мозга, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, коагулянты, нимодипин.

105. Больной 68 лет на протяжении ряда лет жаловался на головную боль, шум в голове, плохую память, бессонницу. Днем поволновался, внезапно почувствовал головокружение, упал. Сознание не терял. Появилась икота, общая слабость, стало трудно глотать.

В приемном отделении: Больной в сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирован в месте и во времени. Обоняние не нарушено. На глазном дне сосуды склерозированы. Острота зрения обоих глаз 1,0. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет и конвергенцию вялая. Энофтальм слева. Неполный птоз верхнего века левого глаза. Горизонтальный нистагм влево. Аналгезия, терманестезия кожи левой половины лица. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа—отчетливый. Движения нижней челюсти не ограничены. Асимметрии лица нет. Неподвижность левой половины мягкого неба и паралич левой голосовой связки. Дисфагия, дизартрия.

Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в них 5 баллов, промахивание при пальце-носовой пробе левой рукой, при пяточно-коленной пробе — левой ногой. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Болевая и температурная чувствительность на правой половине туловища, правой руке и ноге отсутствуют. Проприоцептивная чувствительность не нарушена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках, коленные и ахилловы рефлексы равномерно оживлены. Брюшные рефлексы равны. Патологических рефлексов нет. Симптом Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Симптома Кернига и ригидности затылочных мышц нет. Артериальное давление 90/50. Тоны сердца приглушены. Пульс 68, аритмичный. Общий анализ мочи и крови без патологии.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I63.5 Острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии. Синдром Валленберга—Захарченко. Острейший период.

2. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

106. Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП.

В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенистая слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронираны, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД—230/120. Температура 37,5° Лейкоцитоз 8600*10⁹. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Укажите принципы терапии.

Ответы:

1. I61.1 Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом в боковой желудочек. Горметонический синдром. Кома 2ст.
2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью.
4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

107. Больной Т. 18 лет доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» из юношеской спортивной школы. Во время тренировки внезапно вскрикнул, потерял сознание, упал. Травмы черепа не было. О случившемся по телефону сообщено родителям. Мать больного рассказала, что он рос и развивался нормально. Спортивную школу посещает 2 года. Около двух месяцев назад стал жаловаться на пульсирующий шум в правом ухе, к врачу не обращался. Ежегодно осматривается во врачебно-физкультурном диспансере, отклонений в состоянии здоровья не отмечено.

При осмотре: сознание утрачено. Пульс ритмичный, 110 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, АД— 100/60. Дыхание типа Чейн-Стокса. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. Корнеальные рефлексы утрачены. Резкое напряжение мышц разгибателей конечностей, руки и ноги вытянуты. Мышцы на ощупь твердые, пассивное сгибание невозможно. Сухожильные рефлексы высокие, клonusы надколенников и стоп. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца. Из-за резкого напряжения мышц симптом Кернига проверить не удается. Непроизвольное мочеиспускание.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, сосуды не изменены.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под давлением, интенсивно окрашен кровью.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I61.1 G93.6 G93.5 Массивное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с прорывом крови в желудочки. Отек мозга, дислокация и сдавление ствола мозга. Запредельная кома.
2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.
4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии– оперативное вмешательство, по удалению аневризмы, нимодипин, осмотические диуретики.

108. Больной К, 47 лет утром после вставания с кровати упал из-за слабости в ногах. Вызвал КСП.

В неврологическом статусе: у больного выявлены отсутствие движения в ногах, снижение мышечного тонуса в них, повышение коленных и ахилловых рефлексов с обеих сторон, двусторонние патологические знаки Бабинского и Россолимо, отсутствие брюшных рефлексов, наличие защитных рефлексов и клонусов стоп и надколенников с обеих сторон. Имеется нарушение болевой и температурной чувствительности с Д7-8, нарушение глубокой чувствительности в ногах, задержка мочеиспускания. Менингеальных знаков не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I63.8 Спинальный ишемический инсульт, нижняя центральная параплегия, проводниковая тотальная анестезия, задержка мочи
2. МРТ гр. отдела позвоночника, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с геморрагическим спинальным инсультом, опухолью спинного мозга грудной локализации, рассеянным склерозом, поперечным миелитом.
4. Глюкокортикостероиды, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики широкого спектра. Лечебная физкультура, массаж.

109. Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правых конечностях и затруднение речи – произносил отдельные слова. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой недовольства. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 180/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Положителен хоботковый рефлекс.левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа снижены. Справа положителен рефлекс Бабинского. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

1. Синдромы очаговой симптоматики в виде:

- центрального правостороннего гемипареза в правых конечностях;
- моторной афазии;
- центрального пареза VII ЧМН справа.

1 Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга (или прецентральная извилина и зона Брока левой лобной доли).

2. I63.4 Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, правосторонний центральный гемипарез, моторная афазия, острейший период .

2. КТ или МРТ, УЗДГ сос. шеи и головы, коагулограмма, липидный спектр крови, УЗИ сердца, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью головного мозга, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбоэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

110. Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.

При осмотре: сознание утрачено, больной повышенного питания, лицо гиперемировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексы справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Общемозговой синдром (уровень нарушения сознания – кома II (по Коновалову);

Очаговые синдромы в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН и коркового пареза взора.

Поражена левая внутренняя капсула и кора лобной доли с центром взора в заднем отделе средней лобной извилины.

2. I61.1 Геморрагический инсульт в бассейн левой средней мозговой артерии, правосторонняя гемиплегия, парез взора, кома II, острейший период.
3. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ головного мозга с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
4. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.
5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

111. Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику.

Объективно: Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон. Отмечалась рвота 2 раза.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: - общемозговой, менингеальный.

Поражены мозговые оболочки.

2. I60.9 Субарахноидальное кровоизлияние.

3. Методом выбора в диагностике субарахноидального кровоизлияния является КТ головного мозга, при негативных данных КТ показана люмбальная пункция с анализом ликвора; ЭКГ, общий и биохимический анализ крови. В дальнейшем – МР (КТ)-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с ЧМТ, менингитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии , при аневризме – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

112. Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех часов развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

Офтальмолог: 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.

Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничный рефлекс слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%.

ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, больше в правом полушарии.

При каротидной ангиографии обнаружена закупорка правой сонной артерии на 3см выше разделения общей сонной артерии на её основные ветви.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Очаговый оптико-пирамидный синдром в виде амблиопии справа и центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезией слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы) и правый зрительный нерв.

2. I63.3 Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне правой внутренней сонной артерии, левосторонняя центральная гемиплегия, амблиопия справа, острейший период.

3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

5. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний (лучший вариант в сочетании с тромбоэкстракцией), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

113. Больная Б., 45 лет, доставлена в приёмное отделение машиной скорой помощи. Из анамнеза: на работе внезапно упала, потеряла сознание. Окружающие наблюдали у больной судороги, которые были в левых конечностях в течение 1 минуты. По приезде врач скорой помощи отметил soporозное состояние сознания и отсутствие движений в левых конечностях.

При осмотре: больная в сознании, но сонлива. В контакт вступает неохотно, жалуется на головную боль. Рассказала, что 10 лет находится на диспансерном учёте по поводу ревматического порока сердца. Около месяца назад дома внезапно ощутила онемение и слабость в правой руке, в течение часа не могла говорить. Через сутки сила в руке восстановилась и к врачу больная не обращалась.

Объективно: лицо бледное, пульс ритмичный, 90 уд/мин. Над областью сердца выслушивается систолический и диастолический шумы, хлопающий первый тон, АД 110/80 мм рт. ст. Дыхание свободное, 20 в мин.

В неврологическом статусе: зрачки равномерные. Ориентировочным методом определяется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Опущен левый угол рта. Язык при высовывании отклоняется влево. Активные движения в левой руке и ноге отсутствуют. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. На левой стопе вызывается патологический рефлекс Бабинского. Левосторонняя гемианестезия. Тонико-клонические судороги в левых конечностях повторились.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. общемозговой синдром: оглушение – сопор;

синдром очаговой симптоматики – левосторонняя центральная гемиплегия с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезия и гомонимная гемианопсия слева.

Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы).

2. I63.4 Ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемианестезия, гомонимная гемианопсия, острейший период .

3. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

114. В приемное отделение доставлен больной 55 лет, страдающий в течении десяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем он потерял сознание.

В неврологическом статусе: сознание утрачено, анизокория, левый зрачок шире правого, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексамии, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц, положителен с-м Кернига, с-мы Брудзинского. Температура тела 37,1гр., АД-210/120 мм.рт.ст.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Синдромы: общемозговой синдром, менингеальный синдром, очаговый синдром в виде центральной правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН справа.

Поражена внутренняя капсула и подкорковые узлы в левом полушарии.

2. I61.1 Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, центральная правосторонняя гемиплегия, кома, острейший период .

3. КТ (МРТ) головного мозга, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, коагулянты, нимодипин.

115. Больной 68 лет на протяжении ряда лет жаловался на головную боль, шум в голове, плохую память, бессонницу. Днем поворачивался, внезапно почувствовал головокружение, упал. Сознание не терял. Появилась икота, общая слабость, стало трудно глотать.

В приемном отделении: Больной в сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирован в месте и во времени. Обоняние не нарушено. На глазном дне сосуды склерозированы. Острота зрения обоих глаз 1,0. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет и конвергенцию вялая. Энофтальм слева. Неполный птоз верхнего века левого глаза. Горизонтальный нистагм влево. Аналгезия, терманестезия кожи левой половины лица. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа – отчетливый. Движения нижней челюсти не ограничены. Асимметрии лица нет. Неподвижность левой половины мягкого неба и паралич левой голосовой связки. Дисфагия, дизартрия.

Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объеме, мышечная сила в них 5 баллов, промахивание при пальце-носовой пробе левой рукой, при пяточно-коленной пробе – левой ногой. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Болевая и температурная чувствительность на правой половине туловища, правой руке и ноге отсутствуют. Проприоцептивная чувствительность не нарушена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках, коленные и ахилловы рефлексы равномерно оживлены. Брюшные рефлексы равны. Патологических рефлексов нет. Симптом Маринеску-Радовичи с обеих сторон. Симптома Кернига и ригидности затылочных мышц нет. Артериальное давление 90/50. Тоны сердца приглушены. Пульс 68, аритмичный. Общий анализ мочи и крови без патологии.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I.63.5 Острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии. Синдром Валленберга—Захарченко. Острейший период.
2. В первые часы КТ (МРТ) головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с геморрагическим инсультом, опухолью, энцефалитом.

4. Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты. Ранняя вертикализация, лечебная физкультура, массаж.

116. Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП.

В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта. Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пеннистая слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронированы, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 37,5° Лейкоцитоз 8600*10⁹. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответы:

1. I61.1 Кровоизлияние в правое полушарие головного мозга с прорывом в боковой желудочек. Горметонический синдром. Кома 2ст.
2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью.
4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

117. Больной Т. 18 лет доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» из юношеской спортивной школы. Во время тренировки внезапно вскрикнул, потерял сознание, упал. Травмы черепа не было. О случившемся по телефону сообщено родителям. Мать больного рассказала, что он рос и развивался нормально. Спортивную школу посещает 2 года. Около двух месяцев назад стал жаловаться на пульсирующий шум в правом ухе, к врачу не обращался. Ежегодно осматривается во врачебно-физкультурном диспансере, отклонений в состоянии здоровья не отмечено.

При осмотре: сознание утрачено. Пульс ритмичный, 110 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, АД— 100/60. Дыхание типа Чейн-Стокса. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. Корнеальные рефлексы утрачены. Резкое напряжение мышц разгибателей конечностей, руки и ноги вытянуты. Мышцы на ощупь твердые, пассивное сгибание невозможно. Сухожильные рефлексы высокие, клonusы надколенников и стоп. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца. Из-за резкого напряжения мышц симптом Кернига проверить не удается. Непроизвольное мочеиспускание.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, сосуды не изменены.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под давлением, интенсивно окрашен кровью.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. I61.1 G93.6 G93.5 Массивное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние с прорывом крови в желудочки. Отек мозга, дислокация и сдавление ствола мозга. Запредельная кома.

2. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

3. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

4. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии— оперативное вмешательство, по удалению аневризмы, нимодипин, осмотические диуретики.

118. Больной К, 47 лет утром после вставания с кровати упал из-за слабости в ногах. Вызвал КСП.

В неврологическом статусе: у больного выявлены отсутствие движения в ногах, снижение мышечного тонуса в них, повышение коленных и ахилловых рефлексов с обеих сторон, двусторонние патологические знаки Бабинского и Россолимо, отсутствие брюшных рефлексов, наличие защитных рефлексов и клонусов стоп и надколенников с обеих сторон. Имеется нарушение болевой и температурной чувствительности с Д7-8, нарушение глубокой чувствительности в ногах, задержка мочеиспускания. Менингеальных знаков не выявлено.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

Ответ:

1. Спинальный ишемический инсульт, нижняя центральная параплегия, проводниковая тотальная анестезия, задержка мочи
2. МРТ гр. отдела позвоночника, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, коагулограмма, УЗИ сердца, ЭКГ, глюкоза крови, ОАМ.
3. Диф. диагноз с геморрагическим спинальным инсультом, опухолью спинного мозга грудной локализации, рассеянным склерозом, поперечным миелитом.
4. I63.8 Глюкокортикостероиды, гепарины(короткие), непрямые антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики широкого спектра. Лечебная физкультура, массаж.

119. Студент колледжа почувствовал недомогание. Температура быстро достигла 39 °С, появилась тошнота, рвота, стал вялым, сонливым. Через несколько часов у юноши нарушилось сознание, после чего родители вызвали КСМП. При осмотре: АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 98 уд/мин., мелкоочечную сыпь в области подколенных ямок, локтевых суставов, ягодиц. В неврологическом статусе: положительные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний), ригидность затылочных мышц. Была выполнена люмбальная пункция. В ликворе: давление 300 мм. водного ст., мутная, желтоватого цвета, нейтрофильный плеоцитоз- 1500 в 1 мм³.

- 1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10

- 2) Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы для верификации диагноза?
- 3) Составьте план лечения
- 4) Форма курации больного после перенесенной инфекции, продолжительность и кратность наблюдения.
- 5) Противоэпидемические мероприятия в очагеменингококковой инфекции

Эталон ответа:

- 1) G01 (A39.0) Менингококковый менингит
 - 2) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к антибиотикам, ПЦР
 - 3) Пенициллины (ампициллин 6-8 г х 6 р), цефалоспорины III (цифтриаксон 1-4 г х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
 - 4) Все больные, перенесшие менингит, должны находиться на диспансерном учете под наблюдением районного невролога и участкового врача не менее 2 лет. При благоприятном исходе болезни обследование проводится в течение первого года один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев. При наличии остаточных явлений назначается соответствующее лечение (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 23.12.98 N 375) .
 5. Обязательной регистрации и подаче экстренного извещения в Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора подлежат случаи генерализованной формы менингококковой инфекции (ГФМИ): менингококковый (эпидемический цереброспинальный) менингит, менингококцемия (сепсис, без поражения мозговых оболочек), их сочетанные формы, а также при подозрении на эти заболевания и бактериологически подтвержденные менингококковые назофарингиты.
- Больные генерализованной формой менингококковой инфекции или при подозрении на нее немедленно госпитализируются в специализированные отделения инфекционных больниц, а при их отсутствии - в боксы или полубоксы.
- Больные с бактериологически подтвержденным менингококковым назофарингитом, выявленные в очагах инфекции, в зависимости от тяжести клинического течения, помещаются в инфекционные больницы или в специальные развернутые стационары. Они могут быть изолированы на дому, если в семье или квартире нет больше детей дошкольного возраста и лиц, работающих в детских дошкольных учреждениях, а также при условии проведения регулярного медицинского наблюдения и лечения.
- Больные острым назофарингитом (бактериологически не подтвержденным), выявленные в очаге менингококковой инфекции, подлежат лечению по назначению врача, установившего диагноз. Из детских дошкольных коллективов эти больные изолируются на время лечения и допускаются в коллектив только после исчезновения острых явлений.

Контактные с больным, оставленным на дому, дети, посещающие детские дошкольные учреждения и лица, работающие в этих учреждениях, допускаются в коллектив только после медицинского осмотра и однократного бактериологического обследования с отрицательным результатом.

Выписка из стационара больных ГФМИ и назофарингитом производится после полного клинического выздоровления, без бактериологического обследования на носительство менингококков.

120. На приеме молодой человек 20 лет, с жалобами на боли, чувство ползания мурашек, покалывание и онемение в области поясницы и по задней поверхности обеих ног. Из анамнеза: 14 дней назад в парке укусил клещ, удалил его самостоятельно, к врачам не обращался.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция на свет зрачков живая. Снижена сила мышц в дистальных отделах ног до 4-4,5 баллов. Гипотония мышц в дистальных отделах ног и снижение сухожильных рефлексов с ахиллова сухожилия S=D. Положительные симптомы Ласега и Вассермана. В нижних конечностях – расстройство чувствительности по полиневритическому типу.

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Какие клинические анализы необходимо провести для подтверждения данного диагноза?
4. Принципы этиотропной терапии при клещевом энцефалите и прогноз в данном случае.
5. Основные средства специфической профилактики КВЭ.

1. А84.0 Клещевой энцефалит, полирадикулоневритическая форма.

2. Обоснование: на основании анамнеза (укус клеща 14 дней назад), вялый парез дистальных отделов ног, расстройства чувствительности по полиневритическому типу.

3. ПЦР крови на клещевой энцефалит — определяет наличие вируса в крови.

ПЦР ликвора — определяет наличие вируса в спинномозговой жидкости.

Положительный IgM к клещевому энцефалиту в сыворотке крови говорит о том, что человек недавно заразился вирусом клещевого энцефалита.

Положительный IgG к клещевому энцефалиту — G антитела появляются позже, чем M. Сохраняются в крови всю жизнь после перенесенного клещевого энцефалита. Отвечают за

иммунитет. Выработка IgG является основной целью вакцинации от клещевого энцефалита.

Наличие в крови антител и G и M, говорит о текущей инфекции. Если определяются только IG — то это или поздний срок заболевания или результат вакцинации.

4. Этиотропная терапия заключается в назначении гомологичного гамма-глобулина, титрованного против вируса клещевого энцефалита. Препарат оказывает четкий терапевтический эффект, особенно при средне-тяжелом и тяжелом течении болезни. Гамма-глобулин рекомендуют вводить по 6 мл внутримышечно, ежедневно в течение 3 сут. Лечебный эффект наступает через 12—24 ч после введения гамма-глобулина — температура тела снижается до нормы, общее состояние больных улучшается, головные боли и менингеальные явления уменьшаются, а иногда и полностью исчезают. Чем раньше вводится гамма-глобулин, тем быстрее наступает лечебный эффект. В последние годы для лечения клещевого энцефалита применяют сывороточный иммуноглобулин и гомологичный полиглобулин, которые получают из плазмы крови доноров, проживающих в природных очагах заболевания. В первые сутки лечения сывороточный иммуноглобулин рекомендуют вводить 2 раза с интервалами 10—12 ч по 3 мл при легком течении, по 6 мл — при среднетяжелом и по 12 мл — при тяжелом. В последующие 2 дня препарат назначают по 3 мл однократно внутримышечно. Гомологичный полиглобулин вводят внутривенно по 60—100 мл. Считается, что антитела нейтрализуют вирус (1 мл сыворотки связывает от 600 до 60 000 смертельных доз вируса), защищают клетку от вируса, связываясь с ее поверхностными мембранными рецепторами, обезвреживают вирус внутри клетки, проникая в нее путем связывания с цитоплазматическими рецепторами.

Для специфического противовирусного лечения клещевого энцефалита используется также рибонуклеаза — ферментный препарат, приготовляемый из тканей поджелудочной железы крупного рогатого скота. РНК-аза задерживает размножение вируса в клетках нервной системы, проникая через гематоэнцефалический барьер. Рибонуклеазу рекомендуют вводить внутримышечно в изотоническом растворе натрия хлорида (препарат разводят непосредственно перед выполнением инъекции) в разовой дозе 30 мг через 4 ч. Первую инъекцию выполняют после десенсибилизации по Безредко. Суточная доза вводимого в организм фермента составляет 180 мг. Лечение продолжают в течение 4—5 дней, что обычно соответствует моменту нормализации температуры тела.

Современным способом лечения вирусных нейроинфекций является применение препаратов интерферона (реаферона, лейкинферона и др.), которые можно вводить внутримышечно, внутривенно, эндолюмбально и эндолимфатически. Следует учитывать, что большие дозы интерферона (ИФН) 1—3—6- 106 МЕ — обладают иммунодепрессивным свойством, а устойчивость клеток к проникновению вируса не прямопропорциональна титрам ИФН. Поэтому целесообразно использовать относительно небольшие дозы препарата, либо применять индукторы интерферона (двуспиральная РНК фага 2, амиксин, камедон и др.), обеспечивающие невысокие титры ИФН и обладающие иммуномодулирующим свойством. Двуспиральную РНК фага (ларифан) вводят внутримышечно по 1 мл с интервалом 72 ч от 3 до 5 раз. Амиксин в дозе 0,15-0,3 г назначают перорально с интервалом 48 ч от 5 до 10 раз.

Течение данной формы благоприятное, с хорошим восстановлением нарушенных функций.

5.Основными средствами специфической профилактики КВЭ служат вакцинация или экстренная профилактика человеческим иммуноглобулином против КВЭ. К средствам неспецифической профилактики относятся проведение расчистки и благоустройства территорий, акарицидных и дератизационных обработок лесопарковых зон, кладбищ, зон массового отдыха, коллективных садов, закрытых оздоровительных учреждений, индивидуальная защита людей от нападения клещей (специальная одежда, периодические само- и взаимоосмотры, применение специальных противоклещевых средств для индивидуальной защиты).

121.Больной 32 лет, художник. Обратился к врачу с жалобами на онемение ладоней и стоп, ощущения ползания мурашек в них. Около месяца назад приехал домой после длительного пребывания за рубежом. Последнее время стал часто болеть инфекционными заболеваниями. Со слов больного перед приездом домой болел воспалением легких, но к врачам не обращался из-за тяжелой материальной ситуации во время проживания за границей. При осмотре: пониженного питания, на коже кистей, вокруг ногтей, на лице высыпания, похожие на проявления кандидоза. Хрипы в нижней доли легкого слева, при рентгенографии - проявления хронической нижнедолевой пневмонии. В неврологическом статусе: больной заторможен, отмечается замедленность ответов и движений, быстрая утомляемость, снижение памяти. Общемозговых и менингеальных симптомов, парезов нет. Черепные нервы без патологии, двустороннее оживление сухожильных рефлексов без патологических стопных симптомов. Снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей с двух сторон. Умеренно выраженная атаксия при ходьбе. Координаторные пробы выполняет замедленно, с легким интенционным дрожанием и мимопаданием с двух сторон. Императивные позывы на мочеиспускание, которые больной связывает с хроническим циститом. На МРТ - признаки наружной и внутренней гидроцефалии, множественные мелкие очаги повышенной плотности вокруг желудочков, умеренные признаки атрофии. В клиническом анализе крови отмечается анемия, лимфопения, повышение СОЭ. В иммунологическом анализе крови - снижение содержания всех Т-клеток, особенно CD4+-клеток (Т-хелперов/ индукторов)

1.Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2.Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

Подозрение на инфекцию вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), а именно неврологические проявления (деменция, ассоциированная с ВИЧ), оппортунистические инфекции (поражение кожи, пневмония), связанные с иммунодефицитом. Необходимо срочное серологическое исследование на ВИЧ. В случае положительной пробы на выявление антител к ВИЧ

решение вопроса об антивирусной терапии азидотимидином. Специфическое лечение других инфекционных проявлений, а первую очередь пневмонии. Сосудистая и метаболическая терапия деменции.

122. Больной Н., 60 лет, поступил в клинику нервных болезней с жалобами на постоянную боль в области лба и левого глаза, покраснение кожи левой половины лба, пузырьковые высыпания на левой половине лба. Считает себя больным с 15 сентября 2000 г., когда стал отмечать недомогание, разлитую головную боль и повышение температуры до 37,3°-37,5°. Объективно: общее состояние удовлетворительное, но очень беспокоен, отмечается двигательное возбуждение, болевая гримаса лица.

По внутренним органам – без патологии. АД- 140/80 мм рт.ст, пульс- 88 в мин., ритмичный, t тела - 37,3°.

Сознание ясное, менингеальных симптомов нет. Отмечается резкая болезненность при пальпации точки выхода первой ветви тройничного нерва слева, гипестезия всех видов чувствительности в этой же области, роговичный рефлекс слева снижен, гиперемия склеры левого глаза. Кожа левой половины лба слегка отечна и на ней выявляются группы пузырьков, наполненные серозной жидкостью.

Анализ крови: Э-4,6, Нв-128, Л-12,0, Э-3, Б-0, п\я -20, с\я-38, Л-29, М10, СОЭ-25 мм/ч.

Вопросы

1. Поставьте топический диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Патогенез и этиология заболевания.
4. Основные принципы лечения.
5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при выявлении ВИЧ-инфекции

Эталон ответа

1. Поражен Гассеров узел и первая ветвь тройничного нерва слева (постоянные боли в левой половине лба и глазу, снижение всех видов чувствительности там же, пузырьковые высыпания).
2. В02.2 Опоясывающий лишай, ганглионеврит Гассерова узла слева.
3. Этиология – вирус ветряной оспы, который нейротропен в основном к чувствительным узлам и чувствительным корешкам, а также к оболочкам головного мозга.

4. Зовиракс (0,2 x 2р в день, или 250 мг внутримышечно или внутривенно капельно); ремантадин 0,5г x 4р. в день – 8 дней; ДНКаза; бонафтон или флоренал – смазывать пораженные участки кожи; курантил, амитриптилин, анальгетики.

5. По каждому случаю ВИЧ-инфекции (в том числе при выявлении положительного результата лабораторного исследования на ВИЧ-инфекцию секционного материала) проводится эпидемиологическое расследование специалистами центра СПИД и, при необходимости, специалистами органов, осуществляющих государственный эпидемиологический надзор. На основании результатов эпидемиологического расследования дается заключение о причинах заболевания, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих обучение инфицированных ВИЧ и контактных лиц, назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

123. В отделение поступил молодой человек 25 лет, с жалобами на фоне повышения температуры тела до 39°С впервые развился судорожный приступ, продолжался 1,5-2 минуты купировался самостоятельно.

Из анамнеза: находится на больничном по поводу ветряной оспы. Первые высыпания на коже появились 4 дня назад. В семье больных с эпилепсией нет.

Объективно: Отмечаются гипертермия, состояние спутано, сопор. Выраженные менингеальные симптомы, пирамидные и экстрапирамидные нарушения.

В цереброспинальной жидкости определяется повышение содержания белка и плеоцитоз; число клеток обычно не превышает 100—200 в 1 мкл (преимущественно лимфоциты). Давление цереброспинальной жидкости повышенное.

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Обоснование клинического диагноза.

3. Какое обследование необходимо провести ребенку?

4. Описать методику выполнения спинномозговой пункции.

5. Какой прогноз данного заболевания?

1. Энцефалит при ветряной оспе

2. На основании анамнеза (заболел ветряной оспой 4 дня назад, впервые возникшие судороги, отсутствие в семье больных эпилепсией), объективных данных (сужение сознания до сопора, данные за пирамидные и экстрапирамидные поражения, менингеальные знаки), клинические показатели СМЖ..

3.ЭЭГ.

4. Для выполнения спинномозговой пункции ребенка укладывают на бок с максимально согнутыми руками и ногами. У грудных детей пункцию лучше производить, когда ребенок сидит. Маленькая подушка под животом удерживает согнутый позвоночник, в то время как помощник поддерживает его точно в среднем положении. После обработки кожи антибактериальным средством делают прокол. Можно не делать местную анестезию, потому что эта процедура вдвое больше простого прокола.

Иглу вставляют между остистыми отростками позвонков L3 - L4, а для новорожденных, чей спинной мозг заканчивается на более низком уровне, L4 - L5. Иглу вводят очень медленно, строго горизонтально и далее направляют несколько кверху. По мере введения иглы преодолевается сопротивление желтой связки и твердой мозговой оболочки. Попадание в субарахноидальное пространство ощущается как провал.

При появлении ЦСЖ иглу медленно продвигают еще на 1-2 мм и набирают несколько капель ЦСЖ.

5. Прогноз благоприятный, хотя редко может быть тяжелым и даже закончиться летальным исходом. После выздоровления долго сохраняются парезы, гиперкинезы, судорожные припадки.

124. Пациентка 37 лет состоит на учете у ЛОР врача по поводу хронического фронтита. После переохлаждения почувствовала ухудшение состояния, лечилась самостоятельно народными средствами с положительным эффектом. Через 10 дней состояние резко ухудшилось: температура поднялась до 39.2 °С, появилась сильная головная боль, преимущественно слева, головокружение, рвота. При осмотре выявлено: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига Брудзинского (верхний и нижний). Ликвор мутный, желтоватый, давление 280 мм.вод.ст., нейтрофильный плеоцитоз (800 кл в мм³), глюкоза – 1,72 мкмоль/л, белок – 1,2 г/л.

- 1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы для верификации диагноза?
- 3) Составьте план лечения

Эталон ответа:

Ответ:

- 1) Вторичный риногенный гнойный менингит
- 2) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к антибиотикам, бактериоскопическое исследование, ПЦР, КТ придаточных пазух носа.
- 3) Санация первичного очага инфекции (хирургическое лечение), антибиотики, (цефалоспорины III поколения), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД

(осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение

125. Мужчина 42 лет обратился к врачу с жалобами на головную боль, выраженную общую слабость, на повышение температуры тела до 38,5°C. Пациент рассказал, что в течение 2-х недель беспокоит головная боль, повышение температуры тела 37,5- 37,8°C, общая слабость, сонливо. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 4-кг, стал быстрее уставать, много спит, появился частый кашель. При осмотре врач выявил менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Керниг, верхний Брудзинский), легкое расходящееся косоглазие и полуптоз справа. Пациент госпитализирован. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, жидкость бесцветная, прозрачная, белок 1,5 г/л, цитоз 450 в 1 мм³, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л., через 24 часа появилась фибриновая сеточка.

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Составьте план лечения.
- 5) Противозидемические мероприятия при впервые выявленном случае туберкулеза

Эталон ответа:

- 1) Поражены глазодвигательный нерв справа, оболочки головного мозга
- 2) Туберкулезный менингит **A17.0**
- 3) Исследование ликвора: окрашивание на кислотоустойчивые бактерии, посев, рентген органов грудной клетки, диаскин-тест, биохимическое исследование ликвора на активность аденозин дезаминазы (АДА), ПЦР.
- 4) «Тройная» терапия: изониазид, рифампицин, пиразинамид, витамин В6.
- 5) После установления диагноза активного туберкулеза заполняют извещение (форма N 089 Т/У-2003) и в трехдневный срок направляют в областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД и центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Мероприятия включают:

проведение первичного эпидемиологического обследования очага, эпидемиологическое обследование очага (совместно с эпидемиологом), оценка риска заражения в очаге в соответствии с факторами риска, разработка плана мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

- госпитализация и лечение больного;
- изоляция больного в пределах очага (если он не госпитализирован), изоляция детей;

- заказ и организация заключительной дезинфекции, организация текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;
- первичное обследование контактных лиц;
- наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, проб Манту, бактериологического обследования, общих клинических анализов);
- проведение профилактического лечения контактных лиц.

126. В приемный покой поступила девушка 23-х лет после судорожного приступа. Из анамнеза: в течение 2-х дней отмечалось повышение температуры до 38°C, сильная диффузная головная боль, тошнота и повторная рвота, не приносящая облегчения. В неврологическом статусе положительные менингеальные симптомы (Кернига, ригидность затылочных мышц). В анализе ликвора: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 350 мм.вод.ст., лимфоцитарный плеоцитоз 400 клеток в 1мкл, белок – 0,2 г\л.

Задание:

- 1) Поставьте предварительный клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Предложите дополнительные методы обследования.
- 3) Предложите план лечения.

Эталон ответа:

Ответ:

- 1) Первичный серозный менингит **A87**
- 2) Серологическое исследование сыворотки крови и СМЖ
- 3) Лечение симптоматическое. При выявлении вирусного агента - этиотропное лечение.

127. Больной Т., 18 лет. Заболел остро. Внезапно, среди полного благополучия возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах, озноб. Температура повысилась до 39,5 градусов по Цельсию.

Неврологически: несколько заторможен. Резко выражена ригидность мышц затылка, отмечены положительные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний). Объем, сила, скорость движений рук и ног достаточная. Сухожильные и надкостничные рефлексы симметричны. Патологических рефлексов нет. Наблюдается световая, тактильная и болевая гиперестезия.

Анализ крови: СОЭ-29 мм/час, лейкоциты $18,2 \times 10^9$.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под повышенным давлением. Жид-кость мутная, белок-0,99 г/л, цитоз-2000 в 1 куб.мм. При микроскопии спинномозговой жидкости в нейтрофилах обнаружены менингококки.

1. Какие клинические формы менингококковой инфекции вы знаете?
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте план лечения.
5. Профилактические мероприятия.

Эталон ответа

1. 1. Первично-локализованные формы:

- а) менингококконосительство
- б) назофарингит

2. Генерализованные формы:

- а) менингококцемиа
- б) менингит, менингоэнцефалит
- в) сочетанная форма (менингококцемиа + менингит, менингоэнцефалит)

Возможны: менингококковая пневмония, эндокардит, артрит, иридоциклит.

2. Эпидемический менингококковый менингит. **A39.0**
3. Дифференцировать с субарахноидальным кровоизлиянием (есть общеинфекционные симптомы, нет крови в ликворе, высокий нейтрофильный цитоз с обнаружением менингококков).
4. Антибиотики, дезинтоксикация, антигистаминные препараты, диуретики.
5. С целью экстренной профилактики (для предотвращения вторичных заболеваний) вакцина вводится в очаге инфекции в первые 5 дней после выявления первого случая заболевания генерализованной формой менингококковой инфекции. Менингококковой вакциной серогруппы А и С.

128. В отделение поступил ребенок 13 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39гр, озноб, боль в мышцах, головную боль без рвоты, чувство онемения в пальцах рук.

Из анамнеза: месяц назад на даче укусил клещ, удалил его самостоятельно, к врачам не обращался.

Объективно: состояние средней степени тяжести, гиперемия лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы. Фибриллярные подергивания в отдельных мышцах рук, спины. Больному трудно держать голову – она «валится» на грудь, не возможны повороты головы в стороны, плечи опущены, лопатки крыловидной формы и отведены кнаружи и вверх, трудно поднять руки кверху, отвести в стороны. Сухожильные рефлексы с рук не вызываются. Чувствительность сохранена.

Ликвор: прозрачный, бесцветный, цитоз (лимфоцитарный) 300 в 1 мм, белок умеренно повышен.

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Какие анализы необходимо провести для подтверждения данного диагноза?
3. С какими заболеваниями должна проводиться дифференциальная диагностика?
4. Какие клинические формы клещевого энцефалита в острый период вы знаете?
5. Прогноз данного заболевания.
6. Тактика при выявлении больных клещевым вирусным энцефалитом, лиц с подозрением на это заболевание

Ответ

1. Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма. А84.8
2. ПЦР крови на клещевой энцефалит — определяет наличие вируса в крови.

ПЦР ликвора — определяет наличие вируса в спинномозговой жидкости.

Положительный IgM к клещевому энцефалиту в сыворотке крови говорит о том, что человек недавно заразился вирусом клещевого энцефалита.

Положительный IgG к клещевому энцефалиту — G антитела появляются позже, чем M. Сохраняются в крови всю жизнь после перенесенного клещевого энцефалита. Отвечают за иммунитет. Выработка IgG является основной целью вакцинации от клещевого энцефалита.

Наличие в крови антител и G и M, говорит о текущей инфекции. Если определяются только IG — то это или поздний срок заболевания или результат вакцинации.

3. Данное заболевание необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

опухоли ЦНС, гнойные процессы головного мозга, глубокая сосудистая патология головного мозга, полиомиелит, менингоэнцефалит различной этиологии, комы различного генеза, энцефалиты иного генеза, сыпной тиф, грипп, лептоспироз, гемморагическая лихорадка с почечным синдромом, болезнь Лайма.

4. В острый период выделяют следующие формы клещевого энцефалита:

менингеальная форма,

энцефалитическая,

менингоэнцефалитическая,

полиомиелитическая,

полиоэнцефаломиелитическая,

полирадикулоневритическая,

лихорадочная,

стертая.

5. Стойкие неврологические и психиатрические осложнения развиваются у 10-20 % инфицированных лиц. Летальность инфекции составляет 1-2 % для европейского подтипа и 20-25 % для дальневосточного; как правило, смерть наступает в течение 5-7 дней после возникновения неврологических симптомов.

6. При обращении человека за медицинской помощью по поводу укуса клеща медицинские работники обязаны оказать помощь по удалению клеща, собрать эпидемиологический анамнез и проинформировать пострадавшего о необходимости обращения за медицинской помощью в случае возникновения отклонений в состоянии здоровья в течение 3 недель после укуса. При обращении за медицинской помощью человека с симптомами КВЭ, находившегося в эндемичной по КВЭ местности в период активности клещей или употреблявшего козье молоко, необходимо немедленно госпитализировать его с целью дифференциальной диагностики и лечения.

129. Девушка 28 лет обратилась к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, плохой сон, снижение работоспособности, периодическое ощущение сердцебиения, чувство «нехватки воздуха». Поводом для обращения послужили приступы, которые развиваются без видимых причин в любое время суток. Пароксизмы характеризуются ощущением дереализации, тахикардией, чувством страха «сойти с ума», полиурией, ознобом, повышением АД до 140/90 мм.рт.ст. Продолжительность приступа около 30-40 минут. Год назад перенесла потерю близкого родственника. При осмотре в неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Дополнительные методы исследования
- 3) Назначьте лечение

Эталон ответа:

- 1) Психо-вегетативный синдром. Панические атаки. **F41.0**
- 2) ЭКГ, гормоны щитовидной железы
- 3) Купирование приступа: транквилизаторы (бензодиазепины), β -блокаторы (анаприлин). Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, сан.кур. лечение, курсовой прием антидепрессантов в течение 3-6 месяцев.

130. На приеме девушка 22 лет с жалобами на выпадение волос участками, ломкость ногтей, повышенную сонливость, периодические приступы булимии.

Объективно: повышенного питания, на коже живота бедер отмечаются стрии различной степени давности. В области передней поверхности грудной клетки, живота, на внутренней поверхности правого предплечья участки депигментации кожи. На голове имеется гнездное облысение. Гипертрихоз в области спины, гиперкератоз. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы с рук и ног S=D. Патологических рефлексов и менингеальных знаков нет. Координация сохранена.

1. Определить топический диагноз.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Чем представлен сегментарный отдел симпатической нервной системы?
4. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
5. Описать методы исследования регуляции сосудистого тонуса.
 1. Патологический процесс локализуется в гипоталамической области.
 2. Проявляется нейродистрофическим синдромом, а также синдромом нарушения сна и бодрствования.
 3. Симпатический отдел представлен ядрами боковых рогов спинного мозга от восьмого шейного до второго поясничного сегментов, пограничным симпатическим стволом, превертебральными и интрамуральными ганглиями.
 4. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга (полюс лобной доли, премоторная зона, парацентральная долька).
 5. Исследование регуляции сосудистого тонуса. Возбуждение симпатической нервной системы приводит к сужению сосудов, возбуждение парасимпатической - к расширению их.

Сосудистую регуляцию исследуют при помощи ряда сердечно-сосудистых рефлексов.

Глазосердечный рефлекс Данини-Ашнера. Вызывают надавливанием на переднебоковые поверхности глазных яблок обследуемого в течение 20-30 сек. В норме пульс замедляется на 8-10 в мин. при повышении тонуса парасимпатической нервной системы пульс замедляется более чем на 10 в мин., при симпатикотонии он остается без изменений или учащается. Пробу следует проводить осторожно, чтобы не вызвать резкого замедления пульса.

Солярный рефлекс. Вызывают надавливанием на солнечное сплетение в течение 20-30 сек. Наступает снижение артериального давления и замедление пульса на 4-12 в мин.

Клиностагическая проба. При переходе обследуемого из вертикального положения в горизонтальное в норме пульс замедляется на 10-12 в мин.

Ортостатическая проба. При переходе обследуемого из горизонтального положения в вертикальное в норме пульс учащается на 10-12 в мин. Больше его учащение, а также замедление расцениваются как показатель вегетативной дисфункции.

131. В отделение поступила девушка 23 лет с жалобами на повышение температуры до $37,5^{\circ}$ в течение месяца, приступы повышения температуры до 39° с ознобом, продолжительностью 2 часа. Температура снижается самостоятельно без приема медикаментов.

Объективно: общее самочувствие не страдает. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. При термометрии получен монотермический тип кривой. Асимметрия температуры подмышечных впадин, термоинверсия аксиллярной и ректальной температуры.

1. Определить локализацию патологического процесса.
2. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
3. Что включает в себя сегментарный уровень вегетативной нервной системы?
4. Какие симптомы характерны для поражения гипоталамуса?
5. Описать методы исследования кожных вегетативных рефлексов.

1. В патологический процесс вовлечена гипоталамическая область. Принимая во внимание ангину в анамнезе можно думать о инфекционно-аллергическом поражении гипоталамической области.

2. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга (полюс лобной доли, премоторная зона, парацентральная долька).

3. К сегментарным отделам относятся ядра среднего и продолговатого мозга, ядра боковых рогов спинного мозга, узлы пограничного симпатического ствола.

4. Клинические синдромы поражения гипоталамуса:

нейро-эндокринно-обменный

вегетативно-сосудистый

вегетативно-висцеральный

нарушение терморегуляции

нервно-трофический

нервно-мышечный

нарушение сна и бодрствования

псевдоневротический и псевдопсихопатологический, гипоталамическая эпилепсия

5. Исследование кожных вегетативных рефлексов. В клинике важно исследовать дермографизм - реакцию сосудов кожи на раздражение и пилоромоторный рефлекс - рефлекс «гусиной кожи».

Местный дермографизм. Вызывают штриховым раздражением кожи тупым предметом. Белый дермографизм указывает на повышение тонуса симпатической нервной системы, выраженный красный дермографизм - на повышение тонуса парасимпатической нервной системы. Характер местного дермографизма может зависеть от степени давления.

Рефлекторный дермографизм. Определяют путем проведения иглой по коже. Образуется красная полоса. Иннервация сосудов-расширителей обеспечивается центрами спинного мозга, поэтому при поражении периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга наступает выпадение этого рефлекса в зоне сегмента. Иногда встречается возвышенный дермографизм, при котором в ответ на раздражение возникает приподнятый кожный валик.

Пиломоторный рефлекс. Вызывают быстрым охлаждением кожи эфиром, холодной водой или щипковым ее раздражением в области надплечья. В ответ возникает сокращение гладких волосковых мышц на стороне раздражения. Дуга пиломоторного рефлекса замыкается в спинном мозге. Поражение спинного мозга сопровождается выпадением пиломоторного рефлекса на соответствующем уровне. Рефлекс сохраняется выше и ниже уровня поражения.

132. На приеме мужчина 28 лет с жалобами на покраснение левой половины лица и шеи. Периодическую боль в левой половине лица, шеи. Продолжительность приступов от 1 до 2 часов.

Объективно: во времени и пространстве ригидна, эмоционально лабильна. Отек левой половины лица, особенно век, гиперемия кожи лица и шеи с выраженным потоотделением (дисгидроз) слева Гиперпатия левой половины лица, шеи. Появляется блефароспазм при взгляде на свет. Глазные щели $D>S$, отмечается опущение верхнего века справа, разница диаметра зрачков $D>S$. Реакция зрачков на свет сохранена, но слева выражена слабее. Гетерохромия (разный цвет радужной оболочки).

1. Определить топический диагноз.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Чем проявляется синдром Клода Бернара-Горнера?
4. Описать клинические проявления синдрома пограничной цепочки.
5. Описать методы исследования терморегуляции и потоотделения.

1. В данном случае имеется поражение верхнего шейного симпатического узла слева.
2. Отек и гиперпатия, дисгидроз на левой половине лица, синдром Горнера обосновывают топический диагноз.
3. Синдром Клода Бернара-Горнера характеризуется сужением зрачка, уменьшением глазной щели и западением глазного яблока (птоз, миоз, энтофтальм). Гетерохромия у детей.

4. Синдром пограничной цепочки:

ганглионит или тунцит

ганглионеврит пограничного симпатического ствола

гипер- или гипогидроз (ангидроз)

гипер- или гипотермия кожи

в подкожной клетчатке могут развиваться отеки, иногда очень плотные, резко ограниченные
небольшое похудание мышц

гиперпатия (каждое болевое раздражение мучительно переживается)

жалобы на парестезии, боли с ощущением жжения, иногда на зуд

5. Исследование терморегуляции и потоотделения. В клинической практике может наблюдаться гипертермия, не связанная с инфекционными заболеваниями. В отдельных случаях отмечаются гипертермические кризы - приступообразные повышения температуры, которые обусловлены поражением диэнцефальной области. Имеет значение также асимметрия температуры - различие между правой и левой половинами тела. Обычно разница температуры на симметричных участках тела не превышает $0,1 - 0,4^{\circ}\text{C}$. При гемиплегиях кожная температура конечностей на стороне паралича ниже, чем на здоровой стороне на $1 - 1,5^{\circ}\text{C}$.

Исследование потоотделения. Для исследования потоотделения воздействуют на разные уровни потоотделительного рефлекса. Для этого применяют инъекцию пилокарпина (1мл 1% раствора), согревание и назначение внутрь 1 г ацетилсалициловой кислоты или амидопирин. Салицилаты влияют на гипоталамические температурные центры, согревание - на спинальные, пилокарпин - на периферическую вегетативную систему (волокна, узлы).

Для топографического изучения распределения потоотделения применяют пробу Минора. Кожу обследуемого покрывают специальным составом (йод - 15г, касторовое масло - 100мл, спирт 96 % - 900мл) и через несколько минут припудривают крахмалом. Путем согревания вызывают лотовый рефлекс - кожа окрашивается в синий цвет. Участки с отсутствием потоотделения остаются неокрашенными.

При поражениях гипоталамуса нередко нарушается потоотделение на одной половине тела.

133. На приеме женщина 41 года с жалобами на приступообразные жгучие боли в области живота, отрыжку, вздутие живота. Приступы продолжаются около часа ежедневно и заканчиваются обильным мочеиспусканием. Из анамнеза: 7 дней назад получила тупую травму в область эпигастрия.

Объективно: болезненны точки солнечного сплетения - ниже мечевидного отростка. При давлении на живот выше пупка замедляется пульс и понижается артериальное давление. Живот вздут, кожные покровы тела влажные, ознобоподобный гиперкинез.

1. Определить топического диагноза.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Какие отделы парасимпатической нервной системы вы знаете?
4. Описать клинические проявления синдрома соллярита.
5. Описать симптомы нарушения регуляции мочеиспускания.

Ответ:

1. У больной имеются признаки поражения солнечного сплетения.
2. Об этом свидетельствует приступообразные сильные боли в подложечной области, сопровождающиеся вздутием живота.

За поражение солнечного сплетения говорит эпигастральный рефлекс - при давлении на область между мечевидным отростком и пупком появляется замедление пульса и понижение артериального давления.

3. Различают краниобульбарный и сакральный отделы парасимпатической нервной системы.

4. Солярит проявляется симптомами: частым мелким пульсом; повышением артериального давления; диареей; олигурией. Нередко болевой синдром комбинируется с диспептическим

5. Симптомы нарушения регуляции мочеиспускания.

Задержка мочи возникает при спазме сфинктера, слабости детрузора или при двустороннем нарушении связей мочевого пузыря с корковыми центрами. При переполнении пузыря сфинктер может частично раскрываться под давлением и моча выделяется каплями. Такое явление носит название парадоксальной ишурии.

Временная задержка мочи при двустороннем нарушении связей мочевого пузыря с корковыми центрами сменяется недержанием мочи вследствие «растормаживания» спинальных сегментарных центров. Это недержание является автоматическим, произвольным опорожнением мочевого пузыря по мере его наполнения и называется перемежающимся, периодическим недержанием мочи.

Недержание мочи при поражении спинномозговых центров отличается от перемежающегося тем, что моча постоянно выделяется по каплям по мере ее поступления в мочевой пузырь. Такое расстройство называется истинным недержанием мочи, или параличом мочевого пузыря.

134. В отделение поступил юноша 18 лет с жалобами на приступы сердцебиения с одышкой и ознобом, с подъемом температуры тела до 39° и артериального давления до 140/100 мм.рт.ст, во время приступа ощущает резкое чувство страха.

Из анамнеза: год назад была закрытая черепно-мозговая травма, лечился в стационаре. Через 3 месяца после ЧМТ появились приступы. Перед приступом жалуется на давящую головную боль, боль в животе, давящую боль в области сердца, подъем температуры до 38°-39° , озноб, повышенную потливость, чувство тревоги. Во время приступа в сознании. Частота приступов варьирует 1-3 раза в неделю. После приступа чувство слабости и разбитости отмечает в течение суток.

Объективно: Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. Дермографизм розовый, стойкий. Извращение ортостатической пробы Ашнера. Гипергидроз общий и локальный. Кожа в виде "гусиной".

1. Как расценить описанные приступы?

2. Когда возникают вегетативно-сосудистые кризы?

3. Описать симптомы влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы на различные органы.

4. Какие клинические симптомы характерны для синдрома Клода Бернара-Горнера?

В данном случае имеется сочетание вегетативно-сосудистого и вегето-висцерального кризов.

Подтверждением вегетативно-сосудистого криза являются симптомы: сердцебиение, повышение температуры, одышка, потливость, головная боль, озноб, повышение артериального давления.

На вегетативно-висцеральный криз указывает появление болей в желудке.

2. Вегетативно-сосудистые кризы возникают при поражении гипоталамической области

3. Влияние симпатического отдела:

на сердце — повышает частоту и силу сокращений сердца.

на артерии — не влияет в большинстве органов, вызывает расширение артерий половых органов и мозга, сужение коронарных артерий и артерий легких

на кишечник — угнетает перистальтику кишечника и выработку пищеварительных ферментов.

на слюнные железы — угнетает слюноотделение.

на мочевой пузырь — расслабляет мочевой пузырь.

на бронхи и дыхание — расширяет бронхи и бронхиолы, усиливает вентиляцию лёгких.

на зрачок — расширяет зрачки.

5. Синдром Клода Бернара-Горнера характеризуется сужением зрачка, уменьшением глазной щели и западением глазного яблока (птоз, миоз, энофтальм). Гетерохромия у детей.

135. На приеме мужчина 35 лет с жалобами на боль в области орбиты в углу правого глаза, боль впервые возникла 7 дней назад и в течение этого времени носит различную выраженность, то усиливаясь, то стихая самостоятельно. Также появилось обильное слезотечение из правого глаза и обильные выделения из правой ноздри носа.

Из анамнеза: наблюдается у отоларинголога по поводу искривления носовой перегородки и хронического пансинусита.

Объективно: глазные щели S=D, болезненная верхняя тригеминальная точка справа, экзофтальм справа. Инъекция конъюнктивы правого глаза, обильное слезотечение, риноррея. Двигательных и координаторных расстройств нет. Дермографизм яркий, красный, стойкий, держится до 1 минуты. Гипергидроз ладоней.

1. Определить, где очаг поражения?
2. Какие образования входят в сакральный отдел парасимпатической нервной системы?
3. Какие клинические симптомы характерны для астенического синдрома?
4. Описать методики исследования регуляции сосудистого тонуса.
5. Какие клинические симптомы характерны для синдрома Клода Бернара-Горнера?

1. Поражен ресничный ганглий справа.

Для него характерна триада симптомов: боль в области орбиты, угла глаза, экзофтальм, риноррея. Описанный синдром называется синдромом Шарлена.

2. К сакральному парасимпатическому отделу относятся клеточные группы серого вещества спинного мозга на уровне второго-пятого крестцовых сегментов, аксоны которых составляют тазовый нерв, иннервирующий мочевой пузырь, прямую кишку и половые органы.

3. Астенический синдром. Одним из частых нарушений функции центральных отделов вегетативной нервной системы у детей являются расстройства эмоционально-волевой сферы, поведенческих реакций. Дети становятся капризными, эмоционально неустойчивыми. В ряде случаев отмечаются вязкость, назойливость, эмоциональная адинамия или взрывчатость, злобность, неадекватное поведение. Внимание неустойчиво. Дети быстро истощаются, любая психическая и физическая нагрузка вызывает общую слабость, недомогание, быструю утомляемость. Повторные респираторные инфекции, травмы ухудшают общее состояние и усугубляют астенический синдром.

4. Исследование регуляции сосудистого тонуса. Сосудистую регуляцию исследуют при помощи ряда сердечно-сосудистых рефлексов.

Глазосердечный рефлекс Данини-Ашнера. Вызывают надавливанием на переднебоковые поверхности глазных яблок обследуемого в течение 20-30 сек. В норме пульс замедляется на 8-10 в мин. при повышении тонуса парасимпатической нервной системы пульс замедляется более чем на 10 в мин., при симпатикотонии он остается без изменений или учащается. Пробу следует проводить осторожно, чтобы не вызвать резкого замедления пульса.

Солянный рефлекс. Вызывают надавливанием на солнечное сплетение в течение 20-30 сек. Наступает снижение артериального давления и замедление пульса на 4-12 в мин.

Клиностатическая проба. При переходе обследуемого из вертикального положения в горизонтальное в норме пульс замедляется на 10-12 в мин.

Ортостатическая проба. При переходе обследуемого из горизонтального положения в вертикальное в норме пульс учащается на 10-12 в мин. Большее его учащение, а также замедление расцениваются как показатель вегетативной дисфункции.

136. На приеме девушка 20 лет с жалобами на приступы резкой спонтанной боли в области корня носа, правого глаза с распространением на правый висок и ухо. Продолжительность приступов боли варьирует от 10 минут до 1 часа, чаще возникает в ночное время. Болевые приступы сопровождаются покраснением правой половины лица, слезотечением из правого глаза и обильным выделением секрета из правой ноздри носа.

Из анамнеза: болеет хроническим тонзиллитом, 10 дней назад перенес лакунарную ангину. Жалобы появились через 3 дня после выздоровления.

Объективно: глазные щели S=D, инъекция конъюнктивы слева, отек ушной раковины и лица справа. Слезотечение, риноррея и слюнотечение. Двигательных и координаторных расстройств нет.

1. Где находится очаг поражения?
2. Укажите связи гипоталамической области.
3. Какие клинические синдромы поражения гипоталамуса существуют?
4. Какие клинические симптомы характерны для синдрома Иценко — Кушинга?
5. Описать симптомы влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы на различные органы.

1. Патологический процесс локализуется в крылонебном узле справа.
2. Связи гипоталамической области обширны: существуют связи с корой головного мозга, зрительным бугром, с экстрапирамидной системой, с ядрами мозгового ствола, с мозжечком, с ретикулярной формацией и спинным мозгом

3. Клинические синдромы поражения гипоталамуса:

нейро-эндокринно-обменный

вегетативно-сосудистый

вегетативно-висцеральный

нарушение терморегуляции

нервно-трофический

нервно-мышечный

нарушение сна и бодрствования

псевдоневростенический и псевдопсихопатологический, гипоталамическая эпилепсия.

4. Синдром Иценко — Кушинга. Характерен «бычий» тип ожирения. Жир преимущественно откладывается в области шеи, верхнего плечевого пояса, груди, живота. Отложение жировой клетчатки на лице придает ему своеобразный лунообразный вид. Конечности на фоне ожирения в области туловища выглядят худыми. Наблюдаются трофические расстройства: стрии на внутренней поверхности подмышечной области, боковой поверхности груди и живота, в области молочных желез, ягодиц. Трофические расстройства кожи проявляются сухостью, мраморным оттенком в области наибольшего отложения жира. Наряду с ожирением у таких больных отмечается стойкое повышение артериального давления, в ряде случаев транзиторная артериальная гипертензия, изменение сахарной кривой (уплощение, двугорбая кривая), снижение уровня 17-кортикостероидов в моче.

5. Влияние симпатического отдела:

на сердце — повышает частоту и силу сокращений сердца.

на артерии — не влияет в большинстве органов, вызывает расширение артерий половых органов и мозга, сужение коронарных артерий и артерий легких [5]

на кишечник — угнетает перистальтику кишечника и выработку пищеварительных ферментов.

на слюнные железы — угнетает слюноотделение.

на мочевой пузырь — расслабляет мочевой пузырь.

на бронхи и дыхание — расширяет бронхи и бронхиолы, усиливает вентиляцию лёгких.

на зрачок — расширяет зрачки.

137. На приеме девушка 20 лет с жалобами на повышенный аппетит (периодические приступы булимии), жажду, избыточную массу тела.

Из анамнеза: у девочки с 7 лет стали развиваться вторичные половые признаки, в 9 лет появилась менструация и установился менструальный цикл.

Объективно: маленького роста, повышенного питания, лунообразное лицо, стрии в области живота и бедер различной степени давности. Дистальные отделы рук и ног с цианотичным оттенком, холодные, влажные. По гормональному статусу напоминает взрослую девушку. Артериальное давление 150/100 мм.рт.ст. Со стороны рефлекторной, двигаельной, чувствительной и координаторных сфер патологии нет.

1. Где находится патологический очаг?
2. Какие гипоталамические синдромы вы знаете?
3. Какие клинические симптомы характерны для астенического синдрома?
4. Описать симптомы влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на различные органы.
5. Какие клинические симптомы характерны для синдрома Клода Бернара-Горнера?

Ответ:

Патологический процесс локализуется в гипоталамической области.

Имеется типичный нейроэндокринный синдром.

2. При поражении гипоталамической области наблюдаются следующие синдромы:

вегетативно-висцерально-сосудистый.

нейромышечный.

нейроэндокринный.

нейродистрофический.

нарушение терморегуляции.

нарушение сна и бодрствования.

псевдоневротический или психопатологический.

3. Астенический синдром. Одним из частых нарушений функции центральных отделов вегетативной нервной системы у детей являются расстройства эмоционально-волевой сферы, поведенческих реакций. Дети становятся капризными, эмоционально неустойчивыми. В ряде случаев отмечаются вязкость, назойливость, эмоциональная адинамия или взрывчатость, злобность, неадекватное поведение. Внимание неустойчиво. Дети быстро истощаются, любая психическая и физическая нагрузка вызывает общую слабость, недомогание, быструю утомляемость. Повторные респираторные инфекции, травмы ухудшают общее состояние и усугубляют астенический синдром

4. Влияние парасимпатического отдела:

на сердце — уменьшает частоту и силу сокращений сердца.

на артерии — расширяет артерии.

на кишечник — усиливает перистальтику кишечника и стимулирует выработку пищеварительных ферментов.

на слюнные железы — стимулирует слюноотделение.

на мочевой пузырь — сокращает мочевой пузырь.

на бронхи и дыхание — сужает бронхи и бронхиолы, уменьшает вентиляцию лёгких

на зрачок — сужает зрачки.

5. Синдром Клода Бернара-Горнера характеризуется сужением зрачка, уменьшением глазной щели и западением глазного яблока (птоз, миоз, энофтальм). Гетерохромия у детей.

138. Больной Ш., 28 лет. Был избит. Кратковременно терял сознание. При поступлении в стационар больной в сознании, однако, вял, заторможен. Пульс 58 ударов в минуту. Отмечалась неоднократная рвота.

Неврологически: выявляется легкий левосторонний центральный гемипарез. На рентгенограммах черепа - трещина теменной кости справа. Через 4 часа после поступления состояние больного резко ухудшилось: впал в коматозное состояние, появилась анизокория (справа зрачок шире, чем слева), в левых конечностях двигательные нарушения выросли до плегии.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите тактику обследования.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Травматическая эпидуральная гематома справа.
2. ЭХО-энцефалоскопия, компьютерная томография головного мозга.
3. При подтверждении диагноза показано экстренное оперативное лечение (удаление гематомы).

139. Больной А., 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, PS - 60 уд. в мин, АД 155/80 мм рт. ст., НБ - 130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Вопросы:

I. Ваш диагноз?

1. Какие дополнительные методы исследования можно произвести для уточнения диагноза?
3. Наиболее информативный метод исследования при данной патологии?
4. Лечение данного больного?

5. Основные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга?

Эталоны ответов:

1. Сдавление мозга внутримозговой гематомой справа. **G93.5**
2. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография, спинномозговая пункция, компьютерная томография.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения.
5. Дегидратационная терапия (препараты: мочевины, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).

140. Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и зашифруйте по МКБ-10? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?
5. Лечение.

Эталоны ответов:

1. **S06.0** Сотрясение головного мозга. В основе - обратимое молекулярное смещение нервной ткани, приводящее к нарушению функции коры головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.
3. Раздражением рвотного центра продолговатого мозга.
4. Больной должен находиться в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении.
5. Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.

140. Больная Ч. 55 лет, предъявляет жалобы на головную боль, тошноту, периодическую рвоту, выпячивание левого глазного яблока, шум в голове. Около 4-х недель назад, в состоянии алкогольного опьянения, получила удар тяжелым предметом по голове. Около 1 часа была в бессознательном состоянии. Доставлена в хирургическое отделение ЦРБ, осмотрена неврологом. Несмотря на лечение, головные боли сохранялись, а через 3 недели с момента травмы стал выпячиваться из орбиты левый глаз. Рекомендовано транспортировать больную в нейрохирургическое отделение для ангиографического обследования.

Объективно: состояние больной тяжелое, заторможена, на вопросы отвечает односложно, быстро засыпает. Пульс-62 в 1 мин, ритмичный. АД160/110 мм рт. ст. Левосторонний экзофтальм. Зрачки S=D. Движения левого глаза резко ограничены во всех направлениях. Роговичный рефлекс слева угнетен. Гипестезия в зоне 1 и 2 ветвей тройничного нерва слева. Сглажена правая носогубная складка. Язык девирует вправо. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы D>S, рефлекс Бабинского со обеих сторон. Симптом Кернига умеренно выражен. Чувствительных расстройств не выявляется.

Вопросы

1. Имеются ли признаки перелома костей черепа.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
3. Какие синдромы можно выделить у данной больной.
4. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
5. Основные принципы лечения.

Эталон ответа

1. Клинических признаков перелома костей черепа у больной нет (отсутствие ликвореи или кровотечения из уха или носа, отсутствие мозговых детритов на поверхности раны, твердые кровоподтеки в области глаз).
2. Необходимо сделать обзорный снимок черепа, исследовать глазное дно, провести КТ головного мозга (МРТ в сосудистом режиме).
3. Менингеальный синдром (головная боль, заторможенность, рвота, симптом Кернига) и альтернирующий синдром (глазодвигательные нарушения справа и пирамидный синдром слева).
4. **S00.9** Ушиб головного мозга тяжелой степени, подозрение на возникновение сино-каротидного соустья.
5. Строгий постельный режим, дегидратация, противосудорожные препараты, L –лизина эсцинат, витамины группы В, актовегин, анальгетики, противорвотные. При подтверждении сино-каротидного соустья - оперативное лечение.

141. В отделение доставлен спортсмен 22 лет бригадой скорой помощи с жалобами на сильную головную боль с тошнотой и рвотой. Принимал анальгин и спазмалгон интенсивность боли не снижается. Сильную боль в области глаз, усиливающуюся при ярком свете.

Из анамнеза: два часа назад упал со спортивного снаряда, была кратковременная потеря сознания до 1-2 минут. Когда пришел в сознание, стал жаловаться на головную боль.

Объективно: брадикардия (пульс 56 ударов в минуту), АД 150/70 мм.рт.ст. глазные щели S=D, справа расширен зрачок, снижением реакции на свет справа, недостаточность конвергенции справа. Болезненные верхние и средние точки выхода ветвей тройничного нерва. Сглажена правая носогубная складка. Гипертонус мышц правых конечностей. Сухожильные рефлексы выше справа. Двусторонние патологические стопные знаки. Положительный симптом Манна-Гуревича. Симптом Кернига под углом 150 с обеих сторон. Положительный верхний и нижний симптом Брудзинского. Чувствительных, координаторных расстройств нет.

Ликвор: прозрачный, вытекает под давлением 350 мм.водн.ст., цитоз 2, белок 990 мм/л, реакция Панди +++.

1. Клинический диагноз .
 2. Какие методы обследования необходимо провести ребенку?
 3. Описать методику исследования симптома Кернига.
 4. Описать методику исследования симптома Манн-Гуревича.
 5. Описать методику исследования симптомов Брудзинского (верхнего, среднего, нижнего).
1. Черепно-мозговая травма головного мозга с формированием эпидуральной гематомы слева.
 2. Клинический осмотр нейрохирурга. Рентгенография черепа в двух (как минимум) проекциях.

ЭЭГ

КТ (компьютерная томография) головного мозга.

Вопрос о дополнительных методах обследования решается индивидуально.

3. Исследование с-ма Кернига – невозможность пассивно разогнуть ногу, согнутую под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах.
4. Исследовать с-м Манн-Гуревича – усиление головной боли при открывании глаз и движениях глазных яблок.

5. Исследование с-мов Брудзинского (верхний – сгибание ноги в коленных и тазобедренных суставах при пассивном наклоне головы больного лежащего на спине, средний или лобковый - сгибание ноги в коленных и тазобедренных суставах с подтягиванием их к животу при надавливании на лонное сочленение, нижний – попытка разогнуть ногу, согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах, приводит к сгибанию второй ноги и приведению ее к животу).

142. Больной У., 56 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области левого надплечья, левой руке, слабость и похудание мышц левого плеча, боль в левой половине грудной клетки и в ногах. Считает, что болен около 2-х лет, когда впервые отметил кратковременные приступы «сжатия» в грудной клетке. Затем эти приступы прошли, но через полгода появилась постоянная боль в области левого надплечья и левого плечевого сустава.

Лечился парафиновыми аппликациями, ультразвуком. Боли в плече оставались, а со временем появилось чувство «онемения» всей левой руки, рука казалась «чужой». Трудно стало работать. При обследовании в клинике: больной правильного телосложения. За исключением некоторого расширения сердечной тупости влево и глухости сердечных тонов, других отклонений в деятельности внутренних органов нет. АД – 160/90 мм рт. ст. Обычные лабораторные анализы без отклонения от нормы. Общемозговых, менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов отмечается лишь снижение слуха на оба уха. Поле зрения и глазное дно обоих глаз нормально. Обращает на себя внимание, что больной сохраняет все время вынужденную позу головы, которая слегка отодвинута вправо. Левая дельтовидная и левая двуглавая мышцы представляются слегка похудевшими. Выраженных парезов руки нет, но при пробе Барре отмечается опускание руки. Рефлексы на руках вызываются, но левый трицепс-рефлекс выше правого, а мышечные сокращения при исследовании левого карпорадиального и бицепс-рефлекса передаются на сгибатели пальцев. Боли в руке больше всего выражены в области С3 и С4 сегментов. В положении сидя боли уменьшаются. Сила трофики и рефлексы правой руки сохранены. Брюшные рефлексы несколько ниже слева. Коленные и ахилловы рефлексы слева выше, чем справа. Слева – клонус стопы и симптом Бабинского. В пальцах и кисти левой руки нарушено суставно-мышечное чувство. Тазовые функции не страдают. При наблюдении за больным в динамике – парез мышц левой руки продолжал нарастать. Рентгенография черепа: без изменений. В грудном и поясничном отделах позвоночника - явления остеохондроза и спондиллеза. Ликвор: белок-2,6 г\л, реакция Панди +++, цитоз - 2 в 1 мкл. При проведении ликвородинамических проб полный блок субарахноидальных камер спинного мозга.

Вопросы

1. По какому типу нарушена чувствительность у больного?

2. Оцените состав ликвора.

3.Какой синдром у больного выступает на первый план?

4.Топический диагноз.

5.Клинический диагноз и дифференциальный диагноз.

6.Назначьте дополнительные методы исследования.

7.Лечение.

Эталон ответа

1.Чувствительность нарушена по спинально-проводниковому типу.

2.У больного имеется белково-клеточная диссоциация, характерная для онкологических поражений нервной системы.

3.Синдром половинного поражения спинного мозга (Броун-Секара).

4.Поражение левой половины спинного мозга (Броун-Секаровский синдром) и корешков (корешковые боли), при этом страдают сегменты С5 по С6.

5.Можно думать об опухоли спинного мозга экстрамедулярной локализации. О том, что это опухоль, говорят и динамика процесса (медленное прогрессирование) и белково-клеточная диссоциация в ликворе и уменьшение болей в сидячем положении. Корешковые боли, вынужденное положение головы также подтверждают экстрамедулярный характер процесса. На это же указывает отсутствие нарушений тазовых функций и блок спинального субарахноидального пространства.

6. Дополнительным методом исследования, незаменимым в данном случае, является МРТ. Если нет условия для их проведения, то рентгенография с контрастным веществом.

7.Лечение – оперативное - удаление опухоли спинного мозга.

143.

Больная 43 лет поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Последние 3 - 4 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 - 3 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Больная отмечает нарастание вышеуказанных симптомов. При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах и пояснице. Кожные покровы красноватые, на лице угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: битемпоральная гемианопсия, а также выпадение части поля зрения, прилежащей к наружной половине

правого глаза (рисунок 1). Другой очаговой симптоматики не выявляется. На магнитно-резонансной томографии в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла и поддавливающее снизу на перекрест зрительных нервов. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10, проведите дифференциальный диагноз и назначьте лечение.

Эталоны ответа

D35.2 Аденома гипофиза (базофильная аденома). Показана консультация нейрохирурга и хирургическое лечение.

144. Больной 50 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в области поясницы, затруднения при ходьбе, пошатывание, усиливающееся в темноте, чувство онемения и скованности в ногах. Из анамнеза известно, что стал отмечать онемение около 2-х лет назад, которое сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня поясничного отдела. Параллельно с онемением стал отмечать неуверенность походки. Несколько позднее присоединилась скованность в ногах, из-за чего стало трудно ходить. При осмотре мышечная сила в ногах достаточная, тонус повышен по спастическому типу, несколько больше справа. Коленные и ахилловы рефлексы высокие с расширенными зонами, клонус стоп. Справа подошвенный рефлекс не вызывается, слева - снижен. В пробе Ромберга с открытыми глазами неустойчив. При закрывании глаз пошатывание значительно усиливается. Снижение поверхностной и глубокой чувствительности с уровня D12-L1. На МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника на уровне D10- D11 позвонков имеется опухолевидное, неправильной формы образование гетерогенной структуры с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T и T1 соответственно. Образование разрушает дужку и распространяется на мягкие ткани, значительно сдавливая спинной мозг на уровне D10- D11.

Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10, определите тактику ведения больного.

D33.4 Экстрamedулярная опухоль на уровне D10- D11. Требуется консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

145. Больной 62 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, нарушение речи, слабость в правых конечностях. Со слов больного и сопровождающих его родственников головные боли беспокоят в течение 23 лет. На протяжении последнего года усилились и стали более частыми. В течение последнего года присоединились слабость в правых конечностях и стали отмечаться нарушения речи. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован, но психомоторные реакции несколько замедленные. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов справа. Правосторонний гемипарез со снижением силы до 2-3 баллов. Хватательный рефлекс справа. Правосторонняя гемигипестезия. Элементы моторной афазии. На глазном дне - слева симптомы атрофии зрительного нерва, справа -

проявления застоя. На ЭЭГ - фокус медленно-волновой активности в лобно-височно-теменных отведениях в виде регулярных дельта колебаний. На МРТ без введения контрастного вещества выявляется зона сигнала пониженной и повышенной интенсивности в режимах T1 и T2, соответственно, в проекции лобно-теменных отделов левого полушария размерами 65 x 60 мм. которая инфильтрирует окружающие мозговые структуры.

Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10, определите тактику ведения больного.

C71. Внутримозговая опухоль глиального ряда. Показана противоотечная, дегидратирующая терапия, консультация нейрохирурга для решения вопроса о возможности хирургического лечения.

146. Больной 18 лет. Родился в асфиксии. В семь лет перенес черепно-мозговую травму. В 12 лет ночью развилась серия приступов с кратковременным выключением сознания, судорожным сокращением мышц лица слева, клоническими сокращениями мышц левой руки. Подобные приступы стали повторяться, обычно после сна. При поступлении: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст, пульс 80 уд. в мин. Неврологический статус: интеллект снижен, больной эйфоричен, расторможен, выявляются нистагмод при взгляде в стороны, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических стопных знаков нет, легкий тремор пальцев рук и век, в позе Ромберга больной пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации внимания, трудность переключения при выполнении заданий, пересказе текстов, решении математических задач. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки ликворной гипертензии. На ЭЭГ: грубый фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов спайк-волн-медленная волна. При гипервентиляции отмечается тенденция к генерализации спайк-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

1. Ваш первичный диагноз?

2. Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

Эпилепсия, фокальные припадки (Джексоновские). В генезе эпилептического синдрома может иметь как родовая травма, так и травма головы в семилетнем возрасте. Дифференциальный диагноз следует проводить с эпилептическим синдромом при опухоли мозга, энцефалите, но данные анамнеза и клинического осмотра делают данные предположения менее вероятными. Для уточнения диагноза рекомендуется томография головного мозга (КТ или МРТ). Предпочтительнее проводить монотерапию одним из противоэпилептических средств (вальпроат натрия, дифенин, карбомазепин), при резистентности - комбинирование препаратов.

147. Больной 18 лет. С детства отмечались сногворение, снохождение, которые с возрастом постепенно уменьшились. Однако, недавно возникли приступы потери сознания при виде крови и в душном помещении, начинающиеся с ощущения резкой слабости, «ватности» в ногах, побледнения кожных покровов. После пароксизма отмечается общая слабость. За последние три месяца количество приступов увеличилось. При поступлении состояние удовлетворительное, астеническое сложение. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст., пульс -62 уд. в мин. Неврологический статус: общемозговых и менингеальных симптомов нет, ориентирован, подробно рассказывает о заболевании, детализирует данные анамнеза, память сохранена, интеллект снижен, отмечаются легкий экзофтальм, тремор пальцев рук, установочный нистагм при взгляде в стороны, сухожильные рефлексы живые, патологических стопных знаков нет, в позе Ромберга - слегка отклоняется в стороны. Анализы крови и мочи в пределах нормы. На ЭЭГ : ритм 11-12 Гц с амплитудой 30 мкВ неправильной формы непостоянно регистрируется в задних отделах мозга. При функциональных нагрузках появляются диффузные высокоамплитудные медленные и острые волны.

1. Ваш первичный диагноз?

2. Ваша тактика лечения?

Первичная генерализованная эпилепсия по типу абсансов. Наличие в анамнезе сногворения и снохождения указывают на наследственную предрасположенность к развитию эпилепсии. В плане терапии предпочтительнее монотерапия одним из противосудорожных средств (вальпроат натрия, дифенин, карбомазепин), при резистентности - комбинирование препаратов.

148. Больной 29 лет доставлен в приемное отделение по скорой помощи. При осмотре: больной без сознания, отмечается шумное хрипящее неровное дыхание, зубы стиснуты, голова запрокинута назад, выделяется розовая пена изо рта, цианоз носогубного треугольника. В руках и ногах клонико-тонические судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Больной был подобран на улице, на локтях больного свежие ссадины. По дороге в больницу в течение 20 минут один за другим повторялись приступы судорог, между которыми больной не приходил в сознание.

Определите 1) диагноз, 2) тактику лечения.

1) Эпилептический статус.

2) Лечение: 1. противоотечные (маннитол, глицерин)

2. дегидратирующая терапия (магnezия сульфат, фуросемид, диакарб, глицерин)

3. сибазон, реланиум, седуксен, ГОМК

4. плановая антиконвульсантная терапия.

149. В отделение поступил юноша 18 лет, жалобы со слов матери на судорожный приступ клонико - тонического характера, продолжавшийся 2 минуты, с потерей сознания, прошедший самостоятельно. Во время приступа на внешние раздражители не реагировал, после того как пришел в сознание ни чего не помнит.

Из анамнеза: отмечает, что перед приступом ощущал запах тухлого яйца, состоит на учете у невролога по поводу редких «замираний» и «неожиданных падений» 1-2 раза в год в течение последних 3 лет. Сам эти приступы не помнит.

Эпилептической болезнью страдает тетя по материнской линии.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики не выявлено.

ЭЭГ - комплексы «острая - медленная волна», усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Как согласно международной классификации делится эпилепсия и эпилептический синдром?
4. Какие еще исследования необходимо провести данному больному?
5. Описать принципы лечения эпилепсии у детей.

1. Эпилепсия идиопатическая.

2. Обоснование: данные анамнеза (в течение 3 лет приступы по типу замирания, в семье болеет эпилепсией близкий родственник), развитие генерализованного приступа с предшествующей аурой, изменения по данным ЭЭГ.

3. По этиологии: идиопатические, симптоматические, криптогенные.

По характеру приступов: парциальные и генерализованные.

4. КТ или МРТ головного мозга.

5. Монотерапия, подбор антиэпилептических препаратов осуществляется в соответствии с формой эпилепсии и типа припадков, например, депакин. Препараты назначаются, начиная с малой дозы, с постепенным увеличением до достижения терапевтического эффекта. В случае неэффективности одного антиконвульсанта нельзя сразу прибавлять к нему второй препарат, не используя всех резервов монотерапии. В детской практике используются только оригинальные антиконвульсанты. Нельзя использовать аналоги (инжерики).

150. В отделение поступил мужчина 27 лет, с жалобами на приступы подергивания правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 раза в месяц. В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались тонико-клонические судороги. После приступа, который длился 2-3 минуты, отмечается слабость в правой кисти, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа. Жалуется на головную боль с рвотой, светобоязнь.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция зрачков на свет сохранена, легкий парез взора вправо, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы D > S, выявляются патологические рефлексы: верхний и нижний Россоломо, Бабинского, Оппенгейма справа. Чувствительных и координаторных расстройств нет. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига.

На глазном дне - застойные явления.

МРТ - слева в лобной доле определяется опухолевидное образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающее передний рог левого бокового желудочка.

1. Поставить клинический диагноз.
2. При каких заболеваниях может встречаться симптоматическая эпилепсия?
3. Дать определение симптоматической эпилепсии (синдрому).
4. Описать принципы лечения эпилепсии у детей.
5. Какая первая медицинская помощь при эпилептическом статусе у детей старше одного месяца жизни?

1. Опухоль левой лобной доли. Симптоматическая эпилепсия.
2. Симптоматическая эпилепсия может быть при: опухолях головного мозга, сосудистых поражениях мозга, травмах головного мозга, аномалиях развития головного мозга, нарушениях питания, отравлениях, метаболических нарушениях, атрофических изменениях в мозге, нейроинфекциях.
3. Симптоматическая эпилепсия (синдром) - эпилептические припадки, сопровождающие активно текущее острое или подострое заболевание головного мозга, а также развивающийся на фоне стойких его последствий. Наряду с припадками выявляются очаговые и общемозговые симптомы нарушения различных отделов ЦНС. В отличие от эпилептической реакции эпилептическому синдрому свойственна повторяемость припадков.
4. Монотерапия, подбор антиэпилептических препаратов осуществляется в соответствии с формой эпилепсии и типа припадков. Препараты назначаются, начиная с малой дозы, с постепенным увеличением до достижения терапевтического эффекта. В случае

неэффективности одного антиконвульсанта нельзя сразу прибавлять к нему второй препарат, не используя всех резервов монотерапии. В детской практике используются только оригинальные антиконвульсанты. Нельзя использовать аналоги (инженерики).

5. Препараты выбора у детей старше 1 месяца жизни бензодиазепины – диазепам 0,25 - 0,4 мг/кг в/в или лоразепам 0,05 - 0,1 мг/кг в/в.

При отрицательном эффекте мидазолам 0,2 мг/кг в/в со скоростью 1 мг/мин и далее постоянная инфузия со скоростью 0,2 мг/кг/ч. Подключение к АИВЛ, общая анестезия.

151. Больная О. 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах, нарушение речи, периодически возникающие эпизоды недержания мочи (при возникновении позыва на мочеиспускание необходимо немедленно опорожнить мочевой пузырь). Считает себя больной около 4-х лет, когда вскоре после родов появилась шаткость при ходьбе, ощущение пелены перед глазами. За медицинской помощью не обращалась. Через некоторое время самочувствие улучшилось. Однако через год появилась слабость в ногах, а еще через полгода – изменение речи. Ухудшение самочувствия связывала с нервнопсихическим перенапряжением. В последнее время отмечала постепенное ухудшение самочувствия. Не переносит горячего душа, баню (значительно нарастает слабость в ногах).

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Менингеальных симптомов натяжения нет. Нистагм горизонтальный мелкокоразмашистый, в крайних отведениях. Нижний парапарез (4 б). Тонус мышц ног повышен, отмечается феномен «складного ножа», сухожильные рефлексы с рук равномерные, живые; с ног коленные рефлексы повышены; клонус левой стопы. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Брюшные рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива. Пальце-носовая проба с атаксией с обеих сторон. Скандированная речь. Нарушений чувствительности нет. Исследование глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. Клинические анализы крови и мочи без патологии.

Вопросы

1. Выделите неврологические синдромы и симптомы.
2. Поставьте топический диагноз.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Наметьте план обследования.
5. Основные принципы лечения данного заболевания.

Эталон ответа

1. Нижний центральный парапарез, императивность мочеиспускания; статическая и динамическая атаксия. Множественное поражение белого вещества ЦНС.

2. Страдают пирамидные пути; мозжечковые связи; боковые столбы выше поясничного отдела; макулярный пучок.

3. Рассеянный склероз, цереброспинальная форма, прогрессирующее течение.

4. МРТ (КТ), регистрация вызванных потенциалов. Иммунологические исследования крови и ликвора (олигоклональные АТ Ig G; индекс Ig G; цитокиновый статус)

5. Комплексная патогенетическая терапия должна зависеть от периода обострения, ремиссии, ухудшения (включая кортикостероиды, иммуномодуляторы, интерферон, препараты, улучшающие метаболизм и кровоснабжение мозга).

152. Больной 3. 43 лет. Жалобы на подергивания мышц рук и слабость в них. Впервые отметил подергивание в мышцах рук 2 года назад, через год они распространились на мышцы грудной клетки и примерно в это же время появилась слабость рук, особенно правой и похудание мышц кистей, поперхивание при глотании, изменилась речь.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус: глоточные рефлексы снижены, атрофия мышц языка и фасцикуляции их. Речь дизартрична. Атрофия мышц кистей, парез рук (больше в дистальных отделах).

Распространенные фасцикуляции в мышцах рук и грудной клетки. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках высокие. Сила ног достаточная, тонус мышц повышен по пирамидному типу. Коленные и ахилловы рефлексы оживлены, равномерны, рефлекс Россолимо с обеих сторон. Клинические, биохимические анализы и серологические реакции крови: без отклонений от нормы. Ликвор: прозрачный, бесцветный, реакция Панди +, белок 0,33 г\л, цитоз -3 в 1 мкл. Пробы Квекенштедта, Стукея- отрицательные. На рентгенограммах шейных позвонков – умеренные явления остеохондроза. На МРТ шейного и грудного отделов патологии не выявлено. Электромиография – отчетливые признаки поражения мотонейронов шейного и грудного отделов мозга.

Вопросы

1. Перечислите основные имеющиеся симптомы поражения периферической и центральной нервной системы.

2. Поставьте топический диагноз поражения нервной системы.

3. Поставьте клинический диагноз.

4. С чем необходимо провести дифференциальный диагноз?

5. Основные принципы лечения данного заболевания.

Эталон ответа

1. О поражении периферической нервной системы свидетельствуют: атрофия мышц языка и кистей рук, фасцикуляции. На поражение центральной нервной системы указывают:

повышение тонуса мышц ног, повышение сухожильных рефлексов, патологические стопные рефлекссы.

2. Поражены мотонейроны 9,10, 12 пар черепных нервов и передние рога на уровне шейных и грудных сегментов, а также кортико-спинальные пути.
3. Боковой амиотрофический склероз.
4. Сирингомиелия, сирингобульбия, шейная миелопатия.
5. Симптоматическая терапия (кокарбоксилаза, цитохромы , рилузол, ноотропы, витаминЕ).

153. В отделение поступила девушка 22 лет с желобами на дрожание кистей, пошатывания при ходьбе, головокружения.

Из анамнеза: данные симптомы появились повторно, впервые возникли шесть месяцев назад, лечилась в стационаре с положительной динамикой. Настоящее обострение связывает с переохлаждением.

Объективно: в пространстве и времени ориентируется, скандированная речь. Глазные щели S=D, снижена реакция зрачка на свет справа, горизонтальный мелкоамашистый нистагм, больше вправо. Нижний спастический парализ, брюшные рефлекссы abs. В позе Ромберга и при ходьбе - падает вправо. Пальце-носовой проба с интенцией вправо.

Окулист: vis D-S 0,6-1,0, снижение полей зрения в красном и белом цвете справа. Глазное дно: побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

1. Поставить топический диагноз.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Что включает в себя триада Шарко?
4. Что включает в себя пентада Марбурна?
5. Распишите план лечения пациента.

Поражены зрительные нервы, пирамидные пути в грудном отделе спинного мозга, мозжечок.

2. Рассеянный склероз, ремитирующее течение.
3. Триада Шарко включает в себя: нистагм, тремор интенционный и дизартрия мозжечковая.
4. Пентада Марбурга включает в себя:

нижний спастический парез,

интенционное дрожание

нистагм

отсутствие брюшных рефлексов

бледность височных половин дисков II ЧМН.

5. План лечения данного пациента:

кортикостероиды (метилпреднизолон -пульс-терапия; преднизолон; дексаметазон),

плазмаферез №5,

иммуномодуляторы (копаксон, бетаферон).

154. На приеме женщина 33 лет с жалобами на снижение зрения с права, при движении правого глаза резкая боль.

Из анамнеза: болеет рассеянным склерозом.

Объективно: Выявлена триада Шарко, болезненность справа при отведении глазных яблок сторону.

Окулист: vis D-S 0,4 - 1,0. На глазном дне незначительные застойные явления на диске зрительного нерва.

1. Поставить топический диагноз.

2. Поставить клинический диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Что включает в себя триада Шарко?

5. Прогноз для пациента с данным видом осложнения течения основного заболевания.

1. Поражен правый зрительный нерв

2. Рассеянный склероз, ремитирующее течение, ретробульбарный неврит.

3. Отсутствие клинических и лабораторных признаков других заболеваний, в частности:

нейросифилиса,

васкулита,

СКВ и других системных заболеваний,

саркоидоза,

фуникулярного миелоза,
спиноцереbellарных атаксий,
наследственного спастического парапареза,
спондилогенной шейной миелопатии,
краниовертебральных аномалий,
инсульта,
опухоли,
истерии (на ранних стадиях).

4. Триада Шарко включает в себя: нистагм, интенционный тремор и мозжечковую дизартрию.

5. Каждый рецидив все более ухудшает зрение.

Зрительный нерв иногда повреждается необратимо, порой повторные приступы ведут к полной слепоте

155. В отделение поступила девушка 25 лет с жалобами на повторно появившуюся шаткость при ходьбе и головокружение.

Из анамнеза: Хронических заболеваний нет. Четыре месяца назад после переохлаждения, болела ОРВИ с подъемом температуры тела до 39°С в течении 2-3 дней.

Объективно: девочка в сознании, во времени и пространстве ориентирована, на осмотр реагирует адекватно. Выявлены признаки триады Шарко. Нижний спастический парапарез, брюшные рефлексы abs. В позе Ромберга и при ходьбе - падает в правую сторону. Пальце-носовой проба с интенцией вправо.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Что включает в себя триада Шарко?
3. Какой дальнейший план обследования пациента для уточнения диагноза?
4. Какой план лечения пациента?
6. Перечислите основные задачи лечения.

Ответ

1. Рассеянный склероз, ремитирующее течение.

2. Триада Шарко включает в себя: нистагм, интенционный тремор и мозжечковую дизартрию.

3. Консультация окулиста (осмотр глазного дна, оценка *vis*, измерение полей зрения), МРТ головного и спинного мозга.

4 Лечение включает в себя назначения:

кортикостероидов (метилпреднизолона -пульс-терапия; преднизолона; дексаметазона),

плазмафереза №5,

иммуномодуляторов (копаксона, бетаферона).

5. Основные задачи лечения:

купировать обострение заболевания;

воздействуя на очаги аутоиммунного воспаления, стимулировать развитие или усиление компенсаторно-приспособительных механизмов;

предотвратить или отдалить во времени развитие новых обострений, либо уменьшить их выраженность и, следовательно, последующий неврологический дефицит у больного;

воздействовать на симптомы, затрудняющие возможность выполнять работу, вести привычный образ жизни (симптоматическое лечение);

выбрать мероприятия, позволяющие больному приспособиться к имеющимся последствиям болезни, чтобы максимально облегчить его жизнь.

156..Больная Т., 28 лет, продавщица, поступила в клинику с жалобами на онемение и отсутствие активных движений в ногах, задержку мочеиспускания. Больная второй день. Вечером после переохлаждения отмечала повышение температуры до 38°, опоясывающие боли в спине и животе ниже реберной дуги, чувство ползания мурашек в ногах. Приняла теплую ванну и легла спать. А тром не могла самостоятельно встать с постели, помочиться. Бригадой скорой помощи доставлена в неврологическое отделение. Объективно: в сознании, общемозговых и менингеальных симптомов нет. Симптомы натяжения отрицательны. В сфере черепных нервов – без изменений. Сила в руках достаточная, мышечный тонус не нарушен. Рефлексы на руках средней живости, S=D. Активных движений в ногах нет, пассивные движения возможны во всех суставах. Тонус

в ногах повышен в разгибателях, коленные рефлексы высокие, клонус стоп. Двухсторонние рефлексы Бабинского и Оппенгейма. Защитные рефлексы с верхней трети бедра. Брюшные рефлексы не вызываются. Нарушение всех видов чувствительности с уровня пупка. Задержка мочеиспускания, дефекации.

Анализ крови: Нв-120 г/л, Л-6,3, п/я – 4, с/я-60, Э-0, Л-28, М-8, СОЭ25 мм/ч. Анализ мочи (взятой катетером) - в норме. Ликвор: бесцветный, прозрачный, ликворное давление-250 мм вод.ст., реакция Панди +, белок - 0,66 г/л, цитоз - 40 в 1 мкл (лимфоциты); блока субарахноидальных камер спинного мозга не выявлено.

Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника: без патологии. УЗИ брюшной полости и органов малого таза без патологии. На МРТ ГРОП - На уровне D8-D11 в зоне расширения спинного мозга визуализируется очаг поражения с повышенной интенсивностью сигнала. На T2-взвешенном изображении в горизонтальной проекции изменение интенсивности сигнала более выражено сзади, накопление контраста по краю образования.

Вопросы

1. Укажите место поражения в спинном мозге (по длиннику и поперечнику).
2. Как определить границы поражения?
3. Ваш клинический диагноз, его обоснование.
4. С каким заболеванием проводить дифференциальный диагноз?
5. В чем угроза данного заболевания?
6. Принципы лечения.
7. Прогноз.

Эталон ответа

1. Поражен весь поперечник спинного мозга на ниже-грудном уровне (D8-D12): имеются проводниковые двигательные и чувствительные нарушения (поверхностные и глубокие), тазовые расстройства.

2. Верхняя граница патологического процесса совпадает с верхней границей нарушения чувствительности. Нижняя граница определяется по защитным рефлексам.

3. Острый поперечный миелит. Острое начало, повышение температуры, страдает весь поперечник спинного мозга, характерные изменения в ликворе.

4. Рассеянный склероз, опухоль спинного мозга.

5. Развитие септических осложнений.

6. Внутривенное введение высоких доз глюкокортикоидов. Плазмаферез. Уход за больной. Профилактика и лечение пролежней, дегидратационные средства, ноотропы, витаминотерапия, АХЭП, реабилитация, при необходимости анальгетики, миорелаксанты.

7. Прогноз заболевания: частичное или полное исчезновение клинических проявлений происходит через 1-3 мес. Обычно не рецидивирует, однако рецидивы возможны при наличии предрасполагающих факторов.

157. Больная А., 42 лет, страдает генерализованной формой миастении около 15 лет. Постоянно принимает прозерин. После очередного приема препарата резко ухудшилось самочувствие, выросла мышечная слабость, появилось ощущение спазма в горле, разлитая боль в животе, затруднение дыхания.

Объективно: состояние тяжелое. Общий гипергидроз. Кожные покровы цианотичны. Дыхание частое, поверхностное. Повышена бронхиальная секреция. Брадикардия. АД-90/60 мм рт.ст. Перистальтика кишечника усилена. Менингеальных симптомов нет. Отмечается легкий птоз (больше справа). Ограничение движений глазных яблок во все стороны; миоз. Дисфония. Дизартрия. Глубокий тетрапарез. Функция тазовых органов не нарушена.

Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дифференциальный диагноз и алгоритм его проведения.
3. Лечение данного состояния.

Эталон ответа

1. Миастения, генерализованная форма.

Осложнение: холинергический криз.

2. Миастенический криз (мидриаз, тахикардия, слабый пульс, нарушение функции тазовых органов на фоне выраженных дыхательных нарушений, мышечной слабости). Чаще возникает после перенесенных инфекционных заболеваний, операций. Можно провести прозериновую пробу.

3. ИВЛ. Плазмаферез. Глюкокортикоиды, 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата внутривенно.

158. У мужчины 38 лет появилась слабость и мышечные боли в ногах. В течение нескольких дней слабость в ногах усилилась, появилась слабость в руках, возникло онемение в дистальных отделах конечностей, боли в спине. На четвертый день заболевания госпитализирован в стационар, выявлен периферический парапарез, положительный симптом Лассега угол 45 градусов, гипестезия по типу «голь». Через неделю от начала заболевания в стационаре проведена люмбальная пункция: выявлено увеличение белка в ликворе до 1,0 г/л, 25 лимфоцитов в 1 мм³. При опросе выяснилось, что 3 недели назад пациент переболел ОРВИ.

1. Клинический диагноз?
2. Методы обследования данного больного?

3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов:

1. Синдром Гийена-Барре.
2. ЭНМГ
3. Дифференциальный диагноз: хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия, грыжа межпозвоночного отверстия L1-L2, истерия.
4. Внутривенное введение иммуноглобулинов класса G, плазмаферез. В период стабилизации: прозерин, витаминотерапия, препараты тиоктовой кислоты, ЛФК, массаж.

159. В отделение поступил пациент 20 лет после падения во время тренировки на сноуборде. Жалобы на боль в области правого плечевого сустава.

Объективно: гематома в области внутренней поверхности плеча, болезненность при пальпации плечевого сустава, выпадение всех видов чувствительности в правой руке. Признаки периферического паралича правой руки.

1. Поставить топический диагноз.
2. Поставить клинический диагноз.
3. При повреждении, каких отделов сплетения развивается паралич Дюшенна-Эрба?
4. Какие методы лечения существуют при данном заболевании?
5. Прогноз заболевания у данного пациента.

1. Имеется тотальное повреждение плечевого сплетения
2. Травматический правосторонний тотальный плексит.
3. При повреждении спинномозговых нервов C_v и C_{vi}, которые формируют верхний ствол сплетения, страдает функция подмышечного, мышечно-кожного и частично лучевого нервов, развивается так называемый верхний паралич (Дюшенна-Эрба)

4. Лечение синдрома Дюшенна Эрба проводится консервативное и оперативное – выбор метода зависит от тяжести поражения.

6. Прогноз заболевания зависит от тяжести травматического повреждения, раннего адекватного назначения лечения. Не всегда благоприятный.

160. Больная А., 42 лет, страдает генерализованной формой миастении около 15 лет. Постоянно принимает прозерин. После очередного приема препарата резко ухудшилось

самочувствие, выросла мышечная слабость, появилось ощущение спазма в горле, разлитая боль в животе, затруднение дыхания.

Объективно: состояние тяжелое. Общий гипергидроз. Кожные покровы цианотичны. Дыхание частое, поверхностное. Повышена бронхиальная секреция. Брадикардия. АД-90/60 мм рт.ст. Перистальтика кишечника усилена. Менингеальных симптомов нет. Отмечается легкий птоз (больше справа). Ограничение движений глазных яблок во все стороны; миоз. Дисфония. Дизартрия. Глубокий тетрапарез. Функция тазовых органов не нарушена.

Вопросы

- 1.Сформулируйте клинический диагноз.
- 2.Дифференциальный диагноз и алгоритм его проведения.
- 3.Лечение данного состояния.

Эталон ответа

1.Миастения, генерализованная форма.

Осложнение: холинергический криз.

2. Миастенический криз (мидриаз, тахикардия, слабый пульс, нарушение функции тазовых органов на фоне выраженных дыхательных нарушений, мышечной слабост). Чаще возникает после перенесенных инфекционных заболеваний, операций. Можно провести прозериновую пробу.

3. ИВЛ. Плазмаферез. Глюкокортикоиды, 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата внутривенно.

Задача 161.

Девочка П., 4-х лет поступила в стационар по поводу отставания в психомоторном развитии. Самостоятельно не ходит, отсутствует фразовая речь.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от первой беременности, протекавшей на фоне хронической герпетической инфекции с обострением на начальных сроках и перед родами. Родилась на 39 неделе, путём кесарева сечения в связи с обострением herpes genitalis у матери. При рождении масса тела – 3279г., длина – 50 см., оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписана на 7-е сутки жизни с диагнозом: «Угрожаемая по герпетическому поражению Ц.Н.С.».

Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году жизни задержка темпов психомоторного развития (голову держит с 3-х месяцев, переворачивается с 7

месяцев), частые срыгивания, беспокойный сон. В связи с этим наблюдается неврологом по месту жительства.

Психоневрологический статус.

Менингеальных знаков нет. Окружность головы - 46 см. Высшие корковые функции: контакту доступна ограничено, на осмотр реагирует с интересом, улыбается. Понимание речи ограничено, экспрессивная речь – слоги «мама», «папа». Сон не нарушен.

Черепно-мозговые нервы: глазные щели, зрачки OS=OD, реакция зрачков на свет (прямая и содружественная) живые OS=OD. Движения глазных яблок кнаружи несколько ограничены, OS>OD. Конвергенция и аккомодация вызываются. Лицо симметрично. Слух сохранён. Нёбный, глоточный рефлексы живые. Язык по средней линии. Голова по средней линии, плечи, лопатки симметричны.

Двигательная сфера: активность ограничена (самостоятельно не ходит). Навыки: самостоятельно садиться через поворот на четвереньки, сидит с круглой спиной. Тонус проксимальных мышц конечностей низкий, повышен в дистальных отделах конечностей. На спине лежит в позе лягушки, разведение в тазобедренных суставах избыточное, тугоподвижность в голеностопных суставах D>S. Гипермобильность крупных и мелких суставов. Сухожильные рефлексы с рук, ног высокие, с расширением рефлексогенных зон, D>=S. Патологические рефлексы не вызываются.

Чувствительность: болевая и тактильная не нарушены.

Вегетативная нервная система: АД 90/60 мм.рт.ст. ЧСС 88 в 1 мин.

Тазовые функции: не нарушены.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с признаками дисфункции и раздражения подкорковых и стволовых структур. Типичной эпилептической активности, грубых очаговых изменений не выявлено.

Осмотр офтальмолога: Vis OU – предметное зрение. Глазное дно: ДЗН OU- бледно розового цвета. Калибр сосудов не изменён.

Консультация дефектолога: Грубая задержка психоречевого развития. Анартрия.

Компьютерная томография головного мозга, по результатам которой сделано заключение: «Умеренно выраженная смешанная, открытая, симметричная гидроцефалия».

Задание:

1. Диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Принципы лечения.
4. Диспансерное наблюдение.

5. Прогноз.

Ответ

1. Детский церебральный паралич, смешанная форма. Грубая задержка психоречевого развития. Анартрия. Симптоматическая парциальная эпилепсия, ремиссия.
2. Дифференциальную диагностику проводят с наследственными заболеваниями обмена, с нервно-мышечными заболеваниями, другими формами детского церебрального паралича.
3. Лечение:
 - 3.1. Медикаментозное (симптоматическое)
 - антиконвульсанты (постоянно);
 - коррекция мышечного тонуса (ДИСПОРТ, МИДОКАЛМ, БАКЛОФЕН, ЦИКЛОДОЛ);
 - сосудистые препараты (КАВИНТОН);
 - комплексы аминокислот (АКТОВЕГИН).
 - 3.2. ЛФК, массаж.
 - 3.3. Ортопедические мероприятия (профилактика и лечение контрактур).
 - 3.4. Логопедические занятия.
4. Диспансерное наблюдение до перехода в подростковый кабинет.
5. Прогноз для здоровья неблагоприятный. Ребенок социально дезадаптирован, нуждается в постоянном постороннем уходе.

Задача 162 .

Девочка М., 2 лет, задерживается в развитии (самостоятельно не стоит, не ходит), отмечается ограничение активных движений в левой руке.

Наблюдается неврологом поликлиники с первого месяца жизни по поводу синдрома внутричерепной гипертензии, нарушений мышечного тонуса. Отмечалась задержка темпов психомоторного развития. Голову держит с 2 месяцев, начала брать игрушки с 5 месяцев, переворачивается с 6 месяцев, самостоятельно села в 9 месяцев. С 5-и месячного возраста заметно ограничение движений в левой руке. Получала лечение в виде физиопроцедур, массажа, ЛФК на мяче, назначались ноотропы, вазоактиваторы, витамины группы В. Для уточнения диагноза направляется в стационар.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась от первой беременности. Оба родителя молодые, здоровые, вредных привычек не имеют. Беременность на фоне токсикоза, угрозы прерывания в первый триместр, патологической прибавки в массе во второй

половине. Роды в срок. Безводный период 2 часа. Масса 3600 г, рост 56 см., окружность головы 36 см. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. К груди приложена на первые сутки, выписана из роддома в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки. Привита по возрасту.

Неврологический статус.

ОГ – 48 см., Большой родничок закрыт. Ч.М.Н. - глазные щели, зрачки S=D, фотореакция на свет живая. Реакция зрачков на конвергенцию, аккомодацию живая. Расходящееся косоглазие справа. Лицо симметрично в покое, при плаче. Голос звонкий. Небный, глоточный рефлекс вызываются. Язык по средней линии.

Ограничение активных, пассивных движений в левой руке, которая прижата к туловищу, кисть сжата в кулак. Левая нога ротирована кнаружи. Плечо слева опущено. В положении стоя левая стопа повернута внутрь, пальцы согнуты и напряжены. На пятку встать не может. Гипертонус в левых конечностях, более выражен в руке. Поверхностные рефлексы живые. Сухожильные рефлекс: бицепс, трицепс - оживлены слева, карпо-радиальный выше слева. Коленный оживлен S=D. Ахиллов S=D, патологический рефлекс Бабинского с двух сторон. Самостоятельно не стоит, не ходит. Обращенную речь понимает, говорит слогами, отдельными словами.

Осмотр окулиста. Расходящееся косоглазие OD. Глазное дно: диски зрительных нервов гиперемированы, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменены.

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения, признаки стволовой дисфункции.

Задание: 1.Перечислить неврологические симптомы.

2. Выделить неврологический синдром.
3. Топический диагноз.
4. Клинический диагноз.
5. Диспансерное наблюдение
6. Прогноз.

Ответ:

1. Выделяем неврологические симптомы - мышечный гипертонус пирамидного характера, гиперрефлексия.
2. Центральный парез.
3. Левосторонний спастический гемипарез. Уровень поражения – двигательная область коры.
4. Клинический диагноз: Детский церебральный паралич. Спастическая форма. Начальная хронически – резидуальная стадия.

5. Диспансерное наблюдение до передачи в подростковый кабинет.
6. Заболевание не прогрессирует. Стойкие двигательные нарушения, умеренные когнитивные расстройства. Показано оформление пособия по инвалидности.

Задача 163.

На приеме мальчик 4 лет с жалобами со слов мамы на постепенно развившуюся слабость в ногах, стал с трудом подниматься по лестнице, часто падать. Совсем не может бегать, изменилась походка.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Роды в срок, масса при рождении 3370. До 3 лет развивался соответственно возрасту. Сел в 6 месяцев, пошел в 10 месяцев.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, психическое развитие соответствует возрасту. Сила мышц в проксимальных отделах нижних конечностей, а также длинных мышц спины снижена. Выраженный поясничный лордоз. Псевдогипертрофия икроножных мышц: при пальпации икроножные мышцы плотные. Четырёхглавые мышцы дряблые. Своеобразно встаёт из горизонтального положения: сначала поворачивается на живот, затем, упираясь руками в пол, становится на четвереньки; разгибая колени выпрямляет ноги, после чего перебирая руками по ногам выпрямляется (симптом «лестницы»). Походка «утиная». Сухожильные рефлексы с рук живые S=D, коленные abs, ахилловы – снижены S=D. Все виды чувствительности сохранены. Функция тазовых органов не нарушена.

Анализ мочи: содержание креатина в суточной моче 200мг (норма 70мг), креатинина 280мг (норма 350-400мг). Выявлена гипераминоацидурия.

1. Клинический диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Прогноз при данном заболевании.
4. На что направлена терапия при данном заболевании?

Ответ

1. Наследственная нервно-мышечное заболевание – псевдогипертрофическая форма Дюшенна.
2. На ЭМГ с пораженных мышц будет отмечаться снижение амплитуды регистрируемых потенциалов при произвольных движениях.
3. Мышечная дистрофия Дюшенна - одна из самых тяжелых и быстро прогрессирующих форм. К 12 годам больные обычно теряют способность передвигаться, а к 20 годам большинство из них погибает.

4. Не существует способов предотвратить или замедлить прогрессирование мышечной слабости при мышечной дистрофии. Терапия направлена главным образом на борьбу с осложнениями, такими, как деформация позвоночника, развивающаяся вследствие слабости мышц спины, или предрасположенность к пневмониям, обусловленная слабостью дыхательных мышц. В этом направлении достигнуты определенные успехи, и качество жизни больных с мышечной дистрофией улучшилось. Сейчас многие больные, несмотря на свой недуг, могут вести полноценную и продуктивную жизнь.

Задача 164

В отделение поступил ребенок 13 лет с жалобами на повышение температуры до $37,5^{\circ}$ в течение последних 4 месяцев, иногда приступы повышения температуры до 39° с ознобом, продолжительностью 2 часа. Температура снижается самостоятельно без приема медикаментов. Прибавка в весе – 10кг, появились стрии на теле, гинекомастия, общая слабость, утомляемость, колебания АД и пульса.

Объективно: общее самочувствие не страдает. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. При термометрии получен монотермический тип кривой. Асимметрия температуры подмышечных впадин, термоинверсия аксиллярной и ректальной температуры.

1. Определить локализацию патологического процесса.
2. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
3. Что включает в себя сегментарный уровень вегетативной нервной системы?
4. Какие симптомы характерны для поражения гипоталамуса?
5. Описать методы исследования кожных вегетативных рефлексов.

Ответ :

1. В патологический процесс вовлечена гипоталамическая область. Принимая во внимание ангину в анамнезе можно думать о инфекционно-аллергическом поражении гипоталамической области.

2. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга(полюс лобной доли, премоторная зона, парацентральная долька).

3. К сегментарным отделам относятся ядра среднего и продолговатого мозга, ядра боковых рогов спинного мозга, узлы пограничного симпатического ствола.

4. Клинические синдромы поражения гипоталамуса:

-нейро-эндокринно-обменный

- вегетативно-сосудистый
- вегетативно-висцеральный
- нарушение терморегуляции
- нервно-трофический
- нервно-мышечный
- нарушение сна и бодрствования
- псевдоневротический и псевдопсихопатологический, гипоталамическая эпилепсия

5. Исследование кожных вегетативных рефлексов. В клинике важно исследовать дермографизм - реакцию сосудов кожи на раздражение и пилоромоторный рефлекс - рефлекс «гусиной кожи».

Местный дермографизм. Вызывают штриховым раздражением кожи тупым предметом. Белый дермографизм указывает на повышение тонуса симпатической нервной системы, выраженный красный дермографизм - на повышение тонуса парасимпатической нервной системы. Характер местного дермографизма может зависеть от степени давления.

Рефлекторный дермографизм. Определяют путем проведения иглой по коже. Образуется красная полоса. Иннервация сосудо-расширителей обеспечивается центрами спинного мозга, поэтому при поражении периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга наступает выпадение этого рефлекса в зоне сегмента. Иногда встречается возвышенный дермографизм, при котором в ответ на раздражение возникает приподнятый кожный валик.

Пиломоторный рефлекс. Вызывают быстрым охлаждением кожи эфиром, холодной водой или щипковым ее раздражением в области надплечья. В ответ возникает сокращение гладких волосковых мышц на стороне раздражения. Дуга пиломоторного рефлекса замыкается в спинном мозге. Поражение спинного мозга сопровождается выпадением пиломоторного рефлекса на соответствующем уровне. Рефлекс сохраняется выше и ниже уровня поражения.

Задача 165

В отделение поступил ребенок 4 лет, с жалобами со стороны мамы на резкое отставание в психо-эмоциональной сфере, на частые до 20 раз в день судорожные приступы в виде замираний, молниеносных кивательных судорог, внезапных падений.

Из анамнеза: девочка усыновлена в возрасте 6 месяцев, до 2 –х летнего возраста развивалась соответственно возрасту (говорила, знала стихи, интересовалась игрушками, узнавала близких, играла с детьми). Сначала мама стала отмечать резкие перемены

настроения у ребенка, агрессивность, снижение словарного запаса, снижение памяти. Приступы появились год назад.

Объективно: на осмотр не реагирует, девочка не говорит, обращенную речь не понимает, на имя не отзывается. Во время осмотра отмечено два эпилептического приступа по типу замирания продолжительностью до 10 секунд, со стороны неврологического статуса клинических данных не выявлено.

ЭЭГ: отмечаются комплексы «пик-медленная волна» в межприпадочном периоде, признаки гипсаритмии.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Какие еще дополнительные методы исследования необходимо провести?

Цель данных исследований.

3. Прогноз заболевания.
4. Описать анамнез, симптомы, данные ЭЭГ характерные для фебрильных судорог.
5. Какая первая медицинская помощь при эпилептическом статусе у детей старше одного месяца жизни?

Ответ:

1. Генерализованная эпилепсия. Синдром Леннокса-Гасто.
2. КТ или МРТ головного мозга, для выявления нарушения со стороны структур головного мозга в зависимости от этиологии заболевания (пороки развития, корковая дисплазия, атрофия коры головного мозга).
3. В 75% случаев - резистентность к терапии. Возможно персистирование миоклонико-астатических припадков во взрослый возраст, переход в большие судорожные приступы.
4. Для фебрильных судорог характерно:
 - в семье нет больных с судорожными припадками.
 - отсутствие у больного ранее припадков.
 - припадки обычно продолжаются недолго - от 1-2 до 15 минут.
 - отсутствие очаговых неврологических нарушений.
 - отсутствие на ЭЭГ в промежутке между приступами очаговой и судорожной активности.
 - температура тела во время судорог превышает 38°С.
 - отсутствует прямое инфекционное поражение головного мозга.

-продолжительность судорог от нескольких секунд до нескольких минут.

5. Препараты выбора у детей старше 1 месяца жизни бензодиазепины – диазепам 0,25 - 0,4 мг/кг в/в или лоразепам 0,05 - 0,1 мг/кг в/в.

При отрицательном эффекте мидазолам 0,2 мг/кг в/в со скоростью 1 мг/мин и далее постоянная инфузия со скоростью 0,2 мг/кг/ч. Подключение к АИВЛ, общая анестезия.

166. На приеме пациентка 16 лет с жалобами на слабость в руках, не может ни чего тяжелого носить в руках, похудание лица.

Из анамнеза: данные симптомы появились два года назад, постепенно прогрессируют.

Объективно: лицо худое, амимия, не может наморщить лоб; логфталм с обеих сторон, губы утолщены («губы тапира»), вытянуть их в трубочку и надуть щеки не может. Отмечается «поперечная улыбка». Грудная клетка уплощена, межлопаточное пространство – широкое, «крыловидные» лопатки. Усилен поясничный лордоз. Снижена сила мышц в проксимальных отделах верхних конечностей и длинных мышц спины, сухожильные рефлексы с рук снижены S=D, с ног живые S=D. Все виды чувствительности сохранены.

Активность альдолазы в сыворотке крови 12 ЕД/мл (норма до 7ЕД/мл). При ЭМГ пораженных мышц выявлено снижение их электрической активности при тоническом напряжении и произвольных движениях.

1. Клинический диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Эпидемиология данного заболевания.
4. С какими заболеваниями проводят дифференцированную диагностику?
5. Прогноз тяжести заболевания для данного заболевания.

Ответ: 1. Плече-лопаточно-лицевая форма миодистрофии Ландузи-Дежерина.

2. Генеалогический анализ, ЭМГ, анализ крови на КФК (креатинфосфокиназу).

3. Частота: 0,9-2 на 100 000 населения. Наследуется по аутосомно-доминантному типу.

4. Дифференцировать заболевание следует с другими прогрессирующими мышечными дистрофиями: Эрба-Рота, Беккера.

5. Течение, как правило, медленно прогрессирующее. Больные длительное время сохраняют работоспособность.

167. В стационар поступил ребенок 4 года с жалобами на отсутствие активных движений в правой руке, отставание в росте правой ручки.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Ребенок родился в срок, масса при рождении 3900. Во время родов было затруднено выведение плечиков. Сразу после рождения лечились в стационаре по поводу родовой травмы, перелома правой ключицы. После выписки мама отмечает ограничение объема активных движений правой руки и отставание ее в росте. Регулярно проходят реабилитационное лечение по месту жительства.

Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное. Правая ручка разогнута во всех суставах, вытянута вдоль туловища, плечо ротировано внутрь, предплечье пронировано. Отсутствуют активные движения в локтевом и плечевом суставах. Движения пальцев сохранены. Гипотония мышц правой руки. Арефлексия сухожильные рефлексы на правой руке. Других симптомов поражения нервной системы не выявлено.

1. Топический диагноз.
2. Клинический диагноз.
3. Клинические проявления нижнего дистального акушерского паралича Дежерина-Клюмпке.
4. В каких случаях паралич руки (при акушерских параличах Эрба-Дюшена, Дежерина-Клюмпке) лечится оперативным способом?
5. Этиология и патогенез акушерских параличей.

Ответ: 1. Поражение плечевого сплетения, вследствие патологически протекающих родов. Синдром поражения верхнего пучка плечевого сплетения. Поражены корешки C5-C6 слева.

2. Родовая травма плечевого сплетения, верхний паралич Эрба-Дюшена справа.
3. Нижний дистальный тип акушерского пареза (Дежерин-Клюмпке) возникает при поражении нижнего и среднего первичных пучков плечевого сплетения или C7—D1 корешков спинного мозга. Нарушается функция дистального отдела руки. Поражаются длинные сгибатели кисти и пальцев, межкостные и червеобразные мышцы кисти, мышцы тенара и гипотенара (*m. flexor carpi radialis et ulnaris*, *m. flexor digitorum communis*, *m. minterossei*, *m. thenar*, *m. hypothenar*). Мышечный тонус в паретичной руке снижен. Рука разогнута во всех суставах, лежит вдоль туловища, проирирована в предплечье. Кисть пассивно свисает (если преобладает поражение лучевого нерва) или находится в положении когтистой лапы (если в большей степени поражен локтевой нерв). Активные движения в локтевом суставе отсутствуют. Кисть уплощена, атрофична, холодна на ощупь. Степень поражения мышц кисти варьирует от легкого нарушения движений в пальцах и лучезапястном суставе до полного их отсутствия. Движения в плечевом суставе

сохранены. Паретичная рука принимает участие в рефлексе Моро, но он менее выражен, чем на здоровой стороне. Хватательный рефлекс на больной стороне отсутствует, не вызывается ладонно-ротовой рефлекс.

4. Тактика лечения – выжидательная, в зависимости от степени поражения. Паралич руки лечится оперативным способом в следующих случаях:

Если на 1-м месяце путём томографии спинного мозга выявлен отрыв корешков от него, то операция проводится в возрасте 3-х месяцев.

Если у ребёнка тотальный акушерский паралич руки (нет движений в кисти, плечевом и локтевом суставах).

Если ребёнок болен синдромом Дюшена-Эрба при условиях, что к 3 месяцам в локтевом суставе отсутствует активное сгибание и на ЯРМТ не подтверждается отрыв нервов.

5. Этиологию связывают как результат травматического повреждения корешков плечевого сплетения во время родов. Одновременно при растяжении или разрыве корешков плечевого сплетения происходит кровоизлияние в нервные стволы и окружающие ткани. Это усугубляет течение процесса с последующим образованием рубцовой ткани вокруг травмированного нерва. Страдают крупные дети 4кг и более. При ягодичном предлежании плода и при первой позиции плода в родах

168. В отделение поступил ребенок возраст 7 месяцев, жалобы со слов мамы на ежедневные судорожные припадки, отставание в физическом и психическом развитии.

Из анамнеза: родился в 43 недели, с весом 3900г. Окружность головки 36 см. Кости черепа были плотными, швы закрыты, большой родничок уменьшен в размерах до 1-1,5 см. В 2 месяца у ребенка замечено сходящееся косоглазие, стал часто срыгивать. В 3 месячном возрасте впервые наблюдался генерализованный судорожный припадок, постепенно припадки стали ежедневными.

Объективно: на осмотр реагирует негативно, плачет. Форма черепа башенная, швы и роднички закрыты. Фиксация взгляда кратковременная. Головку держит плохо. Глазные щели S=D, сходящееся косоглазие, экзофтальм, положительный симптом Грефе. Вызывается рефлекс Моро. Рефлекс Ландау отсутствует. Повышен симметричный шейный тонический рефлекс. Парезов и параличей не выявлено.

Окулист: на глазном дне - застой в венах сетчатки и перипапиллярный отек.

На рентгенограммах черепа выявляется заращение швов и родничков, истончение костей свода черепа; резко выражены пальцевидные вдавления, усилен сосудистый рисунок.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, вытекал под давлением до 300 мм.вод. ст., белок - 0,2°/оо, цитоз - 15/3 лимфоциты.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Описать методику исследования рефлекса Ландау.
4. Какие врожденные патологии приводят к развитию гидроцефалии?
5. На какие формы делится гидроцефалия с нейрохирургической точки зрения?

Ответ:

1. Краниостеноз, гидроцефалия.
2. МРТ головного мозга.
3. Рефлекс Ландау комбинируется с выпрямляющими рефлексам и является их частью. Ребенка держат свободно в воздухе лицом вниз. Вначале он поднимает голову (результат лабиринтной установочной реакции), так что лицо находится в вертикальной позиции, а рот — в горизонтальной, затем наступает тоническое разгибание спины, ног. Иногда оно может быть настолько сильным, что ребенок изгибается дугой, открытой кверху. Рефлекс Ландау появляется в возрасте 5—6 месяцев, а его отдельные элементы — раньше. На втором году жизни он начинает угасать.
4. Врожденная патология приводящая к гидроцефалии:
мальформация Арнольда-Киари 1 вследствие затруднения оттока ликвора из IV желудочка,
мальформация Арнольда-Киари 2 в сочетании с менингомиелоцеле или без нее,
первичный стеноз водопровода мозга,
вторичный стеноз водопровода мозга вследствие глиоза как результат внутриутробной инфекции,
мальформация Денди-Уокера (атрезия отверстия Люшка или Можанди),
редкие генетические наследственные аномалии, связанные с X-хромосомой.
5. На открытую (сообщающуюся) форму, закрытую (окклюзионную) внутреннюю форму.

169. Больной А.. 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, РS - 60 уд.в мин, АД /го мм рт. ст., НЬ -130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Вопросы:

I. Ваш диагноз?

1. Какие дополнительные методы исследования можно произвести для уточнения диагноза?
3. Наиболее информативный метод исследования при данной патологии?
4. Лечение данного больного?
5. Основные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга?

Ответ:

1. Сдавление мозга внутричерепной гематомой справа.
2. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография. спинномозговая пункция, компьютерная томография.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения.
5. Дегидратационная терапия (препараты: мочевины, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).

170. Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?
5. Лечение.

Ответ:

1. Сотрясение головного мозга. В основе - обратимое молекулярное смещение нервной ткани, приводящее к нарушению функции коры головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.
3. Раздражением рвотного центра продолговатого мозга.
4. Больной должен находиться в специализированном нейрохирургическом или неврологическом отделении.
5. Постельный режим, дегидратационная, седативная и анальгезирующая терапия.

171. В приемное отделение доставлен машиной скорой помощи пострадавший после падения с высоты 6 метров в состоянии комы. При осмотре: кожные покровы бледные, брадикардия до 60 в 1 минуту, А.Д. 140 и 80 мм.рт. ст., в левой височной области кровоподтек, распространяющийся на орбитальную область. Отмечается правосторонний гемипарез, снижение кожной чувствительности справа.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо выполнить?
3. Какой из них наиболее информативный?
4. Хирургическая тактика?
5. Факторы, влияющие на исход и какова дегидратационная терапия?

Эталоны ответов:

1. Внутричерепная гематома слева.
2. Рентгенография костей черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Объем гематомы и время сдавления головного мозга. В/в лазикс, маннитол, маннит, мочевины, 40% глюкоза с витамином «С».

172. Реанимобилем в больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, проводится искусственная вентиляция легких. При осмотре нистагм, анизокория, в области обеих глазниц кровоизлияния, из левого уха – ликворрея.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Методы обследования?
3. Куда должен быть помещен пострадавший для лечения?
4. Тактика при выявлении внутричерепной гематомы?
5. Препараты для дегидратационной терапии и путь их введения?

Эталоны ответов:

1. Перелом основания черепа, внутричерепная гематома, сдавление головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. В отделение реанимации.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.

173. В отделение поступил мужчина 40 лет, с жалобами на приступы подергивания правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 раза в месяц. В течение по-следней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались тонико-клонические судороги. После приступа, который длился 2-3 минуты, отмечается слабость в правой кисти, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа. Пациент жалуется на головную боль с рвотой, светобоязнь.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция зрачков на свет сохранена, легкий парез взора вправо, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Сухожильные рефлексы D > S, выявляются патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма справа. Чувствительных и координаторных расстройств нет. Намечена ригидность мышц затылка, + симптом Кернига.

На глазном дне - застойные явления.

МРТ - слева в лобной доле определяется опухолевидное образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающее передний рог левого бокового желудочка.

1. Поставить клинический диагноз.

2. При каких заболеваниях может встречаться симптоматическая эпилепсия?
3. Дать определение симптоматической эпилепсии (синдрому).
4. Тактика ведения больного.

Ответ:

1. Опухоль левой лобной доли. Симптоматическая эпилепсия.
2. Симптоматическая эпилепсия может быть при: опухолях головного мозга, сосудистых поражениях мозга, травмах головного мозга, аномалиях развития головного мозга, нарушениях питания, отравлениях, метаболических нарушениях, атрофических изменениях в мозге, нейроинфекциях.
3. Симптоматическая эпилепсия (синдром) - эпилептические припадки, сопровождающие активно текущее острое или подострое заболевание головного мозга, а также развивающийся на фоне стойких его последствий. Наряду с припадками выявляются очаговые и общемозговые симптомы нарушения различных отделов ЦНС. В отличие от эпилептической реакции эпилептическому синдрому свойственна повторяемость припадков.
4. Оперативное лечение – трепанация черепа, удаление опухоли, постоперационное ведение больного в ПИТ с назначением противоотечной, антибактериальной, противозепилептической, сосудистой терапии.

174. В приемный покой доставлен пострадавший с обширной рубленой раной головы, полученной при колке дров 50 минут назад. При осмотре: в левой теменно-височной области имеется рубленая рана с умеренным кровотечением и широким зиянием. В ране видны костные отломки. А.Д. 110 и 70 мм.рт. ст., пульс 98 в 1 минуту, ритмичный, Нв – 108 г/л, эритроцитов 2,8 млн.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Диагностические мероприятия?
3. Нужна ли профилактика столбняка?
4. Хирургическая тактика?
5. Где должен лечиться пострадавший, какая терапия должна проводиться, препараты?

Эталоны ответов:

1. Открытая черепно-мозговая травма, рубленая рана левой теменно-височной области, открытый перелом теменной и височной костей слева, про-должающееся наружное кровотечение, постгеморрагическая анемия.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография.
3. Профилактика столбняка по Безредко.
4. ПХО раны, удаление свободных костных отломков, остановка кровотечения, санация и дренирование раны.
5. В отделении нейрохирургии или нейротравмы. Гемостатическая, заместительная, антибактериальная, обезболивание и симптоматическая терапия. Эпсилонаминокапроновая кислота, коллоидные и кристаллоидные растворы, антибиотики широкого спектра действия, анальгетики.

175. Больной, 28 лет. 2 года назад впервые заметил, что обеими руками не различает горячее и холодное. Были безболезненные ожоги на кистях. В течение последнего года обратил внимание на похудание мышц кистей, неловкость при выполнении мелких точных движений пальцами.

В неврологическом статусе — синдром Клода Бериара — Гориера справа- атрофия межкостных мышц обеих кистей, больше справа. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы высокие S=D. Клонусы стоп. С. Бабинского с 2-х сторон. Брюшные рефлексы снижены. Выпадение болевой и температурной чувствительности на обеих руках. Глубокая чувствительность снижена с уровня С4. Ногтевые фаланги утолщены, ногти тусклые, ломкие, кожа сухая. Следы ожогов на руках. На МРТ шейного отдела позвоночника найдены несколько кистозных образований, заполненных жидкостью.

Вопросы:

- а) Где локализуется патологический очаг?
- б) Каков клинический диагноз?
- в) Лечение.

Ответ

- а) патологический процесс локализуется в задних, передних и боковых рогах С4-Д1 сегментов спинного мозга
- б) сирингомиелия.
- в) рентгенотерапия на область С5-Д1, дренирование кистозных, антихолинэстеразные, симптоматические средства

176. Больной 48 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на сильные боли в пояснично-крестцовой области, отдающие в правую ногу. Боли усиливаются в сидячем и вертикальном положении и несколько стихают в горизонтальном. Из анамнеза известно, что вчера при поднятии тяжести внезапно возникла простреливающая боль в поясничной области с последующей иррадиацией по задней поверхности правой ноги, слабость правой стопы. Ранее были эпизоды болей в области поясницы, последний раз около 3 месяцев назад. При осмотре - сколиоз поясничного отдела позвоночника, ограничение движений вперед, назад и в стороны, болезненность паравертебральных точек больше справа и остистых отростков на уровне L4-S1, в точках Валле по ходу седалищного нерва. Симптом Лассега справа до угла 30°, слева - до угла 70°, слабopоложительные симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Коленные рефлексy D≈S, ахиллов справа резко снижен, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне L5-S1 на правой ноге. Сила в разгибателях правой стопы снижена до 3 баллов. На МРТ остеохондроз, спондилоартроз, задняя протрузия диска L4 - L5 -3мм и задняя секвестрированная грыжа L5 - S1 (9мм), компремирующая правый корешок. Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Ответ: Диагноз: Дорсопатия уточненная пояснично-крестцового отдела позвоночника (на фоне остеохондроза, спондилоартроза, задней протрузии диска L4 - L5 и задней секвестрированной грыжи L5 - S1) с выраженным болевым, миофасциальным, корешковым синдромом. Обострение. В связи с наличием секвестра и компрессией корешка S1, больного рекомендуется перевести в отделение нейрохирургии для оперативного лечения – удаления задней секвестрированной грыжи L5 - S1 . В постоперационном периоде – НПВС, миорелаксанты, адьюванты, ЛФК, ФТЛ, ИРТ.

177. Больная В., 39 лет. Неделю назад на фоне полного благополучия стала вести себя неадекватно. Закрывалась в комнате, часами лежала в постели, на обращенную к ней речь не реагировала, застывшим взглядом смотрела в потолок. Перестала ухаживать за собой. Застывала в нелепых позах. Родственниками доставлена в больницу. Через некоторое время рассказала врачу, что «видела» вокруг себя странные картины «рая и ада», где находились родственники, знакомые, она сама. Испытывала страх, что не вырвется из этого ада, мысленно общалась с «потусторонним миром», «высшим разумом».

Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.

Ответ(Кататонический синдром.кататоническая форма шизофрении).

178. Больной К., 58 лет. Два месяца назад попал под машину, получил ушиб головы. Сейчас не знает текущей даты, не помнит, почему попал в больницу, не запоминает имени лечащего врача. Не находит свою кровать. Делает ошибки в счете ($9-7=5$). Жалуется на головную боль, просит отпустить его домой «посмотреть за коровой, как бы не увели со двора». Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.

Ответ (Фиксационная амнезия. Амнестический синдром. Корсаковский синдром)

179. Больная, 69 лет, в течение последнего года бывают головные боли, головокружения, раздражительность, бессонница, стала уставать от домашней работы. Иногда забывает имена знакомых, не может вспомнить, куда положила нужную ей вещь. Отмечает затруднения в запоминании новых фактов, неточно называет даты, для того, чтобы не забыть имя своего врача, записывает его на бумажку. При воспоминании о давних событиях путает их последовательность, сама замечает свои ошибки, при этом очень огорчается. Устный счет производит правильно, иногда ошибается в простых задачах. Поправляет свои ошибки сама. При последовательном вычитывании от 100 по 7 вначале правильно выполняет задание, потом сбилась и не могла определить, в чем ее ошибки. При упоминании о дочери и внуках на глазах появляются слезы, но тут же при перемене темы разговора успокаивается. В неврологическом состоянии: изредка пошатывается при ходьбе. В соматическом состоянии: выглядит старше своих лет, извитые жесткие сосуды на висках и кистях рук. Холестерин крови 8,3 ммоль/л.

Назовите симптомы, синдромы, предварительный диагноз, обследование.

Ответ: цефалгический, инсомнический, вестибулопатический синдром, синдром умеренных когнитивных расстройств. ХИМ 2ст. Дислипидемия.

УЗИ сос. шеи, МРТ ГМ, ТТГ, Т4, аТПО, консультация психиатра

180. Вы – врач скорой помощи. Больной С., 48 лет. Жена вызвала карету скорой помощи в связи с его неадекватным поведением. Известно, что С. злоупотребляет алкоголем, опохмеляется, рвотный рефлекс утрачен. Два дня назад С. вышел из запоя. Сегодня вечером стал к чему-то прислушиваться, присматриваться. Периодически стряхивает с себя «пауков». Громко кричит в пространство: «Уйди, рогатый!». Двигательно беспокоен, мечется по квартире, не реагирует на попытки жены успокоить его. Ваши действия? Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.

Ответ (Психомоторное возбуждение, истинные галлюцинации, делирий. Алкоголизм II-III степени. Алкогольный делирий)

181. Больной Д., 14 лет. Родители обратили внимание на то, что Д. изменился по характеру. Стал пропускать занятия в школе, по вечерам проводит время в новой компании подростков. Дома перестал общаться с родителями, настроение очень

изменчиво, стал раздражительным. Из дома пропала некоторая сумма денег, отложенная на покупку телевизора. Мать стала замечать, что периодически после прогулок от Д. пахнет каким-то химическим веществом. В кабинете у врача поликлиники раздражителен, огрызается с матерью. Часто шмыгает носом, покашливает. На все вопросы отвечает: «Все нормально».

Назовите симптомы, предварительный диагноз. Ваши рекомендации родителям подростка.

Ответ(раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение поведения. синдром: синдром физической зависимости от летучих растворителей, психоподобный синдром, токсикомания летучими растворителями, неоднократное употребление с вредными последствиями, рекомендуем обращение к наркологу).

182. Задача. Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». Требуется немедленной выписки, хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Поставьте диагноз. Обоснуйте.

Ответ. В клинической картине заболевания больного Б. отмечаются следующие симптомы: бредовые идеи величия (называет себя «фельдмаршалом», «властителем Мира», говорит о том, что ему «дадут столько денег, сколько он захочет»), воздействия (считает, что он управляет Вселенной, движением небесных тел и одновременно на него воздействуют «с помощью особой техники», вызывая запахи); «превратные мысли в голове» (ассоциативный автоматизм); галлюцинации слуховые («голоса» из других миров) и обонятельные («подпускают» запах бензина, спирта). На основании выявленных симптомов можно говорить о парафреническом синдроме, указывающем на психотический уровень психических расстройств. Наличие в структуре ведущего симптомокомплекса элементов синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо может говорить в пользу эндогенного типа реагирования (шизофрении).

183. Больной Б., 40 лет. Спиртные напитки употребляет с 16 лет, с 19 лет систематически употребляет алкоголь, отмечаются запои длительностью 7-10 дней, сформирован абстинентный синдром. По окончании очередного запоя чувствовал себя разбитым, усталым, испытывал головные боли. По вечерам ощущал страх, слышал оскорбительные

олики по имени, стал думать, что за ним следят, что окружающие о нем говорят, прислушивался, боялся идти на работу. Однажды внезапно почувствовал ощущение тепла и «прижигания» кожи головы. Заметил, что напротив спящий мужчина шевелит губами, и в голову врывается звук, гудение. Затем услышал: «вот это он и есть, отсюда живым не выйдет». Решил, что это голос сидящего напротив мужчины, который указывал его приметы и как следить за ним. Ощущение страха росло, больной встал и начал быстро ходить по залу вокзала. Мужчина «не давал покоя», наводил теплые лучи на затылок. Больной «ощущал тепло» под шапкой, у него громко стучало в голове, слышал бряцание затвора оружия. Больной в кармане раскрыл перочинный нож, затем быстро подошел к мужчине, голос которого ранее слышал, и стал наносить ему удары ножом. При задержании больной не сопротивлялся, после ареста не спал до утра, испытывал страх, опасался, что его убьют, снова слышал угрозы, голос пострадавшего мужчины, но «действие лучей» прекратилось.

Вопросы:

1. Определить тактику ведения больного.
2. Решить вопрос о госпитализации больного в психиатрический стационар.

Решение:

Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическое освидетельствование возможно в недобровольном порядке при наличии у больного тяжелого психического расстройства, которое обуславливало хотя бы одно из трех возможных обстоятельств:

- а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- в) существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.

Поскольку у пациента имеются выраженные психические расстройства (острая галлюцинаторно-бредовая симптоматика), и пациент представляет опасность для окружающих, он, согласно п. «а» ч.4 ст.23 Закона подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию и последующей госпитализации в психиатрический стационар недобровольном порядке в случае отказа от госпитализации.

184. Больной Ш., 26 лет, инженер. Преморбид без особенностей. Заболевание началось довольно остро без видимых причин. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявляя, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свою рубашку и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену

какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных — за артистов русского на-родного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!». В словах окружающих слышит «намек», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка — дорога да кладбище («Это значит — скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» — следовательно, его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Ответ «Диагностический поиск» необходимо начинать с синдромальной оценки психических нарушений и определения их уровня. Как видно из приведенного случая, у больного Ш. выявляются бредовые идеи преследования (заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома; убежден, что его считают шпионом), интерметаморфозы (считает, что все вокруг «подстроено», врач — киноактриса, больные — артисты русского народного хора), значения («ковровая дорожка — дорога на кладбище, олени на картине — намек на его лень»), слуховые галлюцинации («голоса», стук, музыка) и вербальные иллюзии (в словах окружающих слышит «намек», угрозы в его адрес), которые неоспоримо указывают на психотический уровень психических расстройств. Ведущим в клинической картине заболевания больного Ш. является параноидный синдром в виде неразвернутого синдрома Капгра.

На втором этапе конструирования диагноза необходимо определить тип реагирования. Параноидный синдром может быть проявлением любого типа реагирования, в то время как синдром Капра специфичен для эндогенного типа реагирования.

В описании заболевания больного Ш. не имеется указаний на наличие каких-либо заболеваний в преморбиде и причин, которые могли бы спровоцировать данное состояние. Однако выявленные ранее клинические критерии для вынесения заключения о наличии эндогенного заболевания должны быть подтверждены или отвергнуты параклиническими методами (психологическим, неврологическим, электрофизиологическим). Подтверждением предварительного диагноза эндогенного заболевания (в данном случае шизофрении) может считаться определение нарушений мышления в виде разорванности, аморфности при психологическом обследовании.

185. Ребенок Л, 7 лет, с диагнозом: ДЦП, спастический тетрапарез, - получает курс реабилитации, включающий в себя ЛФК, ФТЛ, медика-ментозное лечение, в отделении восстановительного лечения. На момент осмотра у ребенка жалобы на повышение температуры до 37, градусов, насморк, кашель. Ребенок осмотрен педиатром, поставлен диагноз: ОРВИ, острый фарингит. Назначено противомикробное лечение.

1. Показано ли продолжение курса восстановительного лечения в связи с тяжестью основного заболевания ребенка?

2. Назовите показания для назначения ЛФК?
3. Назовите противопоказания для назначения ЛФК?

Ответ: 1. нет, т.к. острый период любого заболевания и любое инфекционное заболевание являются противопоказанием для восстановительного лечения. 2. отсутствие, ослабление или извращение функции, наступившее вследствие заболевания, травмы (и)или их осложнений; положительная динамика в состоянии больного, определенная по совокупности клинико-функциональных и лабораторных данных. 3. острый период любого заболевания или обострение хронического заболевания до появления стойкой клинико-лабораторной ремиссии; любое инфекционное заболевание до появления стойкой клинико-лабораторной ремиссии; гипертермия любого генеза; системные заболевания (красная волчанка); наличие любого кровотечения, в том числе, внутреннего до полного его прекращения и восстановления лабораторных показателей; абсолютным противопоказанием являются идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и геморрагический васкулит; гнойные или гнойничковые поражения кожи, подкожной клетчатки, фасций и мышц; врожденные пороки сердца в стадии декомпенсации; эписиндром; онкологические заболевания; спинальная амиотрофия Вернике-Гоффмана; оссифицирующий миозит; выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

186. В отделение неврологии поступил больной К, 29 лет, с диагнозом: нейропатия лицевого нерва, восстановительный период.

Назначен курс реабилитации. Курс составляет 20 занятий.

1. Какой курс реабилитации вы можете назначить данному больному?
2. Назовите и охарактеризуйте периоды физической нагрузки всего курса реабилитации для данного больного

Ответ: 1. ЛФК, физиотерапия, после проведения курса ФЗТ – иг-лорелфлексотерапия, массаж воротниковой зоны, медикаментозная терапия). 2. подготовительный период занимает приблизительно 25% от общего курса и подготавливает к основной дозе физической нагрузки; основной - составляет приблизительно 50% от общего курса, именно здесь проявляется лечебный эффект от физических упражнений; заключительный - составляет 25% от общего курса и должен проходить в условиях поликлиники или санаторно-курортного лечения, считается от момента вылечения заболевания до полного здоровья.

187. Больному П, 56 лет, с диагнозом: последствия геморрагического инсульта в виде спастического левостороннего гемипареза, назначен курс ЛФК. Упражнения выполняются

в одном темпе в течение 25-30 минут в положении стоя. В конце занятия больной использует гимнастические снаряды.

1. Правильно ли построено занятие для данного пациента? Почему?
2. Что влияет на дозу физической нагрузки?
3. Какие вы знаете способы дозирования физической нагрузки?

Ответ: 1. нет, т.к. упражнения выполняются в одном темпе, постоянно в одном положении, гимнастические снаряды не рекомендуется использовать в конце занятия. 2. возраст, пол, общее состояние пациента, спортивный анамнез, анамнез заболевания, стадия заболевания. 3. изменять число вовлеченных в работу мышечных групп, изменять темп выполнения упражнения, увеличивать или уменьшать амплитуду движения, изменять исходное положение, увеличивать или уменьшать количество повторов, использовать гимнастические снаряды, усложнять координацию движений.

188. В отделение восстановительного лечения поступил больной Р., 35 лет, с жалобами на нарушение осанки и постоянные боли в пояснице.

1. Что необходимо сделать врачу ЛФК при первичном осмотре?
2. Что включает в себя кинезотерапевтический осмотр?

Ответ: 1. собрать анамнез жизни, анамнез заболевания; произвести клинический осмотр, кинезотерапевтический осмотр, назначить необходимые консультации и лабораторные, инструментальные методы исследования. 2. оценка осанки, физиологических изгибов позвоночника, исследование объема движений в шейном, нижнегрудном, поясничном отделах позвоночника; линейные измерения длины и окружности конечностей; измерение объема движений в суставах; оценка мышечного тонуса и трофики мышц; оценка сухожильных рефлексов и выявление патологических рефлексов; оценка мышечной силы; исследование координации движения и сложных двигательных актов, таких как походка и т.п.

189. В отделение восстановительного лечения поступила больная М., 4 лет, с диагнозом: спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана.

1. Можно ли назначить курс ЛФК данной больной? Почему?
2. Есть ли необходимость в обучении ребенка и родителей показанным для больной видам физических упражнений?

Ответ: 1. при спинальной амиотрофии возможно лишь назначение дыхательной гимнастики. 2. да, обязательно, т.к. одна из наиболее частых причин смерти данных пациентов являются застойные явления в легких вследствие инфекционных заболеваний,

дыхательная недостаточность, поэтому ребенок и родители обязательно должны владеть техникой выполнения дыхательной гимнастики.

190. При осмотре у больного У., 26 лет, с диагнозом: патологический вывих правого тазобедренного сустава, состояние после оперативного лечения, выявлено нарушение осанки по сколиотическому типу (левосторонняя сколиотическая деформация грудного отдела позвоночника).

1. Какие средства физической реабилитации можно назначить в данном случае?
2. Какие рекомендации необходимо дать при выписке?
3. Каким стилем рекомендуется плавать при нарушениях осанки?

Ответ: 1. кинезотерапия, массаж, ФТЛ

2. наблюдение в динамике врачом ЛФК, ортопедом; ношение реклинатора, плавание.
3. стиль брасс.

191. В отделение восстановительного лечения поступил больной М., 36 лет, с диагнозом: последствия тяжелой ЧМТ в виде спастического тетрапареза, симптоматическая эпилепсия. Последний приступ был 3 месяца назад.

Больной обследован по месту жительства, назначена противосудорожная терапия.

1. Можно ли назначить больному курс ЛФК? Почему?
2. Можно ли назначить курс физиотерапии данному больному? Почему?
 1. нет, т.к. назначение восстановительного лечения при эпилепсии возможно только при адекватно подобранной противосудорожной терапии через 6 месяцев с момента последнего приступа.
 2. нет, т.к. физиотерапия – абсолютное противопоказание при эпилепсии.

192. В отделение восстановительного лечения поступил пациент П., 23 лет, с диагнозом: состояние после оперативного вмешательства, полихимиотерапии (ПХТ) по поводу астроцитомы правой теменной доли с явлениями легкого левостороннего гемипареза и гемигипестезии. У больного стойкая клинико-лабораторная ремиссия в течение 5 лет. 1. Показано ли назначение курса ЛФК? Почему?

2. Показано ли назначение физиотерапии данному больному? Почему?

Ответ: 1. показано, т.к. больному проведена операция и ПХТ, отмечается стойкая клиничко-лабораторная ремиссия в течение 5 лет, и необходимо восстановительное лечение .

2.Нет, т.к. онкологические заболевания, а также состояния после операций и ПХТ по поводу онкологического заболевания являются абсолютным противопоказанием для назначения курса ФТЛ