

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени Н.И. ПИРОГОВА

КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

ЗАДАЧИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ IV КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА
ПО НЕВРОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКЕ

МОСКВА - 2014

Коллектив авторов: Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.Н. Авакян, Г.Г. Авакян, А.В. Анисимова, Р.А. Аристова, А.Н. Боголепова, А.Н. Бойко, С.Г. Бурд, А.П. Глухарёва, М.В. Давыдовская, Т.Л. Дёмина, С.А. Еолчиян, А.А. Кабанов, П.Р. Камчатнов, Е.А. Катунина, Ю.А. Климов, И.Ю. Ковалева, М.А. Краснова, Т.С. Краснова, Н.Ю. Лащ, И.В. Лусникова, М.Ю. Мартынов, А.А. Никонова, О.М. Олейникова, Н.Ф. Попова, Н.Ф. Смирнова, М.Ю. Татарина, Н.В. Хачанова, В.И. Чубыкин, А.В. Чугунов, А.С. Чуканова, И.А. Щукин

ЗАДАЧА 1

Больной 78 лет доставлен в клинику нервных болезней из дома. Со слов сопровождающих родственников известно, что сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота, сознание не терял. В анамнезе - длительное время артериальная гипертензия. Артериальное давление, измеренное скорой медицинской помощью, было 200/110 мм рт. ст. При осмотре: состояние тяжелое, АД 190/100 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, ритмичный. Уровень сознания оглушение - неглубокий сон. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева слева, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез с плегией в руке, мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу, симптом Бабинского справа. Выявить координаторные и чувствительные нарушения не возможно из-за отсутствия должного контакта с больным. При поясничном проколе получен красный мутный ликвор, равномерно окрашенный кровью в 3-х пробирках (цвет - красный, прозрачность - мутный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок - 0,66 мг %). В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз. На КТ в лобной области левого полушария выявляется область высокой плотности.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 2

Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром найдена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты. При осмотре: состояние очень тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания - кома. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована кнаружи. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях. При поясничном проколе получен красный, мутный ликвор, равномерно окрашенный во всех 3-х пробирках (цитоз - эритроциты

покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %). На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

ЗАДАЧА 3

Больной 68 лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в левых конечностях. Заболел остро сегодня утром, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт. ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии. При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нерва слева, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, симптом Бабинского слева. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу слева. При поясничном проколе: ликвор бесцветный, прозрачный, давление 160 мм водного столба, цитоз - 3 лимфоцита, белок – 0,33 мг %. На МРТ на 4-ые сутки после заболевания в правой теменно-височной области определяется зона с сигналом повышенной и пониженной интенсивности сигнала на T1 и T2-взвешенных изображениях соответственно.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 4

Больной 63 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома. Со слов родственников известно, что заболел остро сегодня днем, когда внезапно упал, отмечалась кратковременная потеря сознания, одновременно с этим выявлена слабость в левых конечностях. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью - 160/90 мм рт. ст. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с повышением цифр артериального давления до 170/100 мм рт. ст., постоянная форма мерцательной аритмии (давность не известна). При осмотре: состояние тяжелое, на осмотр реагирует, вступает в речевой контакт, однако быстро истощается. Ориентирован в пространстве и времени. Менинге-

альных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, левосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом и рефлексамии, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипостезия. При поясничном проколе, проведенном в день поступления, ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз - 5 лимфоцитов, белок - 0,33 мг %. На 5-ые сутки пребывания в стационаре на фоне подъема артериального давления до 200/100 мм рт. ст. состояние больного ухудшилось: выросли расстройства сознания до уровня сопора, появилась ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа. В цереброспинальной жидкости после ухудшения состояния больного отмечается примесь крови во всех 3-х пробирках. После центрифугирования надсадочная жидкость ксантохромная, мутная, эритроциты покрывают все поле зрения. На КТ, выполненной через 24 часа после ухудшения состояния, на фоне обширной зоны низкой плотности в правой лобно-теменно-височной долях выявляются очаги высокой плотности.

Поставьте диагноз.

Объясните причину ухудшения состояния больного.

ЗАДАЧА 5

Больной 56 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома с жалобами на двоение, онемение правой половины лица, неуверенность в правых и слабость в левых конечностях. Вышеуказанные жалобы развились сегодня на протяжении нескольких часов. Девять месяцев тому назад больной перенес ишемический инсульт в правом полушарии в области зрительного бугра с почти полным регрессом неврологических расстройств (сохранялись незначительные нарушения поверхностной чувствительности по гемитипу слева). В анамнезе артериальная гипертензия в течение 10 лет с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. (адаптирован к 140-150/80 мм рт. ст.), сахарный диабет II типа, выявленный 5 лет назад. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявляется. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, нарушение поверхностной чувствительности на лице справа по внутренней "скобке Зельдера", легкое расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, анизокория: правый зрачок шире левого, прямая реакция на свет правого зрачка снижена, сглаженность морщин на правой половине лба, лагофтальм справа. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов в руке и 3 баллов в ноге, интенционный тремор при выполнении пальцевосовой и пяточно-коленной проб правыми конечностями, незначительное отклонение вправо в пробе Ромберга. В течение последующих дней состояние больного ухудшалось: выросли очаговые симптомы до левосторонней гемиплегии, появились нарушения глотания и рас-

стройства сознания (глубокий сон - кома). На МРТ выявляется зона сигнала повышенной интенсивности в области правой ножки мозга с переходом на варолиев мост и продолговатый мозг.

Поставьте диагноз.

Чем обусловлено ухудшение состояния?

ЗАДАЧА 6

Больная 42 лет поступила в клинику неврологии с жалобами на головные боли, периодически возникающие тошноту и рвоту, общую слабость, слабость и неуверенность в левой руке и ноге. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы появились около 7-8 месяцев назад и постепенно нарастают. В течение последнего года в доме живет кошка. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, правильно ориентирована. Беспокоит диффузная головная боль, перкуссия черепа умеренно болезненна. Легкая ригидность мышц шеи, слабopоложительный симптом Кернига с 2 сторон. Отмечается центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, тетрапарез со снижением силы в левой руке до 3, в левой ноге - до 2 баллов, в правых конечностях - до 4 баллов. Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева, нечеткие расстройства поверхностной чувствительности по проводниковому типу справа, больше выраженные в руке. Элементы сенсомоторной афазии. В цереброспинальной жидкости выявляется белково-клеточная диссоциация (цитоз - 12 лимфоцитов, белок – 1,6 мг %). На МРТ с контрастированием в полушариях головного мозга выявляются множественные накапливающие контраст очаги. Внутривенная аллергическая проба на токсоплазмоз положительная.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

ЗАДАЧА 7

Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области поясницы, затруднения при ходьбе, пошатывание, усиливающееся в темноте, чувство онемения и скованности в ногах. Из анамнеза известно, что около 2 лет назад стал отмечать онемение, 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 всех видов чувствительности по типу высоких носков, гиперпатия болевой чувствительности до уровня Th₁₂ - L₁. На МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника на уровне Th₁₀ - Th₁₁ позвонков имеется неправильной формы образование гетерогенной структуры с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T2 и T1, соответственно, которое разрушает дужку позвонка и сдавливает спинной мозг.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 8

Больная 74 лет поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. Была найдена родственниками на полу со следами рвоты. В анамнезе гипертоническая болезнь. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен из-за афазии. Держится левой рукой за голову, гиперестезия на внешние раздражители. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Бехтерева. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Правосторонний гемипарез до 3,0 - 3,5 баллов. Мышечный тонус в правых конечностях снижен, глубокие рефлексы D<S, симптом Бабинского справа. После поясничного прокола получена цереброспинальная жидкость с примесью крови. При КТ головного мозга в левом полушарии головного мозга определяется участок неравномерно повышенной плотности, размерами 33×30×25 мм, передний рог и тело левого бокового желудочка поджаты, борозды лобной и височной долей сглажены, отмечается распространение крови в субарахноидальное пространство.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

ЗАДАЧА 10

Больной 28 лет, инженер, поступил с жалобами на слабость и онемение в левых конечностях, пошатывание при ходьбе. Данная симптоматика развилась остро после респираторного заболевания с небольшим повышением температуры. В анамнезе: семь лет назад был эпизод нарушения зрения, когда на фоне переутомления появилась пелена перед левым глазом. К врачу не обращался, так как в это время сдавал экзамены. Зрение полностью восстановилось через неделю. В прошлом году весной стала беспокоить слабость в правой ноге, нарастающая при нагрузке. Обратился в поликлинику по месту жительства, где прошел курс массажа и витаминотерапии. Слабость полностью прошла через

три недели. При осмотре в неврологическом статусе: общемозговых и менингеальных симптомов нет. Горизонтальный нистагм, усиливающийся при взгляде в стороны, легкое недоведение правого глазного яблока внутрь (без двоения). Мышечная сила снижена в левых конечностях до 4 баллов, сухожильные рефлексы повышены слева, патологические рефлексы вызываются с левой стопы, легкое интенционное дрожание и мимопадание в координаторных пробах в обеих сторонах, больше справа, снижение поверхностной и глубокой чувствительности на левых конечностях. На МРТ головного мозга - мелкие полиморфные очаги в белом веществе больших полушарий и перивентрикулярно, у задних рогов боковых желудочков, в мозжечке. При иммунологическом анализе крови выявлено снижение содержания Т-супрессоров/киллеров (CD8+ - клеток), повышение иммунорегуляторного соотношения CD4/CD8 (лейкоциты - 5×10^3 (30%), лимфоциты - $1,5 \times 10^3$, фагоцитоз - 52%, все Т-клетки (CD3+) - 64%, Т-хелперы (CD4+) - 39%, Т-супрессоры (CD8+) - 12%, иммунорегуляторный индекс - 3,2, В-клетки - 12%, IgA - 120 мг %, IgG - 1,500 мг %, IgM - 290 мг %.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 11

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. При осмотре: пониженного питания, на коже кистей, вокруг ногтей, на лице - высыпания, похожие на проявления кандидоза. Хрипы в нижней доле легкого слева, при рентгенографии - признаки хронической нижнедолевой пневмонии. В неврологическом статусе: больной заторможен, быстро утомляется. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без патологии. Парезов конечностей нет, сухожильные рефлексы оживлены, патологических рефлексов нет. 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 - множественные мелкие очаги повышенной плотности вокруг желудочков, умеренные признаки атрофии. В клиническом анализе крови отмечается анемия, лимфопения, ускорение СОЭ. В иммунологическом анализе крови - снижение содержания всех Т-клеток, особенно CD4+ клеток (Т-

хелперов/индукторов) (лейкоциты - 4×10^3 (15%), лимфоциты - $0,5 \times 10^3$, фагоцитоз - 38%, все Т-клетки (CD3+) - 40%, Т-хелперы (CD4+) - 18%, Т-супрессоры (CD8+) - 20%, иммунорегуляторный индекс - 0,9, В-клетки - 8%, IgA - 100 мг %, IgG - 800 мг %, IgM - 70 мг %.

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо провести?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 13

Больная 42 лет обратилась к врачу по поводу выраженной слабости в ногах, слабости в правой руке, пошатывания при ходьбе, двоения при взгляде влево. Больная может передвигаться только при посторонней поддержке. Первый раз слабость в ногах отметила около 5 лет назад. Слабость вначале была только при нагрузке, но весной прошлого года было резкое ухудшение, практически не вставала с кровати. После курса гормонотерапии состояние больной улучшилось, она стала ходить и продолжала работать. Несколько дней назад без видимой причины снова увеличилась слабость, появились слабость в руке, двоение и легкое головокружение. Колебаний артериального давления не было. При осмотре: не доводит левое глазное яблоко кнаружи. Двоение при взгляде прямо, усиливающееся при взгляде влево. Мелко размашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны и вертикальный - при взгляде вверх. Снижение мышечной силы в правой руке до 4 баллов, в правой ноге до 2 баллов, в левой ноге до 4 баллов. Мышечный тонус в руках снижен, в ногах - повышен по спастическому типу, нижний парапарез. Симптомы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Правосторонняя гемигипестезия. Нарушения глубокой чувствительности на нижних конечностях с двух сторон. Интенционное дрожание при выполнении координаторных проб слева, задержка мочеиспускания. На МРТ (T2-взвешенные изображения) - крупный очаг диаметром до 3 см повышенной интенсивности в белом веществе теменной доли слева и зона гиперинтенсивности с нечеткими границами в области заднего рога левого бокового желудочка, очаги повышенной интенсивности различных размеров в мозолистом теле, мелкие очаги повышенной интенсивности в перивентрикулярной области в двух сторон. При иммунологическом анализе крови выявлено снижение содержания Т-супрессоров/киллеров (CD8+ клеток), повышение иммунорегуляторного соотношения CD4/CD8, увеличение содержания В-клеток (лейкоциты - $5,4 \times 10^3$ (30%), лимфоциты $1,3 \times 10^3$, фагоцитоз - 52%, все Т-клетки (CD3+) - 68%, Т-хелперы (CD4+) - 44%, Т-супрессоры (CD8+) - 17%, иммунорегуляторный индекс - 2,6, В-клетки - 20 %, IgA - 170 мг %, IgG - 1,800 мг %, IgM - 190 мг %.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 14

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. Кроме этого, в последние 3,5 – 4,0 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 – 3,0 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: выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется. На МРТ в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

ЗАДАЧА 15

Больной 45 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на упорные головные боли, слабость в левых конечностях. Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение 7-8 лет. Последние 2-2,5 года стал отмечать нарастающие онемение и неловкость в левой руке и ноге, снижение зрения на правый глаз. За этот период отмечались три приступа клонических судорог в этих же конечностях. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет. Выраженные снижение зрения на правый глаз, парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонний гемипарез со снижением силы в руке и ноге до 2-2,5 баллов, снижение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева. На глазном дне справа первичная атрофия диска зрительного нерва. На МРТ в правом полушарии головного мозга определяется округлой формы образование размерами 8×10×6 см с гомогенной структурой и капсулой, прилегающей к оболочкам го-

ловного мозга. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и равномерное накопление в этом образовании.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 16

Больная 19 лет, поступила в клинику нервных болезней с жалобами на слабость мышц нижних конечностей, быструю утомляемость при ходьбе. Слабость появилась на фоне занятий аэробикой и в течение последних 8 месяцев имеет тенденцию к нарастанию. При неврологическом обследовании выявлена атрофия мышц дистальных отделов нижних конечностей, больше страдают мышцы голени, мелкие мышцы стопы - формируется валюсная установка стоп с высоким сводом, экстензией основных и флексией концевых фаланг пальцев, ротация стоп кнаружи. При ходьбе высоко поднимает ноги (походка «степ-паж»). Ахилловы рефлекс не вызываются, коленные рефлекс очень низкие, быстро угасают ($D \approx S$). Отмечается снижение поверхностной чувствительности в дистальных отделах верхних и нижних конечностей по типу «перчаток и носков», парестезии. При игольчатой ЭМГ регистрируются денервационные потенциалы (монофазные потенциалы, фибрилляции и фасцикуляции). Скорости проведения импульса по афферентным и эфферентным волокнам периферических нервов нижних и верхних конечностей снижены. Отмечено удлинение латентности и изменение формы М-потенциала.

Поставьте диагноз.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие заболевания могут сопровождаться данной симптоматикой?

ЗАДАЧА 20

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 2-3 лет. На протяжении последнего года они усилились, стали более частыми, присоединились слабость в правых конечностях и стали отмечаться нарушения речи. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован, но несколько заторможен. 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, которая инфильтрирует окружающие мозговые структуры.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 21

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. 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 рефлексы D≈S, ахилловы - D>S, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне L₅-S₁ на правой ноге. На МРТ определяется деформация тел L₅-S₁ позвонков, задняя протрузия дисков между L₄ - L₅ и L₅ - S₁.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 22

Больной 31 года поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по заднее-наружной поверхности левого бедра и голени, ограничение движений. Вышеуказанные жалобы появились после поднятия тяжестей. При осмотре: состояние удовлетворительное, высокого роста, астенического телосложения. В неврологическом статусе: ограничены наклоны туловища вперед, в меньшей степени назад, положительные симптомы натяжения (Нери, Дежерина, Лассега) с двух сторон, больше слева, напряжение длинных мышц спины, сколиоз в пояснично-крестцовом отделе позвоночника вправо, снижение левого ахиллова рефлекса, слабость разгибателя большого пальца на левой стопе. На МРТ пояснично-крестцового отде-

ла позвоночника между телами L₅ и S₁ позвонков определяется образование, выступающее в спинномозговой канал.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 23

Больная 55 лет. Считает себя больной в течение двух лет, когда появились пошатывание при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезии, 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.

Поставьте диагноз.

Чем могут быть вызваны эти нарушения?

Какие структуры головного мозга вовлечены в патологический процесс?

Каковы основные направления терапии данного заболевания?

ЗАДАЧА 25

Больная 45 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь с высокими цифрами артериального давления. Заболела остро, когда на фоне головной боли и повышения артериального давления до 220/100 мм рт. ст. обратила внимание на асимметрию лица: перестал закрываться левый глаз, возникла неловкость при жевании, нарушились вкусовые ощущения. При поступлении общемозговых и менингеальных симптомов нет. Артериальное давление - 200/100 мм рт. ст. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки D=S с сохраненной реакцией на свет, лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, выраженная асимметрия оскала. Больная не может наморщить лоб слева, надуть щеки. Язык расположен по средней линии. Глотание и фонация сохранены. Чувствительность на лице сохранена, на языке определяется гипестезия болевой и вкусовой чувствительности слева. Симптомов пирамидной недостаточности, нарушений чувствительности и координации нет. При МРТ головного мозга патологических изменений не выявлено

Поставьте диагноз.

Какие причины привели к данному заболеванию у этой больной?

Какие причины могут привести к данному состоянию?

ЗАДАЧА 26

Больной 64 лет. В течение последнего года постепенно появилась гнусавость голоса, стало трудно выговаривать слова, поперхивается при глотании, с трудом высовывает язык. При поступлении состояние удовлетворительное. В соматическом статусе патологии не выявлено. Неврологический статус: в сознании, ориентирован, речевой контакт затруднен из-за грубой дизартрии. Дисфагия, глоточный рефлекс отсутствует. Выявляются атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них. В мышцах плеч и надплечий также определяются фибрилляции. Движения в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы высокие, патологические рефлексы с двух сторон. Чувствительность и координация сохранены. Тазовых нарушений нет. При поясничном проколе получен прозрачный ликвор, который вытекает под нормальным давлением, содержание белка и клеток не увеличено. Блок субарахноидального пространства не обнаружен. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника зафиксировала деформирующий спондилез и остеохондроз межпозвонковых дисков С₅ - С₇. На глазном дне артерии с признаками умеренного склерозирования. Заключение оториноларинголога: парез мягкого неба и левой половины гортани. На ЭМГ - признаки поражения мотонейронов передних рогов спинного мозга.

Поставьте диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 27

Больная 25 лет отмечает, что в течение последних пяти лет стала часто падать, при ходьбе высоко поднимать ноги из-за свисания стоп. С раннего детства отставала в беге и ходьбе от сверстников. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. Неврологический статус: неплотно смыкает веки, отмечаются псевдогипертрофия круговых мышц рта, атрофия межлопаточных мышц (крыловидные лопатки), атрофия мышц плеч, большой грудной мышцы, движения в руках ограничены - руку поднимает до уровня груди, гипотрофия мышц голеней, походка со ступажем. Сухожильные рефлексы с рук не вызываются, сухожильные рефлексы на ногах низкие. На ЭМГ с двуглавой мышцы плеча (максимальное усиление) отмечено снижение амплитуды кривой, ее учащение, увеличение количества полифазных потенциалов. Данные изменения подтверждены спектральным анализом поверхностной ЭМГ.

Поставьте диагноз.

Какой основной неврологический синдром имеется у больной?

Основные направления лечения этого заболевания.

ЗАДАЧА 28

Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении - состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без особенностей. Активные движения в конечностях в полном объеме, выявляется снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц кистей, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов. Сухожильные и периостальные рефлексy равномерно снижены, болевая гипестезия по типу перчаток и носков. Анализы крови и мочи без патологии. При поясничном проколе получен прозрачный бесцветный ликвор, вытекающий под нормальным давлением. Содержание клеток и белка не увеличено. При ЭМГ с икроножной мышцы получен денервационный тип кривой.

Поставьте диагноз.

Какой основной клинический синдром выявляется у больного?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 29

Больная 19 лет. В течение последнего года стала отмечать опускание век. Через несколько месяцев появились быстрая утомляемость в мышцах рук, особенно при поднятии их вверх, утомляемость в ногах, не могла подниматься по лестнице, во время ходьбы часто отдыхала. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе менингеальных симптомов нет, выявляется мышечная слабость даже при небольшой физической нагрузке (не может несколько раз зажмурить глаза, устает при жевании, с трудом поднимается по лестнице). После физической нагрузки отмечаются мышечная гипотония, угнетение сухожильных рефлексов. Через 15 мин после введения 1,0 мл прозерина больная активна, свободно встает и ходит. При ритмической стимуляционной ЭМГ срединного нерва с частотой импульсов 50 в сек выявляется прогрессирующее снижение амплитуды осцилляций во всех мышечных группах, что более отчетливо видно при компьютерной обработке кривых. Отмечено снижение амплитуды М-ответа на 56% после ритмичной стимуляции.

Поставьте диагноз.

Какой основной неврологический синдром имеется у больной?

Назначьте лечение, какие показания для проведения оперативного лечения?

ЗАДАЧА 30

Больной 17 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 ударов в минуту. Неврологический статус: интеллект снижен, больной эйфоричен, расторможен, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексы оживлены без разницы сторон, патологических рефлексов нет, легкий тремор пальцев рук и век, в пробе Ромберга пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации внимания, трудность переключения при выполнении заданий, пересказе текстов. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки внутричерепной гипертензии. На ЭЭГ: фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов пик-волна - медленная волна. При гипервентиляции отмечается тенденция к генерализации пик-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

Поставьте диагноз.

Каковы причины приступов.

Какие дополнительные методы обследования следует выполнить?

Укажите принципы терапии данного заболевания.

ЗАДАЧА 31

Больной 17 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на повышение температуры, сильные головные боли, тошноту, повторную рвоту. Из анамнеза известно, что заболел 2 дня назад, когда повысилась температура до 40°C, появились сильные головные боли, светобоязнь, тошнота, рвота. При осмотре: состояние тяжелое. Лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу. Петехиальная сыпь на бедрах и ягодицах. Дезориентирован во времени и пространстве. Менингеальный синдром в виде выраженной ригидности мышц шеи, скулового симптома Бехтерева, симптомов Кернига и Брудзинского с двух сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. При исследовании цереброспинальной жидкости цвет ее желтовато-

зеленый, мутная, нейтрофильный плеоцитоз (клетки покрывают все поле зрения, в абсолютном большинстве - нейтрофилы, лимфоциты - единичные), незначительное снижение содержания глюкозы и хлоридов (глюкоза – 0,38 г/л, хлориды - 110 ммоль/л). При посеве ликвора обнаружен менингококк.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Какие критерии прекращения антибактериальной терапии?

Какие возможны осложнения при этом заболевании?

ЗАДАЧА 32

Больная 29 лет. В анамнезе - повторные легкие черепно-мозговые травмы. В 19-летнем возрасте во второй половине нормально протекавшей беременности впервые потеряла сознание, упала, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги во всех группах мышц. За неделю до поступления прекратила прием препаратов, на фоне чего развились четыре припадков с интервалом в 30 - 40 мин, что послужило основанием для госпитализации. При поступлении: состояние средней тяжести, больная в сознании, вялая, адинамичная. артериальное давление - 120/80 мм рт. ст., пульс - 88 ударов в мин., имеются следы прикуса на языке. Неврологический статус: легкая ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон, зрачки широкие, фотореакции сохранены, нистагм при крайних отведениях глазных яблок, сухожильные рефлексы низкие, без четкой разницы сторон. Анализы крови и мочи в пределах нормы. При поясничном проколе получен бесцветный прозрачный ликвор (давление - 220 мм водного столба, цитоз - 3/3, белок – 0,165 мг %). На ЭЭГ регистрируются билатерально-синхронные до 250 мкВ вспышки комплексов острая волна - медленная волна с преобладанием в передних отделах.

Поставьте диагноз.

Какова роль в патогенезе данного состояния черепно-мозговых травм и беременности?

Какое дополнительное обследование следует провести?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 33

Больная 42 лет. Считает себя больной в течение последних трех месяцев, когда стала отмечать головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели и при перемене положения головы; заметила, что плохо понимает обращенную речь, при письме стала пропускать буквы, не полностью понимает смысл

написанного и прочитанного. При поступлении отмечено: диффузная головная боль, болезненность при движении глазных яблок, больная не всегда понимает обращенную речь, затрудняется в подборе слов. Выявлены аграфия, акалькулия, апраксия, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, снижение силы в правой руке, нарушение суставно-мышечного чувства справа. При поясничном проколе получен бесцветный, прозрачный ликвор (давление - 310 мм водного столба, цитоз - $\frac{1}{3}$, белок - 0,99 мг %). Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их ступеваны, больше слева, артерии узковаты, вены полнокровны. На рентгенограмме черепа выражены пальцевые вдавления, порозность спинки турецкого седла. На ЭхоЭГ выявляется смещение срединных структур мозга слева направо на 6 мм. На ЭЭГ - фокус медленно волновой активности тета диапазона в левом полушарии. Анализы крови и мочи без особенностей.

Поставьте диагноз.

Какие основные неврологические синдромы отмечены у больной?

Какие методы обследования необходимо провести?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 35

Больная 18 лет жалуется на сильную головную боль, рвоту, светобоязнь, двоение в глазах. Заболела неделю назад, когда повысилась температура, появилось недомогание, потеряла аппетит, стала беспокоить головная боль, вялость. При осмотре: температура 38,4°C, жалуется на диффузную головную боль, незначительное двоение предметов по горизонтали при взгляде вправо. Ориентирована правильно, быстро истощается. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа, симптом Кернига с двух сторон. Со стороны черепных нервов: легкое расходящееся косоглазие за счет левого глазного яблока, зрачки S>D, фотореакция слева сниженная. Другой очаговой симптоматики не выявляется. При исследовании цереброспинальной жидкости выявляется повышение давления (210 мм водного столба), смешанный плеоцитоз с преобладанием лимфоцитов (лимфоциты - 70, нейтрофилы - 25), значительное снижение содержания глюкозы и хлоридов (глюкоза - 0,22 г/л, хлориды - 80 ммоль/л), при отстаивании ликвора выпадает пленка фибрина.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные исследования следует провести?

Какие черепные нервы вовлечены в патологический процесс?

Назначьте лечение

ЗАДАЧА 36

Больная 41 года. Больна в течение 5 лет, когда после черепно-мозговой травмы появились изменения настроения, немотивированные приступы ярости или смеха. Периодически появлялось ощущение неприятных запахов, затем присоединились кратковременные изменения восприятия внешнего мира ("все казалось нереальным"). Доставлена после приступа, который протекал с потерей сознания, судорогами и непроизвольным мочеиспусканием. При поступлении: состояние удовлетворительное, артериальное давление - 110/70 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту. Неврологический статус: общемозговых и менингеальных симптомов нет, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, сухожильные рефлексы живые, выше справа, симптом Бабинского справа. Больная вялая, апатична, дисфорична, плаксива. Рентгенография черепа без патологии. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими границами, артерии слегка извиты. ЭЭГ: альфа-ритм дезорганизован, повышенное количество тета-волн диффузного характера, в левой височной области имеются единичные одно- и двухфазные острые волны. После гипервентиляции появились группы билатерально синхронных дельта-волн. На КТ головного мозга очагов измененной плотности не определяется, имеются признаки наружной и внутренней гидроцефалии.

Поставьте диагноз.

В каких структурах мозга предположительно локализуется патологический очаг?

Какое патогенетическое значение имела черепно-мозговая травма в развитии данного заболевания?

Какие дополнительные методы обследования следует провести?

Какие основные принципы лечения данного заболевания?

ЗАДАЧА 37

Больная 38 лет обратилась в клинику нервных болезней с жалобами на безболевого ранения пальцев кистей, длительно сохраняющиеся трофические нарушения, изменения цвета ногтей, их повышенную ломкость. На протяжении 3-4 лет отмечается похудание мышц кистей, незначительная слабость в них. При осмотре: состояние удовлетворительное, черты дизрафического статуса - низкий рост, короткая шея, добавочные шейные ребра, высокое небо. В неврологическом статусе: общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Снижение мышечной силы в кистях до 4,0 баллов. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц обычной живости, равномерные. Сегментарные нарушения поверхностной чувствительности на уровне С₄ - С₈. Нарушений глубокой чувствительности не выявляется. На МРТ отмечается расширение центрального

канала спинного мозга, уменьшение высоты межпозвонковых дисков на шейном уровне, уплощение шейного лордоза.

Поставьте диагноз.

Чем обусловлено наличие сегментарных нарушений поверхностной чувствительности?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 38

Больной 67 лет поступил с жалобами на общую слабость, слабость в левых конечностях. Со слов родственников больного в течение последних нескольких недель больной стал неряшлив, неопрятен в одежде. В поведении больного отмечалась эйфория, склонность к плоским шуткам. В анамнезе - операция по поводу опухоли предстательной железы. При осмотре: центральный парез VII и XII пар черепных нервов слева, парез взора влево. Левосторонний гемипарез до 3 баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Анизорефлексия S>D, симптом Бабинского слева. Выраженные рефлексы орального автоматизма. Хватательные рефлексы справа. Чувствительность сохранена. В пробе Ромберга отклоняется влево. К осмотру больной безразличен, не интересуется своим заболеванием и лечением, критика снижена. При выполнении движений нарушается переключение с одного движения на другое, задание выполняется медленно, с остановками, отмечаются персеверации, что также проявляется при письме. При выполнении сложных целенаправленных действий больной не в состоянии составить необходимую программу последовательных движений, что приводит к невозможности выполнения задания, однако сам больной не замечает и не корректирует свои ошибки.

Поставьте диагноз.

Где локализуется очаг поражения?

Какие дополнительные методы исследования могут быть рекомендованы?

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 39

Больной 61 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на преходящее снижение зрения на правый глаз. Около 20 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным повышением артериального давления до 200/100 мм рт. ст. «Оптимальные» цифры - 140/80-150/90. В течение последних 5 лет периодически отмечает боли в сердце при быстрой ходьбе, проходящие после приема нитроглицерина. Вчера днем внезапно появилось снижение зрения на правый глаз («пелена перед глазами»), затем «ничего не ви-

дел»), которое восстановилось через 20 минут. На следующий день осмотрен окулистом - тромбоза центральной вены и центральной артерии сетчатки не выявлено, отмечаются признаки гипертонической и атеросклеротической ангиопатии. Окулистом поликлиники был отправлен на осмотр к неврологу. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, зрачки D=S, средней величины, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Лицо симметрично, язык при высовывании из полости рта по средней линии. Парезов конечностей нет, сила достаточная, движения в полном объеме, мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы S>D. Симптом Россолимо слева. Расстройств чувствительности нет. Положительные рефлексы орального автоматизма. При дуплексном сканировании в устье правой внутренней сонной артерии выявлена атеросклеротическая бляшка, гетерогенная с гиперэхогенными включениями с неровным контуром.

Поставьте диагноз.

Какой синдром имеется у больного?

Какие осложнения может вызвать данный патологический процесс?

Опишите основные принципы лечения.

ЗАДАЧА 43

Больной 14 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в правой руке и левой ноге, которая появились 2 дня назад. Из анамнеза известно, что за неделю до госпитализации отмечались желудочно-кишечные расстройства и незначительный подъем температуры. Накануне развития мышечной слабости отмечались боли в мышцах конечностей. При осмотре: состояние средней тяжести. Общемозговой, менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Снижение силы в проксимальных отделах правой руки до 3,0-3,5 баллов. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц D<S. В левой ноге сила снижена в проксимальных и дистальных отделах до 2,0-2,5 и 3,5-4,0 баллов, соответственно. Коленные и ахилловы рефлексы S<D. Расстройств чувствительности нет. При исследовании цереброспинальной жидкости на 3 день после развития мышечной слабости определяется синдром клеточно-белковой диссоциации с лимфоцитарным плеоцитозом: цитоз - 60 лимфоцитов, белок - 0,33 мг %, давление - 190 мм водного столба.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 44

Больная 16 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на насильственные движения в мышцах лица, рук, изменение почерка. Считает себя больной на протяжении 1,5-2,0 месяцев, когда появились изменения почерка, спустя 2-3 недели присоединились непроизвольные движения в руках и в лице. В анамнезе хронический тонзиллит и частые ангины. Около 2 лет назад отмечались болезненность и припухлость коленных и локтевых суставов. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Периодически возникают непроизвольные разбросанные движения в лицевой мускулатуре и в проксимальных отделах конечностей. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоренная СОЭ. При биохимическом исследовании крови - положительные ревмопробы.

Поставьте диагноз.

Чем обусловлено наличие гиперкинезов лицевой мускулатуры и конечностей?

С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 45

Больная 27 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на головную боль преимущественно в правой половине головы, тошноту, головокружение, гнойные выделения из левого уха. В анамнезе на протяжении нескольких лет хронический отит справа. В течение последней недели отмечено обострение основного заболевания с повышением температуры до 38°C. На протяжении 2-3 дней заметила нарушение речи по типу дизартрии. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,8°C. Болезненность при перкуссии черепа в правой височно-теменной области. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа. Парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4,0 - 4,5 баллов. При исследовании цереброспинальной жидкости определяется повышение давления, нейтрофильный плеоцитоз (40 нейтрофилов и 5 лимфоцитов), повышение белка до 0,66 мг %. На МРТ в правом полушарии головного мозга определяется структура размерами 40×35 мм гетерогенной интенсивности сигнала, окруженное неравномерной зоной с сигналом высокой интенсивности.

Поставьте диагноз.

С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте лечение

ЗАДАЧА 46

Больной 30 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на постоянные судороги в правой руке, которые периодически усиливаются, генерализуются и больной теряет сознание. В анамнезе после пребывания в тайге - инфекция с повышением температуры, развитием вялых парезов мышц верхних конечностей. При осмотре: состояние удовлетворительное, общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов симптомы периферического пареза IX, X, XI и XII пар черепных нервов. Снижение силы в верхних конечностях до 3,0-3,5 баллов, выраженные атрофии в них. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук низкие, равномерные. Сила в нижних конечностях достаточная, анизорефлексия коленных и подошвенных рефлексов D>S. Патологические сгибательные и разгибательные рефлексы с обеих нижних конечностей. Во время осмотра отмечается постоянный миоклонический гиперкинез в правой руке.

Какое заболевание отмечалось после пребывания в тайге?

Как называется хроническая стадия данного заболевания?

Какова профилактика данного заболевания и его лечение?

ЗАДАЧА 47

Больной 45 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль. Известно, что вчера вечером упал и ударился головой. Отмечалась кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота, однако затем чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту. При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. В сознании, контактен, правильно ориентирован в пространстве и времени. Беспокоит головная боль, более выраженная в правой половине головы. Правая теменно-височная область болезненная при перкуссии. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. Больной оставлен под наблюдением в приемном покое. Спустя несколько часов появились и стали нарастать нарушение сознания до оглушения - сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, расширение правого зрачка, снижение фотореакции. В левых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 3,5-4,0 баллов. На КТ выявляется структура высокой плотности в правой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

Поставьте диагноз.

Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?

Как называется развивающийся синдром?

Какие заболевания могут привести к развитию подобного синдрома?

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 48

Больной 21 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В анамнезе: в течение 1,5 лет беспокоят постепенно нарастающая слабость в обеих верхних конечностях, атрофия мышц плеча, предплечья и кистей. Постепенно присоединилась слабость в ногах (сначала в мышцах бедер, затем в голени), скованность движений при ходьбе. Больной наблюдался в поликлинике по поводу шейной миелопатии. За несколько месяцев до госпитализации периодически стал отмечать императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе - общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без особенностей. Обращает внимание диффузная гипотрофия мышц плечевого пояса и верхних конечностей, несколько больше справа, снижение мышечной силы до 2-3 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей низкие, особенно справа. В нижних конечностях выявляется нижний спастический парапарез со снижением силы в проксимальном отделе до 2-3 баллов и в меньшей степени в мышцах голени до 3 баллов. Коленные и ахилловы рефлексы повышены $D>S$. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня C_5 с двух сторон. Симптом Бабинского с 2 сторон, клонус стопы справа. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне C_2-C_6 позвонков за счет структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Поставьте диагноз.

Какова тактика ведения больного?

ЗАДАЧА 50

Больной 40 лет поступил в отделение в тяжелом состоянии. Со слов родственников сегодня внезапно на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль. Отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. В анамнезе у больного частые приступы головной боли по поводу чего проведена МР ангиография сосудов головного мозга, на которой была выявлена аневризма основной артерии. При осмотре состояние тяжелое. Уровень сознания - глубокий сон. Выраженный менингеальный синдром в виде ригидности мышц шеи, симптомов Бехтерева, Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, парезов конечностей нет. Отмечается двусторонний симптом Бабинского. Другой очаговой неврологической симптоматики не выявляется. При поясничном проколе получен окрашенный

кровью ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования надосадочная жидкость ксантохромная, в осадке эритроциты покрывают все поле зрения.

Поставьте диагноз

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 52

Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам, предпочитал лежать лицом вниз, значительно снизилась память, не может работать. Госпитализирован через 11 дней после травмы. При поступлении - состояние средней тяжести, в сознании, частично дезориентирован во времени. Перкуссия черепа болезненна, больше справа. Отмечаются ригидность затылочных мышц, скуловой симптом Бехтерева справа, симптом Кернига с двух сторон. Зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3,5 баллов, гиперкинез в пальцах левой кисти, сухожильные рефлексы оживлены, больше справа. Нечетко выполняет координаторные пробы левыми конечностями. На рентгенографии деструктивных изменений костей черепа не определяется. Глазное дно: диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступшеваны, вены расширены, полнокровны. На МРТ (T1 взвешенные снимки), выполненной через 12 дней после травмы, отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обоих полушарий.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного

ЗАДАЧА 54

Больной 49 лет, с 22 лет отмечает пошатывание при ходьбе, дрожание конечностей, которое усиливается при движениях. Позднее присоединились нарушения координации движения с двух сторон, чуть больше слева. Эти нарушения постепенно нарастали, дрожание рук стало затруднять произвольные движения. Появился тремор головы по типу «нет-нет», речь стала отрывистой, смазанной. Дрожание рук приобрело постоянный характер. Нарушения координации и походки, выраженные в меньшей степени, также наблюдались у сестры больного. При осмотре: в сознании, ориентирован в месте и времени, адекватен, память снижена, несколько эйфоричен. В неврологическом статусе: средне-размашистый горизонтальный нистагм, усиливающийся в крайних отведениях глазных яблок. Дизартрия, скандированная речь. Парезов, нарушений поверхностной или глубокой

чувствительности не выявлено. Выраженные нарушения координации в виде статической и динамической атаксии - интенционное дрожание и миопопадание при координаторных пробах, пошатывание в пробе Ромберга во все стороны, постоянное дрожание головы, конечностей, усиливающееся при волнении и при произвольных движениях. При офтальмологическом обследовании с использованием щелевой лампы выявляется коричневое кольцо по краю радужки с двух сторон. В анализе крови повышено содержание меди и снижено - церулопламина. Медь выявлена и в анализе мочи.

Поставьте диагноз.

Какая форма заболевания имеется у больного?

С чем связано изменение окраски радужной оболочки?

Какие внутренние органы могут поражаться при этом заболевании?

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 59

Больной 22 лет поступил с жалобами на ощущение похолодания стоп, похудание ног, больше голеней, в течение последнего года. При осмотре обращает на себя внимание необычная походка больного. Больной ходит, высоко поднимая ноги, впечатление немного «свисающих» при ходьбе стоп, так называемый "степпаж". Также обращает на себя внимание необычная форма стоп, с высоким, укороченным сводом. Со слов больного у отца имеется аналогичное заболевание. При осмотре выявляется легкая слабость тыльных разгибателей стоп, гипотрофия межкостных мышц, мышц-разгибателей и абдукторов стоп, симметричные гипотрофии мышц голеней. Мышечный тонус в ногах несколько снижен. Выявляется дистальная гипестезия поверхностной чувствительности на ногах, симметрично с двух сторон до уровня средней трети голеней.

Какое заболевание имеет место у пациента?

С какими заболеваниями его следует дифференцировать?

Какие методы обследования позволяют подтвердить диагноз?

ЗАДАЧА 62

Больной 44 лет, инженер. Рос и развивался нормально. Практически ничем не болел. Травм головы не было. Поступил в неврологическое отделение с жалобами на частые головные боли, распирающего характера, беспокоящие в разное время суток, преимущественно в левой лобной области. Накануне поступления впервые в жизни развился эпилептический припадок с началом в правой ноге и последующей генерализацией. При осмотре: состояние удовлетворительное, беспокоит легкая головная боль в левой поло-

вине головы. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов выявляется сглаженность правой носогубной складки. Парезов конечностей нет, сухожильные и периостальные рефлексы на руках живые, D>S, коленные, ахилловы живые D>S. Подошвенный рефлекс справа снижен. Патологических рефлексов нет. Координаторных, чувствительных нарушений не выявлено. Со стороны высших психических функций отклонений не отмечается. Со стороны соматического статуса патологии не выявлено. На МРТ головного мозга в проекции левой лобной области на фоне неизмененного мозгового вещества выявляется конгломерат патологически извитых сосудов (состоящий из артерий и вен). При МР ангиографии установлено, что питающим сосудом является изменившая свой нормальный анатомический ход гипертрофированная левая средняя мозговая артерия. Венозный отток осуществляется в многочисленные гипертрофированные вены субарахноидальных оболочек левого полушария и внутрикостные вены свода черепа.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 68

Больная 40 лет переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии из терапевтического отделения, где находилась по поводу очаговой абсцедирующей пневмонии. Получала курс антибиотикотерапии, однако, несмотря на лечение, состояние больной ухудшилось. Усилилась головная боль, появились менингеальные симптомы в виде ригидности затылочных мышц, двустороннего симптома Кернига, возникла слабость в правых конечностях, перестала отвечать на вопросы. При осмотре – состояние тяжелое. Температура тела 40°C. На вопросы не отвечает. Кожные покровы бледно-серые. Тоны сердца приглушены, брадикардия. В легких - аускультативная картина остаточных явлений правосторонней нижнедолевой пневмонии. В неврологическом статусе: уровень сознания - сопор, выраженный менингеальный синдром. Центральный парез VII и XII черепных нервов справа. Правосторонний глубокий гемипарез, анизорефлексия D>S, симптом Бабинского справа. Координаторные и чувствительные пробы не исследовались из-за тяжести состояния больной. В анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево. Больной проведен поясничный прокол: цереброспинальная жидкость - зелено-желтая, мутная, цитоз – 1,500 в мм³, преимущественно нейтрофилы, белок - 3 г/л. На МРТ определяется зона гиперинтенсивного сигнала в проекции левой теменной области. Левый боковой желудочек несколько сдавлен.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 69

У мальчика с 3 лет жизни стало отмечаться отставание в моторном развитии. Появилась слабость мышц тазового пояса, бедер, возникла «утиная походка». Позднее присоединилась слабость мышц плечевого пояса. К 10 годам стал с трудом передвигаться, особенно сложно подниматься по лестнице. При осмотре: грудная клетка уплощена, сколиоз грудного отдела позвоночника, поясничный лордоз, формируются «крыловидные лопатки», отмечается слабость проксимальных отделов рук, дыхательной мускулатуры, псевдогипертрофии икроножных мышц. Фибриллярные подергивания отсутствуют. Чувствительность сохранена. Признаки кардиомиопатия на ЭКГ. Интеллект снижен. В сыворотке крови в многократно увеличено содержание КФК. На ЭМГ выявляются изменения, характерные для первичного мышечного заболевания.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования заболевания?

ЗАДАЧА 71

У больного с 16 летнего возраста возникла и неуклонно прогрессирует слабость в мышцах: стало трудно подниматься по лестнице, вставать из положения на корточках (опирается на бедра, «карабкается по себе» или опирается за стоящие рядом предметы), появилась «утиная походка». Через несколько лет после начала заболевания стала отмечаться нарастающая слабость в проксимальных отделах рук. При осмотре обращают на себя внимание следующие симптомы: затруднено поднятие рук выше горизонтали (не может причесаться), «крыловидные лопатки» (атрофии передних зубчатых мышц). Из-за слабости трапецевидных мышц - симптом «свободных надплечий». Ограничен объем активных и пассивных движений. Низкие коленные рефлексы, рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц плеча. Атрофии, локализующиеся преимущественно в проксимальных группах мышц верхних и нижних конечностей. Из-за атрофии мышц спины и брюшной стенки - «лягушачий живот». Усилен поясничный лордоз, появилась «осиная талия». Мышцы лица не страдают. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания отсутствуют. Как проявление эндокринной патологии - ожирение и вегетативная дистония. При биохимическом исследовании крови - умеренное повышение КФК. На ЭМГ - изменения, характерные для первичного поражения мышц.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 72

У больного в возрасте 25 лет стали отмечаться слабость и прогрессирующая гипотрофия мышц лица и плечевого пояса. При осмотре отмечаются гипомимичное лицо («лицо сфинкса»), нарушение движений губами, не может сложить губы трубочкой, не может свистеть, при смехе ротовая щель приобретает горизонтальное положение (углы рта не поднимаются - «поперечный смех»), глазные щели неплотно смыкаются, лоб не наморщивает («полированный лоб»), губы - оттопыренные («губы тапира»). Мышцы верхнего плечевого пояса - гипотрофичны, сухожильные рефлексы снижены. Интеллект сохранен. Креатин-креатининовый обмен нарушен умеренно. На ЭМГ - признаки первичного поражения мышц.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования?

ЗАДАЧА 73

У ребенка через 2 года после рождения появилась и прогрессирует слабость мышц; вначале движения ограничены в ногах, затем в туловище. Слабость симметрично и постепенно охватывает мышцы плечевого пояса, верхних конечностей, шеи. Характерна «лягушачья поза» (ноги разведены и ротированы кнаружи). Вследствие гипотонии и атрофии мышц развивается синдром «вялого ребенка». Отмечаются фасцикуляции в мышцах конечностей. Экскурсия дыхательных мышц уменьшена. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. На ЭМГ - «ритм частотола». Уровень КФК - нормальный. Летальный исход наступил через 5 лет после начала заболевания из-за пневмонии вследствие пареза межреберных мышц и диафрагмы.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования?

ЗАДАЧА 76

У больного в возрасте 35 лет появилось дрожание рук, а затем и ног, которое постепенно нарастает. При выполнении произвольных движений дрожание усиливается, в состоянии покоя - уменьшается, вплоть до полного отсутствия. Через несколько лет гиперкинез распространился на мышцы лица, на мышцы, участвующие в речевом акте, и речь стала сканированной и дрожащей. Кроме указанных симптомов у пациента имеется атаксия, дискоординация, нистагм, мышечная дистония, пигментация зеленовато-бурого цвета по наружному краю радужки (кольцо Кайзера-Флейшера). Лабораторные исследования: в сыворотке крови снижение содержания церуллоплазмина (ниже 10 ЕД, при норме 25-45 ЕД), гиперкупрурия (до 1.000 мкг/сутки, при норме 150 мкг/сутки); гипераминоцидурия (до 1.000 мг/сутки, при норме 350 мг/сутки). Изменение печеночных проб. На МРТ - расширение желудочков головного мозга и атрофия коры.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой патогенез заболевания?

Методы лечения.

ЗАДАЧА 77

Больной 57 лет. Первые симптомы заболевания появились в 45 летнем возрасте, когда стали отмечаться неритмичные, произвольные движения в различных мышечных группах, которые усиливались при волнении и исчезали во сне. В начале болезни временно могла подавлять эти насильственные движения и обслуживать себя. Через несколько лет после начала заболевания присоединились нарушения памяти, сузился круг интересов, снизился интеллект. При осмотре: больная из-за гиперкинеза гримасничает, жестикулирует, широко разбрасывает руки, при ходьбе раскачивается, пританцовывает. Из-за гиперкинеза речевой мускулатуры нарушена речь - она стала медленной и неравномерной. Мышечный тонус - дистоничен.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования?

ЗАДАЧА 79

Больная 30 лет жалуется на головную боль, больше в глазных яблоках и лобной области, ожирение (в последние два месяца прибавила в весе 15 кг). В течение последних 3

месяцев отмечает снижение зрения на левый глаз, ухудшение памяти, быструю утомляемость. При осмотре: вес 94 кг, рост 160 см, АД - 160/80 мм рт. ст., кожные покровы бледные, пастозность лица, кистей и стоп, на бедрах - стрии. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, двигательных нарушений, парезов, нарушений статики и координации, расстройств чувствительности не выявлено. Острота зрения справа - 0,9, слева - 0,07, поля зрения изменены по типу битемпоральной гемианопсии. На МРТ: в хиазмально-селлярной области образование, имеющее основной узел в полости турецкого седла, распространяющееся параселлярно, прорастающее кавернозные синусы и распространяющееся супраселлярно.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

ЗАДАЧА 81

Больная 35 лет в течение последних 6 месяцев отмечает снижение слуха на правое ухо. Лечилась в ЛОР клинике без эффекта. На протяжении последнего месяца появилось нарастающее головокружение системного характера, неустойчивость при ходьбе. При обследовании: общемозговых и менингеальных симптомов нет, движения глазами яблоками в полном объеме, существенное снижение слуха на правое ухо, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, движения в конечностях в полном объеме, пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией с двух сторон, хуже справа, в пробе Ромберга неустойчива. Острота зрения с обеих сторон 0,8: поля зрения не изменены; на глазном дне - отек дисков зрительных нервов. На МРТ: патологическое образование в области пирамидки височной кости справа, умеренно выраженная сопутствующая гидроцефалия. Анализ ликвора: белково-клеточная диссоциация.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

ЗАДАЧА 82

Больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии из ЛОР клиники, где лечится по поводу двухстороннего гнойного отита. При осмотре: состояние тяжелое, гипертермия свыше 40°C, выраженная головная боль, повторная рвота. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Бехтерева, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Черепные нервы без патологии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. Координаторные пробы выполняет неуверенно. В крови: лейкоцитоз свыше 15.000, СОЭ - 50

мм/час. При поясничном проколе выявлен нейтрофильный плеицитоз до 100 клеток в мм³. На МРТ: объемное образование с капсулой в правой лобно-височной области. Вокруг основного очага - зона пониженной плотности. Умеренно выраженная симметричная гидроцефалия.

Поставьте диагноз.

С чем нужно дифференцировать заболевание?

Определите тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 90

Мужчина 42 лет попал в ДТП, от предложенной госпитализации отказался. Через неделю после черепно-мозговой травмы почувствовал головную боль, слабость и неловкость в правых конечностях. Эти явления нарастали, был госпитализирован в стационар. Состояние при обследовании тяжелое, сознание спутанное, сонлив, на вопросы отвечает односложно, не сразу. Жалуется на диффузную головную боль. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Бехтерева, Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Анизокория D>S, снижение реакции зрачков на свет. Отмечается левосторонний гемипарез со снижением силы до 3 баллов. Симптом Бабинского слева. На уколы с двух сторон реагирует одинаково. Статика и координация не исследовались из-за тяжести состояния. На КТ головного мозга - образование повышенной плотности между костями черепа и веществом головного мозга в левой теменно-затылочной области.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

ЗАДАЧА 1

Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга.

Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса об оперативном лечении.

До консультации проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, назначение антиоксидантных и хелатирующих препаратов.

ЗАДАЧА 2

Геморрагический инсульт в правом полушарии головного мозга с прорывом крови в желудочки.

Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, антиоксидантные и хелатирующие препараты.

Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса о возможности оперативного лечения.

ЗАДАЧА 3

Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии), предположительно вследствие тромбоэмболии из левого желудочка сердца.

В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии. Нейропротекция. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функции других жизненно важных органов.

ЗАДАЧА 4

Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии).

Ухудшение состояние обусловлено развитием вторичного кровоизлияния в область ишемического очага.

В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии. Нейропротективная терапия. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функ-

ции других жизненно важных органов. После развития геморрагического инфаркта назначение препаратов, укрепляющих сосудистую стенку (дицинон).

ЗАДАЧА 5

Повторный ишемический инсульт в стволе головного мозга с вовлечением левой ножки мозга, варолиева моста и продолговатого мозга. Ухудшение состояния больного обусловлено распространением очага на мост и продолговатый мозг.

ЗАДАЧА 6

Токсоплазмоз центральной нервной системы.

Проведение специфической терапии хлоридином и сульфазинном.

Обсуждение возможности хирургического лечения при одиночном очаге.

ЗАДАЧА 7

Экстремедуллярная опухоль на уровне Th₁₀ – Th₁₁. Консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 8

Паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние в левом полушарии головного мозга. Ликворная киста в затылочной доле правого полушария.

Консультация нейрохирургом для решения вопроса о хирургическом лечении.

Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, антиоксидантные и хелатирующие препараты.

ЗАДАЧА 10

Рассеянный склероз, ремитирующее течение, обострение. Терапия при обострении - пульс дозы кортикостероидов внутривенно (по 1 г метипреда или солюмедрола внутривенно капельно на 400 мл физиологического раствора, 3-7 раз). В последующем иммуномодулирующая, метаболическая и сосудистая терапия.

ЗАДАЧА 11

Подозрение на инфекцию вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Серологическое исследование на ВИЧ. В случае положительной пробы на выявление антител к ВИЧ решение вопроса о специфической терапии. Лечение сопутствующих инфекционных заболеваний, в первую очередь пневмонии.

ЗАДАЧА 13

Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, обострение.

Дифференциальный диагноз с ВИЧ.

Терапия при обострении - пульс дозы кортикостероидов внутривенно (по 1 г метипреда или соллюмедрола внутривенно капельно на 400 мл физиологического раствора, 3-7 раз). В последующем иммуномодулирующая, метаболическая и сосудистая терапия.

ЗАДАЧА 14

Аденома гипофиза. Консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 15

Опухоль головного мозга. Вероятно менингиома.

Консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 16

Невральная амиотрофия (Шарко-Мари).

Дифференциальный диагноз с приобретенными полинейропатиями.

ЗАДАЧА 20

Опухоль головного мозга, вероятно глиома.

МРТ головного мозга с контрастированием.

Консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 21

Грыжи дисков L₄-L₅ и L₅-S₁.

Снятие болевого синдрома. ЛФК, физиопроцедуры по показаниям, рефлексотерапия.

Укрепление мышечного корсета.

ЗАДАЧА 22

Грыжа диска L₅-S₁ у больного с остеохондрозом позвоночника и корешковым синдромом.

Снятие болевого синдрома. ЛФК, физиопроцедуры по показаниям, рефлексотерапия.
Укрепление мышечного корсета.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии, нарастании симптомов выпадения
обсуждение вопроса о хирургическом лечении.

ЗАДАЧА 23

Акинетико-ригидный синдром (синдром паркинсонизма).

Причиной развития могут быть болезнь Паркинсона, идиопатический или симптома-
тический паркинсонизм (сосудистый, постинфекционный, посттравматический, интокси-
кационный или иной).

Подкорковые ядра – черная субстанция и бледный шар.

Лечение - индивидуальный подбор противопаркинсонических препаратов из различ-
ных групп.

ЗАДАЧА 25

Невропатия лицевого нерва. Ишемическая невропатия.

Другие причины развития: вирусное поражение лицевого нерва в канале височной ко-
сти, заболевания среднего и внутреннего уха и состояния после радикальных операций на
этой области, паротит, ятрогенное поражение.

ЗАДАЧА 26

Дифференциальный диагноз проводится между боковым амиотрофическим склеро-
зом БАС и синдром БАС вследствие сосудистой миелопатии.

Симптоматическая метаболическая и сосудистая терапия.

ЗАДАЧА 27

Конечноностно-поясная форма прогрессирующей мышечной дистрофии (миопатия
Эрба-Рота).

Основной синдром - миопатический, связан с генетически обусловленным поражен-
ем мышечных волокон.

Лечение: повторные курсы метаболических, в том числе макроэргических, и сосуди-
стых препаратов, лечебная физкультура, массаж, физиопроцедуры, рациональное трудо-
устройство.

ЗАДАЧА 28

Алкогольная полинейропатия.

Основной синдром - полинейропатический.

Лечение - прекращение приема алкоголя, дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия (большие дозы витаминов группы В), метаболическая и сосудистая терапия.

ЗАДАЧА 29

Миастения.

Основной синдром - патологическая утомляемость мышц, связанная с нарушением проведения импульса в синапсе.

Лечение: антихолинэстеразные и гормональные препараты, при миастеническом кризе – терапия в условиях отделения реанимации. При выявлении тимомы – обсуждение вопроса о хирургическом лечении.

ЗАДАЧА 30

Эпилепсия.

В развитии приступов могут иметь место родовая травма и травма головы в семилетнем возрасте.

Для уточнения характера процесса следует провести МРТ, ЭЭГ ночного сна с видеомониторированием.

Подбор противоэпилептических препаратов (монотерапия или комбинация).

ЗАДАЧА 31

Менингококковый (эпидемический) менингит.

Антибактериальная терапия (пенициллин или синтетические аналоги в дозировке не менее 300.000 единиц пенициллина на 1 кг веса, 6-8 раз в сутки внутримышечно или внутривенно капельно), дезинтоксикационная терапия, профилактика и лечение отека мозга, предупреждение кровоизлияния в надпочечники, симптоматическая терапия.

Критерии отмены антибиотиков - санация ликвора (цитоз менее 100 клеток, нейтрофилы отсутствуют).

Осложнения: кровоизлияние в надпочечники (синдром Уотерхаус-Фридриксона)

ЗАДАЧА 32

Эпилепсия.

Развитию приступа способствовали повторные травмы головы и беременность.

Для уточнения характера процесса следует провести МРТ, ЭЭГ ночного сна с видеомониторированием.

Лечение: подбор моно- или комбинированной противоэпилептической терапии.

ЗАДАЧА 33

Вероятно опухоль головного мозга, предположительно в теменно-височной области левого полушария.

У больной отмечены синдром повышения внутричерепного давления, нарушения высших корковых функций, правосторонняя пирамидная недостаточность, нарушения глубокой чувствительности справа, белково-клеточная диссоциация в ликворе.

Для уточнения диагноза показано проведение КТ или МРТ с введением контрастного вещества.

Решение вопроса о нейрохирургическом лечении.

ЗАДАЧА 35

Подозрение на туберкулезный менингит.

Рентгенография или КТ легких, исследование по органам для выявления первичного очага.

У больной поражен глазодвигательный нерв слева.

Лечение - противотуберкулезные препараты.

ЗАДАЧА 36

Эпилепсия.

Вероятно очаг расположен в левой теменно-височной области.

Травма головного мозга могла явиться пусковым механизмом в развитии эпилептического синдрома.

МРТ, ЭЭГ ночного сна с видеомониторированием.

Лечение: подбор моно- или комбинированной противоэпилептической терапии.

ЗАДАЧА 37

Сирингомиелия.

Сегментарные нарушения чувствительности обусловлены поражением задних рогов спинного мозга.

Симптоматическое лечение.

ЗАДАЧА 38

Подозрение на метастатическое поражение головного мозга.

На основании клинических симптомов можно предположить, что очаг локализуется в правой лобной доле, о чем свидетельствуют динамическая и лобная апраксии, эмоционально-волевые нарушения, снижение критики к своему состоянию, неряшливость.

МРТ головного мозга с контрастированием.

Решение вопроса о нейрохирургическом лечении.

ЗАДАЧА 39

Преходящее нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой внутренней сонной артерии.

Оптикопирамидный синдром.

Фрагмент атеросклеротической бляшки мог быть причиной артерио-артериальной эмболии и развития ОНМК.

Контроль и коррекция АД, реологических свойств крови, липидов крови. Решение вопроса о хирургическом лечении (операция на внутренней сонной артерии).

ЗАДАЧА 43

Полиомиелит.

Изоляция больного, симптоматическое лечение.

ЗАДАЧА 44

Малая хорея.

Развитие гиперкинезов обусловлено поражением подкорковых ядер.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с наследственной хореей и синдромом хорей.

Длительная антибактериальная терапия с сезонной профилактикой.

ЗАДАЧА 45

Хронический левосторонний гнойный отит, осложненный абсцессом головного мозга.

Дифференциальный диагноз следует проводить с опухолью головного мозга.

Лечение: санация очага инфекции, включая хирургическое лечение, антибактериальная терапия.

ЗАДАЧА 46

Клещевой энцефалит.

Кожевниковская эпилепсия.

Профилактическая вакцинация. При развитии заболевания - максимально раннее назначение сыворотки реконвалесцентов, нуклеазных препаратов, интерферона.

ЗАДАЧА 47

Эпидуральная гематома.

Светлый промежуток.

Синдром височно-тенториального вклинения.

Супратенториальные образования, сопровождающиеся дополнительным объемом: опухоль, кровоизлияние, абсцесс, эхинококкоз.

Экстренная консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 48

Интрамедуллярная опухоль шейного отдела спинного мозга.

Показана консультация нейрохирургом.

ЗАДАЧА 50

Субарахноидальное кровоизлияние из разорвавшейся аневризмы.

Экстренная консультация больного нейрохирургом.

До консультации - проведение интенсивной терапии (поддержание артериального давления, дыхания, коррекция кислотно-щелочного равновесия, уменьшение отека мозга и т.д.).

ЗАДАЧА 52

Двухсторонняя субдуральная травматическая гематома.

Экстренная консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 54

Гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова).

У больного преобладают мозжечковые нарушения (мозжечковая форма).

Генетически обусловленное нарушение синтеза церулоплазмينا приводит к повышению концентрации меди в крови, отложению ее в органах и тканях, особенно в роговице (кольцо Кайзера-Флейшера), в головном мозге, в печени, где возникают и прогрессируют дистрофические процессы.

Лечение: выведение избытка меди из организма (Д-пенициллинамин, унитиол, купренил). Дозы подбираются индивидуально и принимаются постоянно. Также назначают препараты, улучшающие функцию печени. Из диеты исключают продукты, содержащие много меди (шоколад, орехи, печень).

ЗАДАЧА 59

Невральная амиотрофия.

Заболевание следует дифференцировать с прогрессирующими мышечными дистрофиями, полиневритическим синдромом при других заболеваниях, с семейной атаксией Фридрейха.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение ДНК диагностики, а также электронейромиографии.

ЗАДАЧА 62

Артерио-венозная мальформация левой задне-лобно-теменной области.

Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса об оперативном лечении. До этого - подбор противосудорожных препаратов.

ЗАДАЧА 68

Правосторонняя нижнедолевая пневмония, осложненная абсцессом левой теменной области головного мозга.

Необходимо хирургическое лечение - санация полости абсцесса, массивная антибиотикотерапия с учетом чувствительности бактериальной флоры.

ЗАДАЧА 69

Прогрессирующая мышечная дистрофия, форма Дюшена.

Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.

Заболевание передается по сцепленному с X-хромосомой типу, нарушается продукция дистрофина - белка в мембране мышечных клеток.

ЗАДАЧА 71

Конечностно-поясная форма прогрессирующей мышечной дистрофии.

Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.

ЗАДАЧА 72

Лице-лопаточно-плечевая прогрессирующая мышечная дистрофия Ландузи-Дежерина.

Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.

ЗАДАЧА 73

Спинальная амиотрофия.

Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.

Аутосомно-рецессивный наследования тип с локализацией дефекта на длинном плече 5 хромосомы.

ЗАДАЧА 76

Гепатоцеребральная дистрофия.

Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.

Генетически обусловленное нарушение синтеза церулоплазмينا приводит к повышению концентрации меди в крови, отложению ее в органах и тканях, особенно в роговице (кольцо Кайзера-Флейшера), в головном мозге, в печени, где возникают и прогрессируют дистрофические процессы.

Лечение: выведение избытка меди из организма (Д-пенициллинамин, унитиол, купренил). Дозы подбираются индивидуально и принимаются постоянно. Также назначают препараты, улучшающие функцию печени. Из диеты исключают продукты, содержащие много меди (шоколад, орехи, печень).

ЗАДАЧА 77

Хорея Гентингтона.

Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.

Аутосомно-доминантный, патологический ген в дистальном отделе короткого плеча хромосомы 4.

ЗАДАЧА 79

Опухоль гипофиза.

Консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 81

Невринома слухового нерва.

Консультация больного нейрохирургом.

Прогноз благоприятный при своевременно проведенной операции.

ЗАДАЧА 82

Абсцесс мозга.

Необходимо проводить дифференциальный диагноз с менингитом, опухолью мозга, инсультом.

Санитарная операция на ухе, проведение антибиотикотерапии (уточнение схемы антибиотикотерапии по результатам посева выделений из уха).

Консультация больного нейрохирургом.

ЗАДАЧА 90

Субдуральная гематома.

Экстренная консультация больного нейрохирургом.