

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.42 «НЕВРОЛОГИЯ»

Ситуационная задача 1

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка О., 84 года, обратилась в поликлинику в сопровождении дочери с жалобами на снижение памяти, неустойчивость при ходьбе, эпизоды падения без потери сознания, впервые возникшие 2 месяца назад. За сутки до обращения упала на улице и сломала плечевую кость на правой руке. Жалоб активно не предъявляет, считает, что дочь обратилась к врачу напрасно.

МРТ головного мозга пациентки О. 84 лет с диагнозом Хроническая ишемия головного мозга (болезнь мелких сосудов).

Анамнез жизни.

Пациентка в прошлом была квалифицированным специалистом, отличалась блестящей памятью, вела активную общественную деятельность. 6 лет назад велся диагностический поиск по выявлению возможного онкологического заболевания в связи с похудением пациентки на 10 кг. Данный предположительный диагноз был отвергнут. В семье случаев возникновения когнитивных расстройств не отмечено.

Анамнез заболевания.

С 55-летнего возраста страдает артериальной гипертензией, регулярно принимает гипотензивную терапию. В 2001 году - холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.

Со слов дочери, первые симптомы болезни появились 14 лет назад после смерти мужа. Пациентку перестали радовать любимые дети, внуки, друзья. Был выставлен диагноз: ситуационная депрессия. Прием антидепрессантов существенного эффекта не дал. Изменился характер, появился несвойственный пациентке эгоизм, плаксивость, апатия, стала забывать фамилии пациентов, имена коллег. Затем дочь стала замечать, что у пациентки появился страх что-то упустить в лечении своих пациентов, тревога и сомнения в своей компетенции. Стали страдать профессиональные навыки. Впоследствии присоединились расстройства памяти на текущие события, монотонное повторение одних и тех же вопросов, нарушения походки. Ухудшались зрение и слух. При сохранении навыков самообслуживания утратила способность готовить еду, пользоваться телефоном, возникли трудности с ориентацией в пространстве и времени. В последнее время нуждалась в постоянной заботе и присмотре родственников.

Помимо антигипертензивной терапии других препаратов не принимает.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный, нормальной влажности. Нормального телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД = 150/85 мм рт.ст.

Неврологический статус

Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемипарезов не выявлено. Глазные щели $D \geq S$, зрачки $OD=OS$, фотореакция снижена. Движениях глазных яблок в стороны, вверх и вниз в полном объеме. При конвергенции – не доводит левое глазное яблоко. Чувствительность на лице сохранена. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны.

Дисфагия, дисфония, дизартрия. Язык при высовывании по средней линии. Парезов, параличей нет. Мышечный тонус повышен по пластическому тону. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, несколько повышены. Подошвенный симптом снижен с двух сторон. Симптомы орального автоматизма положительные. Хватательный симптом Янишевского с двух сторон. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 149 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $415 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза №1 – 6,60 ммоль/л, глюкоза №2 – 6,0 ммоль/л, глюкоза №3 – 7,9 ммоль/л, ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л, холестерин – 9,4 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 5,0 г/л.

Данные инструментальных исследований.

УЗДГ БЦА: атеросклероз внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием:

- области каротидных бифуркаций: слева до 50%, справа до 40%;
- устья и проксимального отдела правой внутренней сонной артерии до 30%;
- устья и проксимального отдела левой внутренней сонной артерии до 45%.

ЭКГ: ЧСС – 70 ударов в минуту. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

ЭхоКГ: Глобальная систолическая функция сердца сохранена. Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Фракция выброса – 58%. Стенки аорты, митрального и аортального фиброзных колец, створки митрального и аортального клапанов уплотнены. Регургитация на уровне митрального клапана I степени, на уровне аортального и трикуспидального клапанов O-I степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

МРТ головного мозга: срединные структуры не смещены. Желудочки мозга симметричны, расширены (ВКК — 19%). Латеральные и конвекситальные борозды расширены с обеих сторон. В белом веществе обоих полушарий определяются множество очагов сосудистого генеза размерами до 10 мм. Перивентрикулярно диффузно повышен МР-сигнал от вещества головного мозга. Ствол мозга без особенностей, мозжечок симметричный, однородной структуры. Церебро-спинальный переход без особенностей. Заключение: МР-признаки дисциркуляторной энцефалопатии, смешанной (атрофической) гидроцефалии (ВКК — 19%).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Перечислите факторы риска развития данного патологического состояния у пациентки.
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете?
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Ситуационная задача 2

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка К. 65 лет, поступила с жалобами на головную боль и слабость в правых конечностях.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей. Условия жизни хорошие. Работала старшим экономистом в фирме. Не работает в связи с выходом на пенсию.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: Артериальная гипертензия в течение более 15 лет, постоянно принимает гипотензивные препараты. 8 лет тому назад пациентке выставлен диагноз: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз. Инфаркты миокарда, сахарный диабет, гепатиты, ВИЧ-инфекцию отрицает. 3 года тому назад пациентка перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (инфаркт в левом полушарии головного мозга). Настоящее ухудшение возникло накануне утром, после пробуждения, когда появилась головная боль, выросла слабость в правых конечностях. Родственниками вызвана бригада СМП. Доставлена в приемное отделение больницы.

Данные физикального обследования.

Объективно: Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Лицо гиперемировано. Нормального телосложения, повышенного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 ударов в минуту. АД = 210/110 мм.рт.ст.

Неврологический статус на момент осмотра в отделении.

Общемозговая симптоматика – диффузная головная боль, тошнота, головокружение несистемного характера; рвоты не было. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемипареза не выявлено. Глазные щели $D \geq S$, зрачки $OD=OS$, фотореакция снижена. Движение глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Чувствительность на лице сохранена. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Дисфагии, дисфонии нет. Язык по средней линии. Правосторонний гемипарез до 4-х баллов. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы несколько повышены справа. Снижение подошвенного рефлекса справа. Правосторонняя гемигипестезия. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 149 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $415 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 5,0 г/л.

Данные инструментальных исследований.

УЗДГ БЦА: атеросклероз внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием:

- области каротидных бифуркаций: слева до 50%, справа до 40%;
- устья и проксимального отдела правой внутренней сонной артерии до 30%;
- устья и проксимального отдела левой внутренней сонной артерии до 45%.

ЭКГ: ЧСС – 70 ударов в минуту. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

ЭхоКГ: Глобальная систолическая функция сердца сохранена. Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Фракция выброса – 58%. Стенки аорты, митрального и аортального фиброзных колец, створки митрального и аортального клапанов уплотнены. Регургитация на уровне митрального клапана I степени, на уровне аортального и трикуспидального клапанов О-I степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

МСКТ головного мозга: серое и белое вещество дифференцированы. В подкорковых структурах с обеих сторон отмечаются единичные очаги диаметром до 2-3 мм. Единичные супратенториальные очаги измененного МР-сигнала диаметром 5 мм. В зоне скорлупы слева определяется мелкое кистозное образование овальной формы, выполненное ликвором с четкими контурами и незначительной зоной глиоза по периферии, размером до 9 на 4 мм. В зоне базальных ядер справа и слева в обеих гемисферах выявляются расширенные периваскулярные пространства диаметром до 2 мм. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки симметричные, не расширены. Субарахноидальные конвекситальные ликворные пространства дифференцируются, расширены. Кости свода и основания черепа – без травматических и деструктивных изменений. Заключение: КТ-картина описанных кистозных образований в левой гемисфере головного мозга вероятно постишемического генеза. МР-признаки дисциркуляторной энцефалопатии. Наружная гидроцефалия.

Вопросы:

1. Каков выставленный Вами диагноз?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете?
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Ситуационная задача 3

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной В., 92 года, поступил в стационар с диагнозом: Внебольничная пневмония. Повод к госпитализации: одышка, повышение температуры, на фоне чего углубились симптомы когнитивных расстройств. Жалоб при поступлении активно не предъявляет из-за когнитивных нарушений.

МСКТ головного мозга пациента В. 92 лет с ХИМ (лейкоэнцефалопатия).

Анамнез жизни.

Со слов родственников, в течение многих лет страдает артериальной гипертензией, перенес инфаркт миокарда (точная дата неизвестна), после чего сформировалась постоянная форма мерцательной аритмии. Ранее принимал гипотензивные препараты. Из анамнеза известно, что за 12 дней до настоящей госпитализации находился на лечении в травматологическом отделении клинической больницы города Москвы по поводу закрытого вколоченного перелома шейки правого бедра. От оперативного лечения отказался, проводилась консервативная терапия.

Анамнез заболевания.

В течение последних 10 лет стал меняться характер, появился эгоизм, апатия, стал забывать фамилии и имена близких людей. Впоследствии присоединились расстройства памяти на текущие события, монотонное повторение одних и тех же вопросов, нарушения походки. Ухудшились зрение и слух. При сохранении навыков самообслуживания утратил способность пользоваться

телефоном, возникли трудности с ориентацией в пространстве и времени. В течение нескольких последних лет когнитивные нарушения прогрессировали, изменилась походка, появилась неустойчивость, в связи с чем перестал выходить на улицу. В последнее время нуждался в постоянной заботе и присмотре родственников. За последние 8 месяцев 4 раза падал дома, сознание не терял. Последнее падение закончилось переломом шейки бедра.

Данные физикального обследования.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Рост — 170 см, Вес — 70 кг, Температура — 36,5 С. Кожный покров обычной окраски, на ощупь теплый, сухой. Пастозность голеней, при этом правая нога увеличена в объеме. Множественные постинъекционные гематомы на коже передней брюшной стенки. Правая стопа ротирована наружу. Дыхание самостоятельное. ЧДД — 20/мин., SpO₂ — 92%. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в н/о, проводные хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульсация на магистральных и периферических артериях удовлетворительного наполнения. Гемодинамика стабильная: АД — 128/84 мм рт. ст., ЧСС — 98 уд/мин., мерцательная аритмия. Язык сухой, чистый. Живот не вздут, мягкий, не реагирует на пальпацию. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание не контролирует.

Неврологический статус.

Уровень сознания — вял, заторможен, на вопросы отвечает неохотно, выборочно выполняет инструкции. Общемозговая симптоматика – диффузная головная боль. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели D≥S, зрачки OD=OS, фотореакция снижена. Движения глазных яблок в горизонтальной и вертикальной плоскости в полном объеме. Слабость конвергенции. Горизонтальный мелкоамблиопический нистагм при взгляде в стороны. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Дисфагия, дисфония. Язык по средней линии. Мышечный тонус изменен по пластическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены. Снижение подошвенных рефлексов. Нарушений чувствительности выявить не удастся из-за когнитивных расстройств. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Выраженное когнитивное снижение.

Данные лабораторных исследований.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 135 г/л; эритроциты — $4,39 \cdot 10^{12}$ /л; средний объем эритроцита — 89,2 фл.; тромбоциты — $166 \cdot 10^9$ /л; лейкоциты — $14,9 \cdot 10^9$ /л; лимфоциты — 6,7%; моноциты — 3,0%; гранулоциты — 90,3%; СОЭ — 20 мм/ч. Биохимическое исследование крови: общий белок — 70 г/л; мочевины — 7,3 (2,5–6,4) ммоль/л; креатинин — 128 (55–115) мкмоль/л; глюкоза — 8,1 (4,1–5,9) ммоль/л; билирубин общий — 19,3 (3,0–17,0) мкмоль/л; АЛТ — 28 Ед/л; АСТ — 26 Ед/л; ЛПНП – 6,9 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,4 ммоль/л.

В коагулограмме и анализе мочи существенных отклонений от нормы не выявлено.

Данные инструментальных исследований.

Дуплексное сканирование глубоких и поверхностных вен нижних конечностей: тромбоз глубоких вен правой и левой нижней конечности с признаками флотации (протяженность флотирующего участка тромба справа — до 3 см на уровне сафено-фemorального соустья).

По результатам ЭХО-КГ: ФВ — 60% Легочная гипертензия умеренная — СДЛА 47 мм рт.ст.

Rg-графия грудной клетки: диффузный пневмосклероз, двусторонняя нижнедолевая пневмония, склероз аорты.

Rg-графия тазобедренного сустава, бедренной кости (2 проекции), голени (2 проекции): вколоченный перелом шейки правого бедра. Травматических изменений бедренной кости и верхней половины костей голени не выявлено.

УЗИ: застойный желчный пузырь с камнем. Выраженные диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Киста правой почки. Гиперплазия простаты.

КТ головного мозга, мультиспиральная, без контрастирования: срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки симметричны, расширены. Ширина 3-го желудочка — 13 мм. Отмечается выраженное расширение субарахноидального пространства по конвекситальной поверхности лобных, теменных долей и борозд мозжечка, расширение силвиевых борозд с умеренной атрофией вещества головного мозга. Кортикальные борозды дифференцированы, углублены. В области подкорковых ядер, ножек мозга имеется умеренно выраженное расширение периваскулярных пространств, кистозные изменения (зоны до 9 мм). В проекции передних и задних рогов боковых желудочков имеется диффузное понижение плотности белого вещества. Эпифиз и сосудистые сплетения задних рогов боковых желудочков обызвествлены. Определяются обызвествленные бляшки в стенках сифонов обеих ВСА. Травматических и деструктивных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено.

Заключение: КТ-признаки хронической ишемии головного мозга, с картиной смешанной заместительной гидроцефалии (на фоне атрофии вещества головного мозга). Выраженный атеросклероз интракраниальных сосудов.

Вопросы:

1. Каков выставленный Вами диагноз?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете?
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данного пациента?

Ситуационная задача 4

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка Л., 68 лет, поступила в клинику по поводу появления сильной головной боли на фоне повышения АД, углубления слабости в левых конечностях.

МРТ головного мозга пациентки Л. с ХИМ.

Анамнез жизни.

В течение многих лет страдает артериальной гипертензией, принимает антигипертензивную терапию, однако целевых значений систолического артериального давления — 130-140 мм не достигает.

В последние 8 лет пациентке ставится диагноз сахарный диабет 2-го типа.

Анамнез заболевания.

Три года тому назад перенесла ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии с частичным восстановлением. Изменился характер, появились забывчивость и подозрительность. Часто не могла вспомнить, что нужно сделать, путала имена внуков, регулярно искала свои вещи.

В течение последних 2-х лет отмечается прогрессирование когнитивных нарушений, изменилась походка, появилась неустойчивость, в связи с чем перестал выходить на улицу. За последний год несколько раз падала из-за неустойчивости при ходьбе, головокружений, сознание не теряла.

Сегодня на фоне повышения АД до 230/120 мм рт.ст., при «рабочем» артериальном давлении 150/90 мм рт.ст., почувствовала углубление слабости в левых конечностях.

Данные физикального обследования.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Рост — 159 см, Вес — 81 кг, Температура — 36,5 С. Кожный покров обычной окраски, на ощупь теплый, сухой. При поступлении у пациентки АД 180/95 мм рт.ст., пульс 80 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается. ЧДД — 20/мин., SpO2 — 92%. Грудная клетка равномерно

участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в н/о. Язык сухой, чистый. Живот не вздут, мягкий, не реагирует на пальпацию. Перистальтика выслушивается.

Неврологический статус.

Пациентка в сознании. Общемозговая симптоматика: диффузная головная боль, тошнота, однократная рвота. Менингеального синдрома нет. Речевых нарушений нет. Снижен левый корнеальный рефлекс. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2-х баллов в руке и легкой пирамидной недостаточностью в ноге, умеренным повышением мышечного тонуса по спастическому типу, сухожильной гиперрефлексией. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет. Грубые рефлексы орального автоматизма (хоботковый, мандибулярный, ладонно-подбородочный). Псевдобульбарный синдром.

Данные лабораторных исследований.

В клиническом анализе крови при поступлении обращало на себя внимание снижение гемоглобина до 80 г/л; эритроцитов до $2,23 (4,00-5,20) \cdot 10^{12}/л$; гематокрита — до 22,2 (35,0–47,0) %; при среднем объеме эритроцита — 98,3 фл. Кроме этого, выявлено незначительное повышение уровня лейкоцитов — $11,0 (3,6-10,0) \cdot 10^9/л$. Лейкоцитарная формула не изменена.

В биохимическом исследовании крови выявлено повышение мочевины до 7,9 (2,5–6,4) ммоль/л и креатинина — до 125 (55–115) мкмоль/л, глюкоза крови — 5,2 (4,1–5,9) ммоль/л; билирубин общий — 12,3 (3,0–17,0) мкмоль/л; АЛТ — 20 (30–65) Ед/л; АСТ — 31 (15–37) Ед/л; альфа-амилаза — 115 (25–115) Ед/л; общий белок — 54 (64–82) г/л; альбумин — 18 (35–50) г/л. Липидный профиль в норме.

Анализ мочи: Цвет — насыщенно-желтый; Прозрачность — прозрачная; Относительная плотность ≥ 1.020 относит.ед.; рН — 5,0 ед., белка, глюкозы — нет, кетоновые тела — отрицательные; микроскопия осадка мочи: эпителий плоский — 0-1 кол. в поле зрения; лейкоциты (микр. осадка) — 0–1 в поле зрения.; эритроциты измененные — нет, бактерии - нет.

Коагулограмма — показатели не выходят за референтные значения.

Данные инструментальных исследований.

Исследование глазного дна: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

МРТ головного мозга. Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки симметричны, расширены на уровне тел справа — до 15 мм, слева — до 18 мм, ширина III желудочка — 8,5 мм. Отмечается выраженное расширение субарахноидального пространства по конвексительной поверхности лобных, теменных долей и борозд мозжечка, расширение Sylvianовых щелей с умеренной атрофией вещества головного мозга. В правом полушарии в режиме T2-ВИ и FLAIR в белом веществе определяются неправильной формы зоны повышенного MR-сигнала размером 48 на 4 мм и 41 на 10 мм (максимально на уровне моторных зон) — глиозные изменения.

В глубоком белом веществе больших полушарий, левой гемисфере мозжечка — единичные кисты до 4 мм. В проекции передних, задних рогов боковых желудочков имеется диффузное понижение плотности белого вещества. Определяются обызвествленные бляшки в стенках сифонов обеих ВСА. Травматических и деструктивных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено. Заключение: МРТ-картина церебральной микроангиопатии. Кистозно-глиозные изменения правой гемисферы. Церебральный атеросклероз. Расширение наружных и внутренних ликворных пространств.

Rg-графия органов грудной клетки: легочные поля без достоверных очаговых и инфильтративных изменений. Умеренное расширение тени сердца. Атеросклероз аорты.

При УЗИ брюшной полости выявлены диффузные изменения поджелудочной железы и печени.

На ЭКГ: ритм правильный, синусовый с ЧСС — 72 удара в минуту. Очаговые изменения миокарда не выявлены.

Вопросы:

1. Каков выставленный Вами диагноз?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете?
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Ситуационная задача 5

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка 3. 73 лет пришла на амбулаторный прием с жалобами на периодически возникающую головную боль диффузного характера (тяжелая голова), несистемное головокружение, снижение зрения, снижение работоспособности, повышенную усталость, трудности запоминания, а также сложность при выполнении нескольких трудовых обязанностей одновременно (пациентка продолжает работать).

Анамнез жизни.

Условия жизни хорошие. Образование высшее. Работает экономистом. Из перенесенных заболеваний – детские инфекции, гепатит А, гастрит, варикозная болезнь, повторные бронхопневмонии. ХОБЛ в течение последних 5-7 лет. Аллерго-анамнез не отягощен. В семье родственников с когнитивными расстройствами не наблюдалось.

Анамнез заболевания.

В течение более 25 лет страдает артериальной гипертензией, принимает антигипертензивную терапию, однако целевых значений систолического артериального давления – 140 мм не достигает. В последние 8 лет пациентке ставится диагноз: снижение толерантности к глюкозе, гипогликемические препараты не принимает. Нормализует уровень глюкозы диетой. В течение последних 6 лет выставлен диагноз ХОБЛ. В последнее время – некоторая неловкость, неустойчивость при ходьбе, несистемное головокружение. В последние годы изменился характер, появилась забывчивость. Часто не может вспомнить отдельные слова, фамилии знакомых, что нужно было сделать.

Данные физикального обследования.

Состояние при поступлении: удовлетворительное. Рост — 160 см, Вес — 83 кг, Температура — 36,5 С. Кожный покров обычной окраски, на ощупь теплый, сухой. АД 180/95 мм рт.ст., пульс 86 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается. ЧДД — 20/мин., SpO2 — 97%. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Язык сухой, чистый. Живот не вздут, мягкий, не реагирует на пальпацию. Перистальтика выслушивается.

Неврологический статус.

Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели $D \geq S$, зрачки $OD=OS$, фотореакция снижена. Движениях глазных яблок в горизонтальном направлении, вверх и вниз в полном объеме. При конвергенции – не доводит левое глазное яблоко. Чувствительность на лице сохранена. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык при высовывании по средней линии. Парезов, параличей нет. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексy симметричны, несколько повышены. Подошвенный симптом снижен с двух сторон. Симптомы орального автоматизма положительные. Нарушений

чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет уверенно. Тазовых нарушений нет. Общий балл по шкале MoCA- 24.

Данные лабораторных исследований.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 131 г/л; эритроциты – $4,39 \cdot 10^{12}$ /л; средний объем эритроцита – 89,2 фл.; тромбоциты – $2416 \cdot 10^9$ /л; лейкоциты – $9,9 \cdot 10^9$ /л; лимфоциты – 2,7%; моноциты – 0%; СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 70 г/л; мочевины – 5,7 (2,5–6,4) ммоль/л; креатинин – 82 (55–115) мкмоль/л; глюкоза – 6,8 (4,1–5,9) ммоль/л; билирубин общий – 9,3 (3,0–17,0) мкмоль/л; АЛТ – 18 Ед/л; АСТ – 26 Ед/л; холестерин – 8,7 ммоль/л; ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л.

В коагулограмме и анализе мочи существенных отклонений от нормы не выявлено.

Данные инструментальных исследований.

Исследование глазного дна: гипертоническая ангиопатия сетчатки. Осложненная катаракта.

На ЭКГ: ритм правильный, синусовый с ЧСС – 80 удара в минуту. Умеренные изменения электрической активности сердца. Гипертрофия левого желудочка.

Rg-графия органов грудной клетки: легочные поля без достоверных очаговых и инфильтративных изменений. Умеренное расширение тени сердца. Атеросклероз аорты.

УЗДГ БЦА: атеросклероз внечерепных отделов брахиоцефальных артерий со стенозированием:

- области каротидных бифуркаций: слева до 60%, справа до 40%;
- устья и проксимального отдела правой внутренней сонной артерии до 25%;

МРТ головного мозга: Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки симметричны, расширены. Отмечается выраженное расширение субарахноидального пространства по конвекситальной поверхности лобных, теменных долей, расширение силвиевых щелей с умеренной атрофией вещества головного мозга. В глубоком белом веществе больших полушарий единичные кисты до 4 мм и очаги глиоза (вероятно, сосудистого генеза). В проекции передних, задних рогов боковых желудочков имеется диффузное понижение плотности белого вещества. Травматических и деструктивных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено. Заключение: МРТ-картина церебральной микроангиопатии. Церебральный атеросклероз. Расширение наружных и внутренних ликворных пространств.

Вопросы:

1. Каков выставленный Вами диагноз?
2. Консультации каких специалистов необходимо назначить данной пациентке?
3. Какие направления лечения у данной пациентки Вы предлагаете?
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Коррекцию каких факторов риска необходимо провести у данной пациентки?

Ситуационная задача 6

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка 52 лет отмечает постоянно нарастающую слабость в конечностях

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Ранее к врачам не обращалась. Проходила плановый осмотр. 3 месяца назад она обратила внимание на то, что правая рука стала неповоротливой (у женщины ведущим является правое полушарие). Вскоре её рука стала «окостеневшей», слабой. За одну неделю слабость распространилась на ее другую руку и ноги, появились спонтанные «вздрагивания» мышц кисти.

Неврологический статус.

Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели $D \geq S$, зрачки $OD=OS$, фотореакция сохранена. Движениях глазных яблок в стороны, вверх и вниз в полном объеме. При конвергенции – не доводит левое глазное яблоко. Чувствительность на лице и теле сохранена. Лицо симметричное. Язык при высовывании по средней линии, фибрилляции мышц языка. Отмечается умеренная слабость в дистальных отделах конечностей, атрофия мышц руки, фасцикуляции в руках, икрах, гипертонус, гиперрефлексия, двухсторонний симптом Бабинского. Координаторные пробы выполняет неуверенно из-за слабости в конечностях.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,6 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 25%, моноциты – 8,0, базофилы – 0, эозинофилы – 2, тромбоциты – $305 \times 10^9/л$, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, общий билирубин – 13,0 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, АЛТ – 26 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза
2. Поставьте предварительный диагноз

Ситуационная задача 7

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка 22-х лет, доставлена в приемное отделение бригадой СМП с направительным диагнозом ОНМК по ишемическому типу в системе правой ВСА. Жалобы на слабость в левых конечностях больше в руке, которая возникла около 4 часов назад, ей предшествовали зрительные нарушения в правом глазу в виде потемнения и сужения поля зрения. Зрительные нарушения длились около 40 мин и полностью регрессировали. Появившаяся после слабость в левых конечностях то нарастала, то уменьшалась, иногда сопровождалась онемением слева. Онемение описать затрудняется, не уверена, что это было постоянно. Около часа назад началась сильная головная боль в правой половине головы, преимущественно лобно-височной локализации. Что и послужило поводом для вызова СМП. Отмечает раздражающий яркий свет и громкие звуки. Любое движение приводит к усилению головной боли.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей. Работает журналистом.

Аллергию на препараты отрицает. Онкоанамнез – отрицает.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что у бабушки пациентки были мигренозные приступы (характер приступов уточнить затрудняется). У самой пациентки головные боли появились в возрасте 17-ти лет, чаще связанные с менструальным циклом. Мигренозные приступы сейчас частотой 1 раз 2-3 месяца длительностью до 4-5 часов, начинаются со зрительных нарушений и нередко со слабостью в левой руке, с последующим развитием головной боли чаще левосторонней.

Данные физикального обследования.

Кожный покров обычной окраски, нормальной влажности. Аускультативно в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 130/85 мм рт.ст, адаптирована к АД 120/80 мм рт.ст. Пульс – 88 ударов в минуту. Температура тела 36,7 С.

Неврологический статус при поступлении.

В сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Заторможена. Фото-и фонофобия.

Легкая ригидность мышц шеи. Симптомов Кернига, Брудзинского и Бехтерева нет.

Черепные нервы интактны, зрение ориентировочно сохранено.

Мышечный тонус несколько снижен в левых конечностях. Легкий левой сторонний гемипарез с мышечной силой до 4 баллов в ноге и 3,5 баллов в руке. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках $S>D$, коленные и ахилловы рефлексы $S>D$ с расширением рефлексогенных зон. Подошвенный рефлекс слева не вызывается. Патологических рефлексов нет. Рефлексов орального автоматизма нет. Координаторные пробы выполняет с легкой дисметрией слева. Чувствительных нарушений нет.

По ВАШ интенсивность головных болей 8/10.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 140 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $310 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 23 Ед/л, глюкоза – 3,9 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: ЧСС – 88 ударов в минуту. Нормальное расположение ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

МРТ головного мозга: визуализируются единичные гиперинтенсивные (вероятно, сосудистые) очаги до 2 мм в обоих полушариях головного мозга.

Дополнительные сведения.

Пациентка госпитализирована с неврологический стационар. Начата недифференцированная базисная терапия.

Через 3 часа от поступления в клинику: зрительные и чувствительные нарушения полностью регрессировали. Сохраняется легкий парез в левой руке, выявляемый только в пробе на адиадохокinesis, в левой ноге полный объем активных движений. Было однократная рвота при попытке принять таблетированные препараты. Сохраняется выраженная слабость, фото- и фонофобия и гемикрания слева.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Ваша тактика ведения и лечения с указанием групп препаратов?
4. Каковы основные принципы реабилитации? Назовите медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у данного пациента.

Ситуационная задача 8

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка 32-х лет обратилась с жалобами на постоянные «невыносимые» головные боли и потребовала срочно сделать ей МРТ головного мозга и «наконец-то найти ей лечение от мигрени».

Анамнез жизни.

Из анамнеза известно, что она мать 3-их детей, старшему 7 лет, младшему 18 месяцев.

Анамнез заболевания.

Впервые головные боли возникли после первых родов около 7-ми лет назад, тогда же отмечалась послеродовая депрессия по поводу чего она принимала Сертралин. На фоне приема антидепрессанта она чувствовала сильную слабость и самостоятельно отменила препарат спустя 6 мес. После рождения ее третьего сына она отмечает увеличение частоты и интенсивности головных болей до 2-3 раз в неделю длительностью «почти целый день». Боль появляется без каких-либо предвестников или триггерных факторов, однако она отмечает, что приступы обычно учащаются перед месячными или после стрессов. Начинаясь с височных областей, головная боль распространяется на всю голову, сжимает как обручем, длится несколько часов, но во время головной боли больше болит либо правая, либо левая сторона. У нее не было фотофобии, фонофобии или тошноты и рвоты во время приступа. Прием парацетамола 500 мг помогал уменьшить, но полностью не купировал приступ головной боли. Периодически, ложась спать, она продолжает испытывать головную боль, но это не мешает ей заснуть. Ее депрессия определена как умеренная, и хотя она и ее дети хорошо спят всю ночь, она постоянно отмечает выраженную слабость. Ранее она обращалась к неврологам по поводу головной боли, но со слов пациентки «они ничего не понимают в медицине, не желают подтверждать ее мигрени и выписывать ей соответствующие препараты». С ее слов лучше всего ей помогает внутримышечная инъекция реланиума.

Данные физикального обследования.

При осмотре: соматический статус без особенностей. Температура тела – 36,7 °. АД = 120/70 мм рт.ст. Пульс – 86 ударов в минуту.

Неврологический статус.

Отмечается эмоциональная лабильность, акцентуированность пациентки на своем заболевании, депрессивные интонации и мысли.

В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики нет. Напряжения перикраниальных мышц не выявлено, болезненных триггерных точек не выявлено.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 25%, моноциты – 8,0, базофилы - 0, эозинофилы – 2, тромбоциты – 305×10^9 /л, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, общий билирубин – 13,0 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, АЛТ – 26 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: ЧСС – 86 ударов в минуту. Нормальное расположение ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень сердца без видимых изменений. Аорта уплотнена.

Вопросы:

1. Какие методы обследования показаны данной пациентке?
2. Ваш диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите?

Ситуационная задача 9

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациент Д., 34 лет, поступил в клинику в связи с внезапно развившимися головной болью по типу «удара в затылок», повторной рвоты, эпизода утраты сознания с генерализованными тонико-клоническими судорогами.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: до настоящего заболевания был практически здоров, вел активный образ жизни. Периодически отмечал интенсивные пульсирующие боли в правой половине головы, которые купировал отдыхом или приемом анальгетиков.

Данные физикального обследования.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. АД 140/80 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДЦ 18 в минуту.

Неврологический статус.

Возбужден, неадекватен, держится руками за голову. Симптомы Бехтерева и Мондонези с двух сторон, грубая ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига. Зрачки равны, фотореакция сохранна. Глазодвигательных нарушений нет. Корнеальные рефлексы симметричны. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы с рук живые, D=S, коленные рефлексы угнетены. Двусторонний симптом Бабинского.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 21 Ед/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 98 %, протромбиновое время – 16 сек, тромбиновое время – 19 сек, фибриноген – 4,0 г/л.

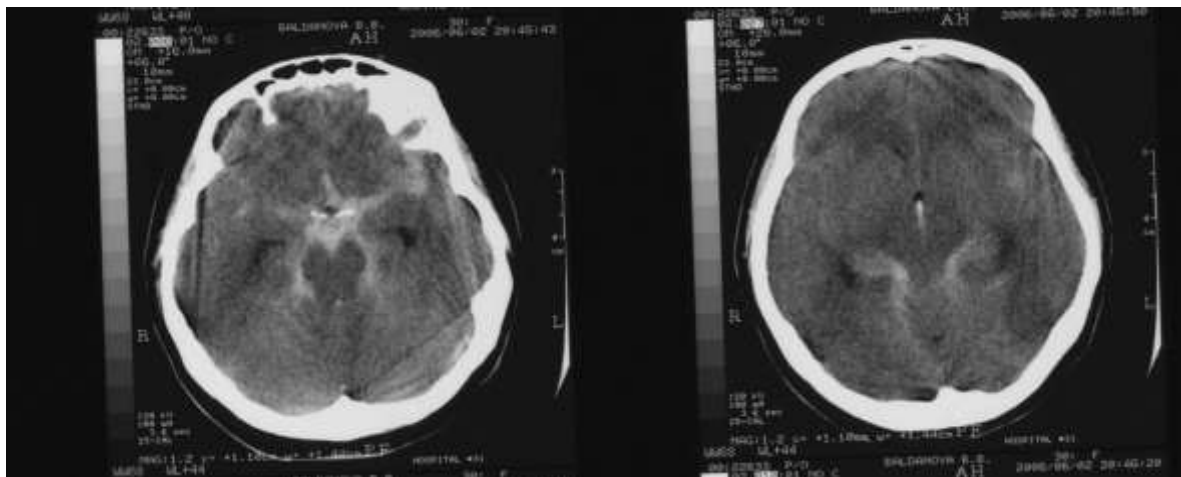
Данные инструментальных исследований.

ЭХО ЭС: ЭХО ЭС: MS=MD=Tr=72MM. Ширина III желудочка = 6мм. Смещения срединных структур мозга нет.

Анализ спинномозговой жидкости: Спинномозговая жидкость интенсивно окрашена кровью, вытекает под повышенным давлением крупными каплями. После центрифугирования в осадке цитоз 1050/3 преимущественно эритроциты, белок 0,1%.

ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС 64 в минуту.

МРТ головного мозга: рисунок представлен ниже.



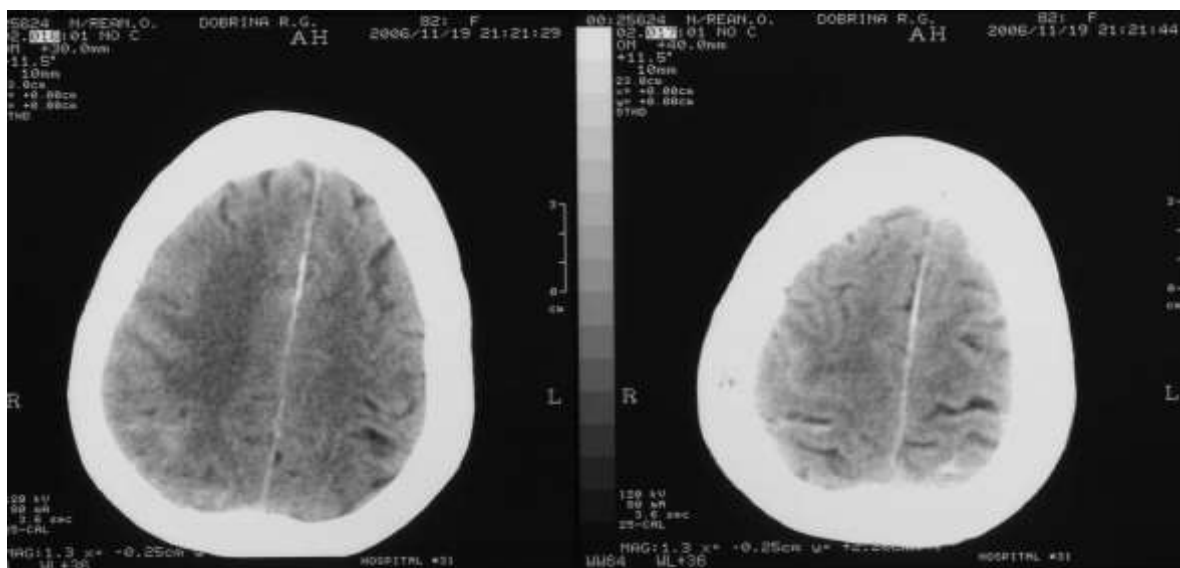


Рис. Больной Д., 34 лет

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова предположительная причина кровоизлияния?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить клинический диагноз и уточнить наличие аневризмы у пациента?
4. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика неотложной помощи пациенту?

Ситуационная задача 10

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациент П.М., 35 лет обратился на консультацию к epileптологу по поводу приступов потери сознания с судорогами.

Анамнез жизни.

Отягощенный онкологический, сосудистый анамнез – отрицает. Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. Регулярно употребляет алкоголь.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что около месяца назад госпитализирован в стационар по поводу серии судорожных приступов с прикусом языка, уриацией. Со слов, около 3 месяцев назад, проснулся с прикушенным языком и следами крови на подушке, отмечалась мышечная боль. Достоверных анамнестических указаний на наличие иных приступов эпилептического характера при сборе анамнеза не выявлено.

При дополнительном расспросе выяснено, что пациент за несколько дней до приступов употреблял спиртные напитки.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров физиологической окраски, повышенной влажности. Отечность лица. Нормального телосложения, умеренного питания. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД = 110/65 мм рт.ст.

Неврологический статус.

На момент осмотра общемозговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели D=S, зрачки OD=OS, фотореакция снижена. Движения глазных яблок в полном объеме. Чувствительность на лице не изменена. Лицо симметрично. Установочный нистагм при взгляде в стороны. Дисфагии, дисфонии, дизартрии нет. Язык по средней линии. Сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, средней живости. Чувствительность на теле и конечностях сохранена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Однако выявляется ремор вытянутых пальцев рук. Отмечается повышенная потливость, гипергидроз ладоней, стоп.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,6 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $290 \times 10^9/л$, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,4 ммоль/л, АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 21 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 98 %, протромбиновое время – 16 сек, тромбиновое время – 18 сек, фибриноген – 4,0 г/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга – признаки энцефалопатии.

ЭЭГ – диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эпиактивности не выявлено.

Дополнительно: Выписан с диагнозом: Эписиндром. Рекомендован постоянный прием Карбамазепина в дозировке 400 мг/сутки (200 мг – 2 раза в день).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Корректен ли диагноз, выставленный в стационаре?
3. Тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 11

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациентка Т.Л., 75 лет обратилась на консультацию к эпилептологу по поводу приступов потери сознания.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что в течение последних 2-х лет отмечается несистемное головокружение, усиливающееся при поворотах и запрокидывании головы. За прошедший год 2 эпизода потери сознания без судорог, урикации, прикуса языка. Перед приступом ощущает тошноту, головокружение. Сосудистая и ноотропная терапия не назначалась. Достоверных анамнестических указаний на наличие иных приступов эпилептического характера при сборе анамнеза не выявлено.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров физиологической окраски, нормальной влажности. Нормального телосложения, повышенного питания. Аускультативно в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 68 ударов в минуту. АД = 125/70 мм рт.ст.

Неврологический статус.

Из общемозговой симптоматики – головокружение несистемного характера. Менингеальных знаков нет.

При ориентировочном исследовании гемианопсии не выявлено. Глазные щели D=S, зрачки OD=OS, фотореакция снижена. Движениях глазных яблок в полном объеме. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Глотание сохранено. Дисфонии, дизартрии нет. Язык по средней линии. Сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус сохранен. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости, справа чуть выше. Чувствительность на теле и конечностях не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови и мочи – без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, мочевины – 4,9 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, холестерин – 5,7 ммоль/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 28 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: признаки дисциркуляторной энцефалопатии.

ЭЭГ: выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Эпиактивности не выявлено. Косвенные признаки ВБН.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы дополнительного обследования.
3. Основные принципы лечения

Ситуационная задача 12

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина 35-ти лет обратился в клинику с жалобами на сильные головные боли, возникающие рано утром, во сне, от этих болей просыпается и уже уснуть не может. Боли чаще в правой половине лица и головы, реже слева. Боли непостоянные, длительностью до 25 мин с короткими перерывами, до 8 в серию

Анамнез жизни.

Работает на руководящей должности, рабочий день ненормированный, часто работает до глубокой ночи и в выходные дни.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что подобные боли отмечались 5 лет назад, длились 3 дня, принимал ибупрофен в больших дозах, невролог прописал «какие-то капельницы», боли прекратились и длительное время не беспокоили. В детстве и юношестве головные боли не беспокоили. У родителей таких головных болей не отмечалось.

Последнее обострение 3 дня назад, когда около 4-х утра проснулся от нестерпимой головной боли в области правого глаза и виска, с покраснением конъюнктивы, отеком верхнего века, со слезотечением, покраснением височной области. Боль высокой интенсивности, метался по квартире. Пытался принять 2 таб. Ибупрофена 400 мг. Интенсивность боли не уменьшалась, была однократная рвота. Жена сделала укол диклофенака – без эффекта. В момент приступа головной боли очень раздражителен, кричит на всех, кто находится рядом. Боль длилась около 5-ти часов и внезапно прошла. В этот день работать было трудно из-за выраженной слабости и невозможности сосредоточиться. В день обращения головная боль повторилась прежней интенсивности.

Последние 3 года язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Сейчас вне обострения. Сотрясение головного мозга 10 лет назад.

Данные физикального обследования.

При осмотре: соматический статус без особенностей. Температура тела – 36,6 °. АД = 120/70 мм рт.ст. Пульс – 84 ударов в минуту.

Неврологический статус.

В сознании, контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Эмоционально лабилен, раздражен. Менингеальных симптомов нет.

Покраснение правого глаза, отечность правого верхнего века, легкая анизокория D<S, фотореакция сохранена. Зрение ориентировочно сохранено. Нарушений обоняния и вкуса нет. Легкая гиперестезия в правой височной области. Лицо симметрично.

Слух сохранен, нистагма нет. Глотание и фонация не нарушены.

Парезов конечностей нет. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, равномерные, коленные рефлексы с расширением рефлексогенных зон, без разницы сторон. Патологических рефлексов нет. Рефлексов орального автоматизма нет. Координаторные пробы выполняет с легкой дисметрией. Тремор пальцев вытянутых рук. Чувствительных нарушений нет.

Напряжение мышц надплечий. Сглаженность шейного лордоза. Болезненность паравerteбральных точек, больше справа.

По ВАШ интенсивность головных болей 10/10.

Данные лабораторных исследований.

В общем и биохимическом анализе крови – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: патологии вещества головного мозга не выявлено. Отмечаются незначительная асимметрия боковых желудочков и наружная гидроцефалия.

ЭЭГ – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции стволовых структур, преимущественно каудальных отделов. В затылочных отведениях регистрируются единичные острые волны без четкой латерализации.

Вопросы:

1. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
2. Предварительный диагноз и прогноз заболевания?
3. Тактика ведения и лечения (группы препаратов)?

Ситуационная задача 13

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная П., 73 лет, поступила в клинику по поводу остро развившихся нарушений речи и неадекватности поведения (суетлива, возбуждена, не понимает обращенную речь).

Накануне госпитализации была найдена родственниками на даче с вышеописанной симптоматикой.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Аллергию на лекарства – отрицает.

Анамнез заболевания.

В анамнезе у пациентки артериальная гипертензия с подъемами АД до 220/110 мм рт.ст., ИБС, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения II степени.

Данные физикального обследования.

При поступлении у больной выявлен пароксизм мерцательной аритмии, ЧСС 120-128 в минуту, АД 190/100 мм рт.ст. Аускультативно на сосудах шеи шумов не выявлено.

Неврологический статус

Больная в сознании, возбуждена. Адекватному речевому контакту не доступна. Обращенную речь не понимает, на вопросы не отвечает, устные инструкции не выполняет, грубое отчуждение

смысла слова, вербальные парафазии. Спонтанная речь по типу «словесной окрошки». Чтение, письмо, счет в состоянии распада. Скуловой симптом Бехтерева слева. Снижен правый корнеальный рефлекс. Легкий парез мимических мышц по центральному типу справа. Парезов нет. Оживление сухожильных рефлексов справа. Рефлекс Бабинского справа, Россолимо с двух сторон. Выражены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный).

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологии.

Биохимический анализ крови: мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 120-128 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Данных за стенозы магистральных артерий головы нет.

ЭХО-КГ: тромботические массы в полости правого предсердия, дискинезия межжелудочковой перегородки, гипертрофия миокарда левого желудочка.

МРТ головного мозга: представлен на рисунке 1.

ЭЭГ: представлена на рис.2.

Трёхмерная локализация источников ЭЭГ: представлен на рис.3.

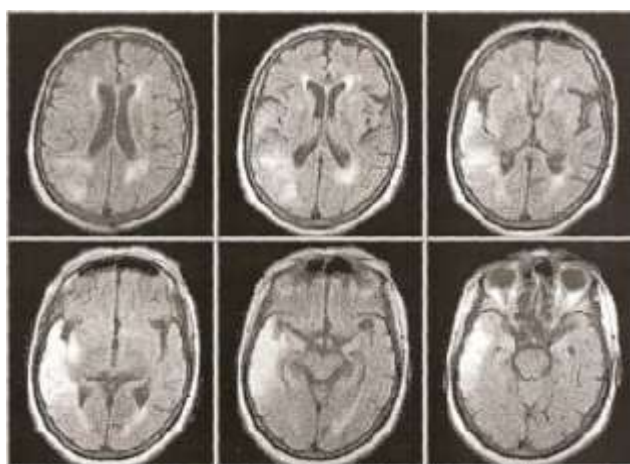


Рис. 1. МРТ (Больная П., 73 года).

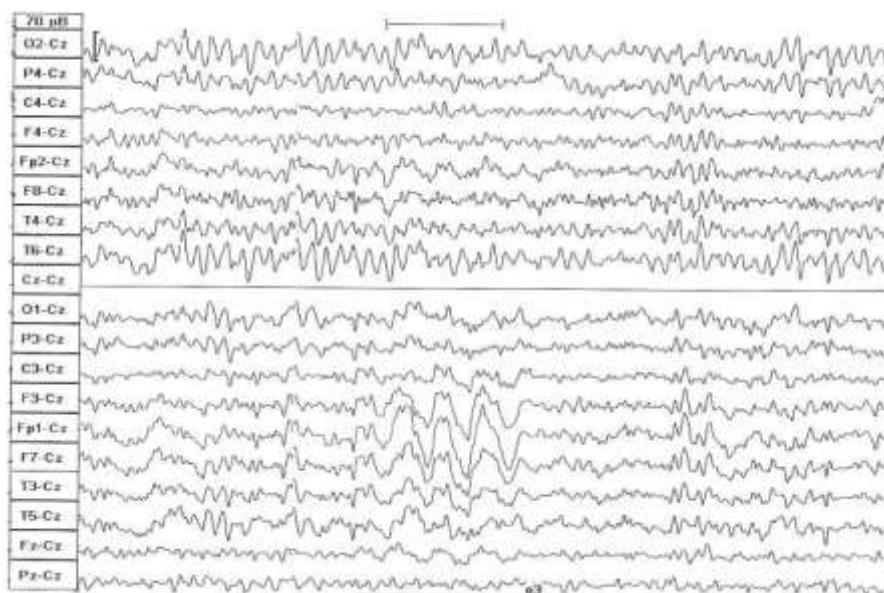


Рис. 2. ЭЭГ (Больная П., 73 года).

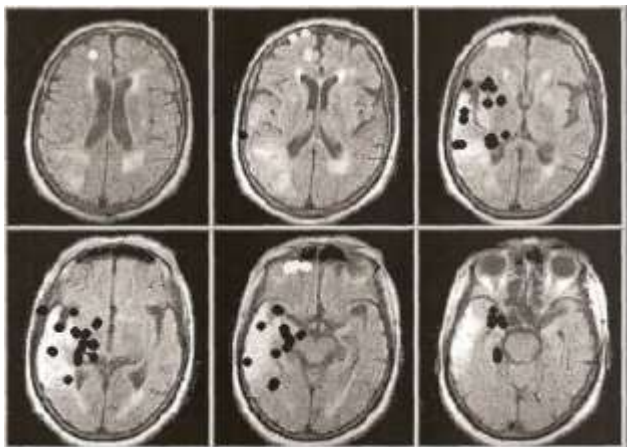


Рис. 3. Данные трёхмерной локализации источников дельта-очага (чёрные точки) и лобных вспышек (белые точки): несовпадение зон генерации (Больная П., 73 года).

Вопросы:

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Каков патогенетический вариант инсульта?
3. Какова предположительная локализация очага поражения?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
5. Что выявлено при МРТ головного мозга (Рис. 1)?
6. Какие изменения регистрируются на ЭЭГ (Рис. 2) больного и при трехмерной локализации источников ЭЭГ (Рис. 3)?
7. Сформулируйте клинический диагноз.
8. Какова тактика ведения больного?

Ситуационная задача 14

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная Л., 68 лет, поступила в клинику по поводу остро развившейся слабости в левых конечностях. Симптоматика развилась внезапно на фоне повышения АД до 230/120 мм рт.ст., при «рабочем» 150/90 мм рт.ст.

Анамнез жизни.

Отягощен по сосудистому анамнезу – у сестры был инсульт, у брата – инфаркт миокарда. Аллергию на лекарства – отрицает.

Анамнез заболевания.

Пациентка длительное время страдала артериальной гипертензией кризового течения, с подъемами АД до 220-240/100-120 мм рт.ст., систематически не лечилась, а также инсулин-независимым сахарным диабетом.

Данные физикального обследования.

При поступлении у больной АД 230/110 мм рт.ст., пульс 80 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается.

Неврологический статус.

Больная в сознании. Менингеального синдрома нет. Речевых нарушений нет. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов в руке и легкой пирамидной недостаточностью в ноге, умеренным повышением мышечного тонуса по спастическому типу, сухожильной гиперрефлексией. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет.

Грубые рефлексы орального автоматизма (хоботковый, мандибулярный, ладонно-подбородочный).

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 125 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 21%, моноциты – 8,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 340×10^9 /л, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, мочевины – 5,7 ммоль/л, креатинин – 79 мкмоль/л, общий билирубин – 13,0 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, АЛТ – 21 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 3,90 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,1 г/л.

Данные инструментальных исследований.

Суточное мониторирование АД: выявило постоянно повышенное АД с колебаниями в течение суток от 160/90 до 210/120 мм рт.ст. Максимальное повышение АД зарегистрировано преимущественно в ранние утренние часы.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 80 в мин, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Данных за стенозы магистральных артерий головы нет.

ЭЭГ: представлен на рисунке 1.

Трёхмерная локализация источников ЭЭГ: представлена на рис.2.

МРТ: представлен на рис.3.



Рис. 1. ЭЭГ (больная Л., 68 лет)

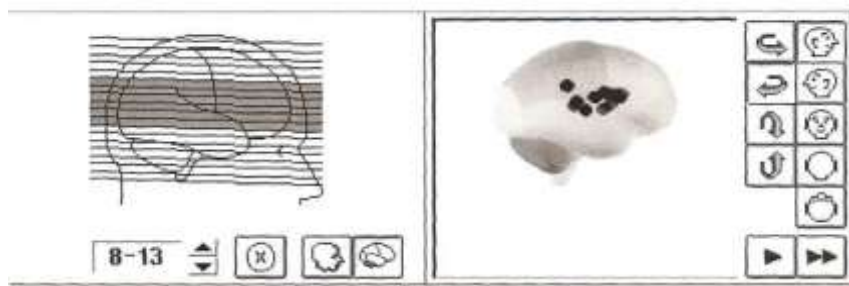


Рис. 2. Трёхмерная локализация источников ЭЭГ.

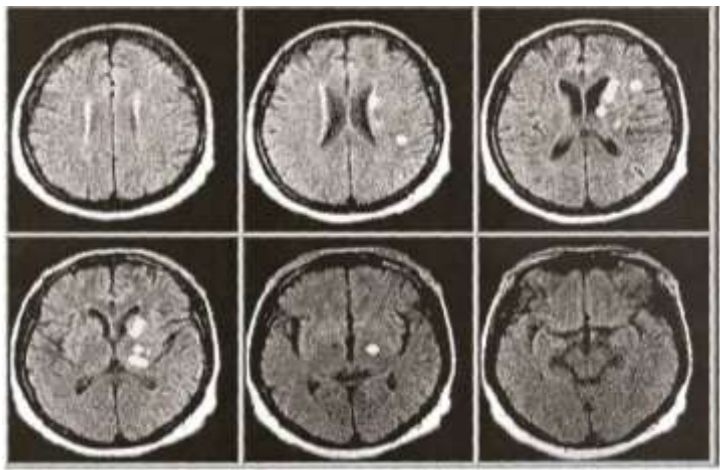


Рис. 3. МРТ головного мозга

Вопросы:

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Каков патогенетический вариант инсульта?
3. Какова предположительная локализация очага поражения?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
5. Какие изменения выявляются по данным МРТ головного мозга (рис. 1)?
6. Какие изменения биоэлектрической активности головного мозга выявляются на ЭЭГ (рис. 2)?
7. Расшифруйте данные трехмерной локализации источников очаговой активности у больной (рис. 3).
8. Сформулируйте клинический диагноз.
9. Какова тактика ведения больной?

Ситуационная задача 15

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

У больного С., 62 лет, в травматологическом пункте, где ему проводилось снятие гипса по поводу перелома правой пястной кости, остро развились нарушения речи, слабость в правой руке, спустя 20 минут в правой ноге. Двигательные нарушения максимально выросли в течение часа.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Аллергия – на витамины группы В.

Анамнез заболевания.

В анамнезе у пациента умеренная артериальная гипертензия, синдром перемежающейся хромоты. 5 лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. В течение последнего года имели место три эпизода быстро проходящей слабости в правых конечностях.

Данные физикального обследования.

При поступлении у больного АД 160/90 мм рт.ст., Ps 76 в мин, ритм сердца правильный. Аускультативно слева над проекцией внутренней сонной артерии выслушивается систолический шум. Снижена пульсация на обеих а. dorsalis pedis.

Неврологический статус.

Больной в ясном сознании. Скуловой симптом Бехтерева слева. Спонтанная речь затруднена, малопонятна. Обращенную речь понимает не в полном объеме, выполняет только простые инструкции. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному

типу справа. Язык девирует вправо. Оральная апраксия. Легкий правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3,5-4 баллов. Сухожильная гиперрефлексия справа. Гемигипестезия справа. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлексы орального автоматизма.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нb – 126 г/л, эритроциты – $5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,1 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 21%, моноциты – 8,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $330 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, креатинин – 79 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 9,1 ммоль/л, АЛТ – 21 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, ЛПНП – 7,0 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л,

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,1 г/л.

Данные инструментальных исследований.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 76 в мин, диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Стеноз левой внутренней сонной артерии до 75%.

ЭХО-КГ: постинфарктные изменения переднебоковой стенки левого желудочка, тромботических масс в полости сердца не определяется.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

Транскраниальная доплерография: представлена на рис.2.

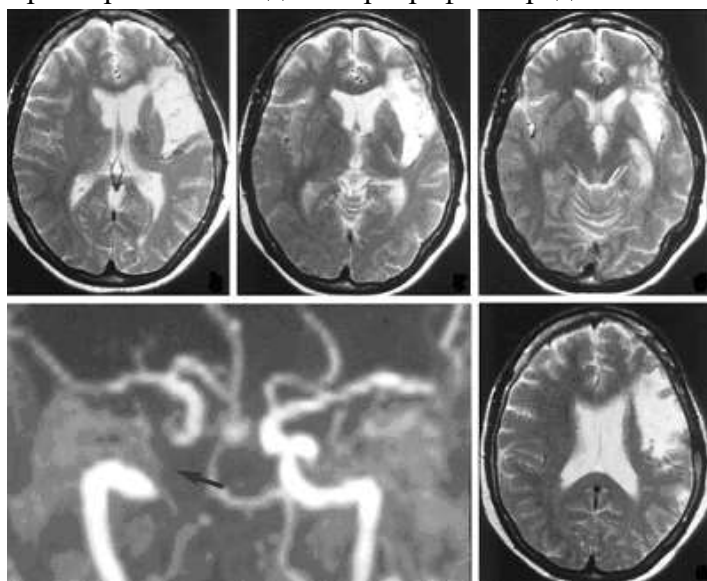
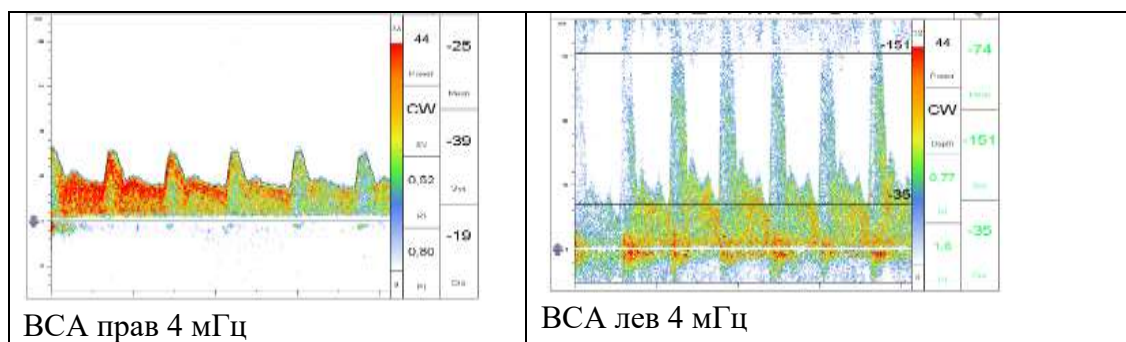
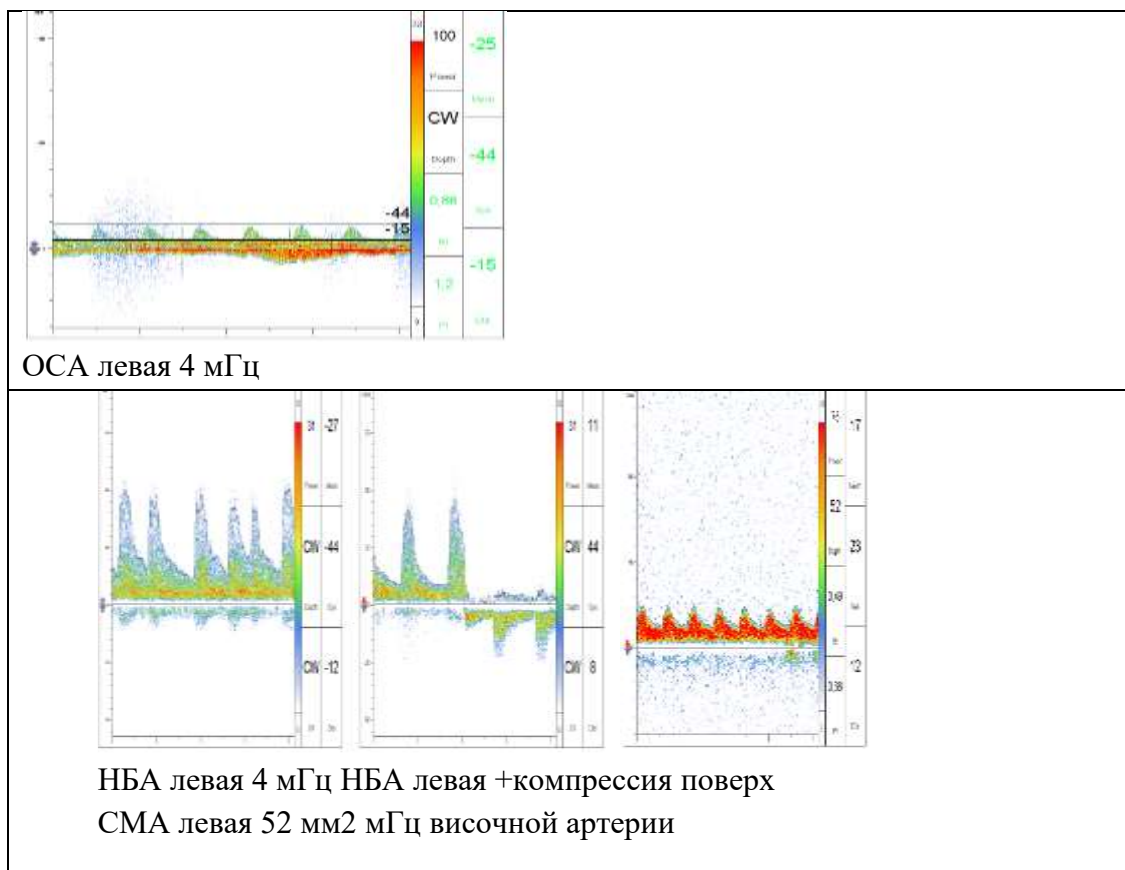


Рисунок 1. Больной С., 62 г. МРТ-исследование: аксиальные T2-взвешенные изображения и магнитно-резонансная ангиография. Стрелкой указан стеноз левой внутренней сонной артерии.





сосуд	Vs	Vm	Vd	RI	PI
Общая сонная артерия, слева	-44	-25	-15	0.66	1.2
Внутренняя сонная артерия, справа	-39	-25	-19	0.52	0.80
Внутренняя сонная артерия, слева	-151	-74	-35	0.77	1.6
Надблоковая артерия, слева	-27	-44	-12		
Средняя мозговая артерия, слева	23	17	12	0.49	0.68

ОСА – резкое снижение кровотока

ВСА – усиление ЛСК свыше 150см/с (поток стеноза)

НБА – ретроградный кровоток, инверсия на антеградный при компрессии поверхностной височной артерии

СМА – дефицит потока

Субтотальный стеноз левой ВСА в области устья свыше 70 %.

Рисунок 2. ТКДГ

Вопросы:

1. Каков патогенетический вариант инсульта?
2. Какова предположительная локализация очага поражения?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
4. Какие изменения выявляются на МРТ головного мозга и МР-ангиографии (рис.1)?
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика ведения больного?

Ситуационная задача 16

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Р. 43 лет, поступил в клинику в связи с внезапно развившейся головной болью, слабостью в правых конечностях, спустя несколько минут – утратой сознания.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: артериальная гипертензия с подъемами АД до 200/110 мм рт.ст. по поводу чего систематически не лечился, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь.

Данные физикального обследования.

При поступлении: состояние крайне тяжелое, повышенного питания. Выраженные гиперемия и «сальность» лица, инъекция склер. АД 190/120 мм рт.ст., Ps 56 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание с периодами апноэ до 5–7' (по типу Чейн-Стокса), ЧДД 32 в минуту.

Неврологический статус.

Сопор, на осмотр реагирует гримасой боли. Симптомы Бехтерева, Кернига слева, ригидность затылочных мышц. Анизокория ($S > D$). Фотореакция вялая. При проведении окулоцефалических проб – ограничение взора вправо. Снижен правый корнеальный рефлекс. Сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, при дыхании «парусит» правая щека. правая стопа ротирована кнаружи, мышечный тонус и сухожильные рефлексы в правых конечностях снижены. Периодически в ответ на раздражения, иногда спонтанно, возникают экстензорные тонические судороги в конечностях.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 380×10^9 /л, СОЭ – 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 114,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,2 г/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлена на рис.1.

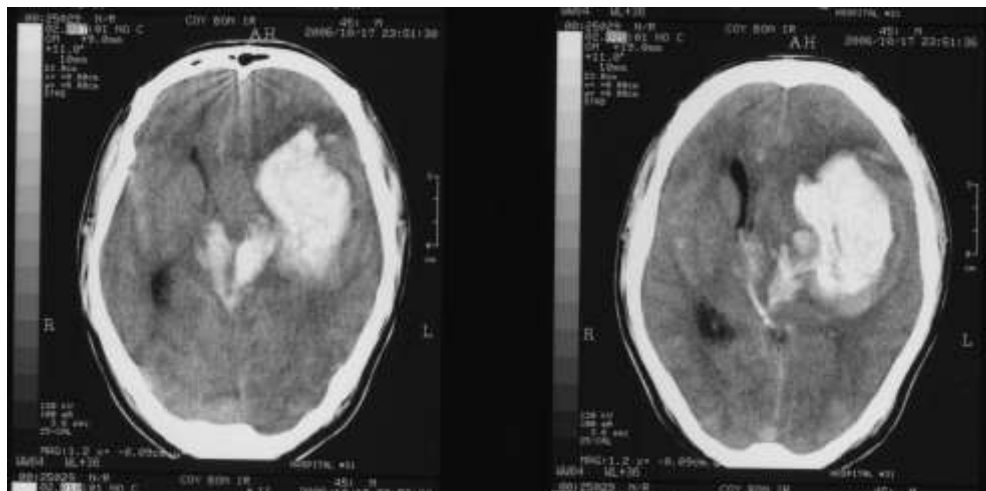


Рис. 1 (Больной Р. 43 лет)

Вопросы:

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Какова предположительная локализация гематомы, обоснуйте ответ.
3. Как объяснить экстензорные тонические судороги в конечностях, возникшие у больного?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию инсульта?
5. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
6. Сформулируйте клинический диагноз.
7. Какова тактика неотложной помощи пациенту? Показана ли консультация нейрохирурга?

Ситуационная задача 17

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной В. 53 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи в связи с остро развившейся головной болью, головокружением, рвотой, слабостью в левых конечностях.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Ведет активный образ жизни.

Аллергия – на антибиотики пенициллинового ряда.

Анамнез заболевания.

В анамнезе: артериальная гипертензия с кризовыми подъемами АД до 220/120 мм рт.ст., головные боли. До настоящего заболевания вел активный образ жизни. Вечером после психоэмоционального напряжения, на фоне подъема артериального давления развилась вышеописанная симптоматика.

Данные физикального обследования.

При поступлении: Состояние тяжелое. Лицо гиперемировано. АД 220/120 мм рт.ст., Ps 70 в минуту, ритмичный, ЧДД 18 в минуту.

Неврологический статус.

Пациент в легком оглушении. Симптом Бехтерева слева, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Зрачки равны, фотореакция живая. Поворот головы и глазных яблок вправо. Ограничение зрения влево. Снижен левый корнеальный рефлекс. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Глубокий левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 1-го балла в руке и 2-х баллов в ноге со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексам. Снижение всех видов чувствительности слева.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 109 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,5 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $370 \times 10^9/л$, СОЭ – 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 113,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 4,2 г/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

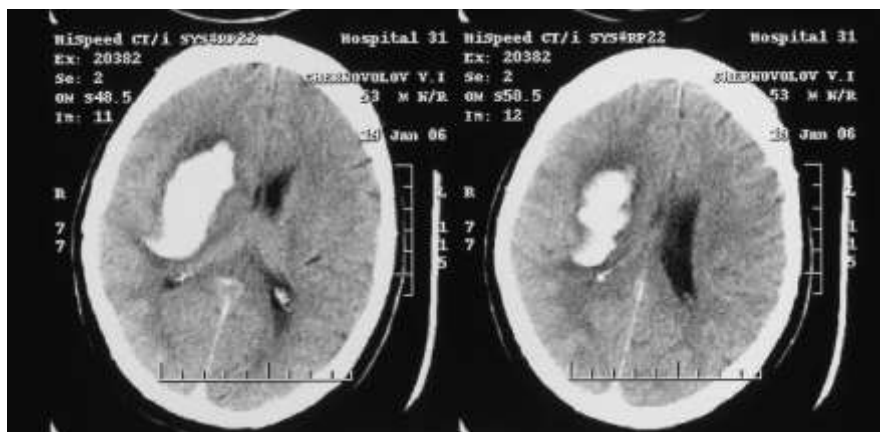


Рис. 1 (Больной В. 53 лет)

Вопросы:

1. Предположительный характер инсульта?
2. Какова основная причина кровоизлияния у больного?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию инсульта?
4. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика неотложной помощи пациенту? Показана ли консультация нейрохирурга?

Ситуационная задача 18

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Ж., 25 лет поступил в клинику с жалобами на сильную головную боль, тошноту, повторную рвоту, светобоязнь.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Из анамнеза известно, что пациент болен в течение 10 дней. Заболевание сопровождалось назофарингитом. К врачу не обращался, лечился дома. Накануне госпитализации появилась резкая головная боль, тошнота, повторная рвота, повышение температуры тела до 39,5°C.

Данные физикального обследования.

Объективно: состояние тяжелое, кожный покров бледный. Нормального телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 ударов в минуту. АД = 120/70 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: положительные симптомы Бехтерева и Мондонеи с 2-х сторон. Выражена ригидность мышц шеи. Симптом Кернига резко положительный с 2-х сторон.

Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $13 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 86%, лимфоциты – 13%, моноциты – 12,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $320 \times 10^9/л$, СОЭ – 40 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Данные инструментальных исследований.

При люмбальной пункции ликвор мутный, белесый, вытекает под повышенным давлением.

Цитоз 15000/3. Содержание глюкозы и белка незначительно снижено. Проба на фибриновую пленку отрицательная. При бактериоскопии обнаружен диплококк.

Вопросы:

1. Какие симптомы выявлены в неврологическом статусе у пациента?
2. О чем свидетельствуют изменения ликвора?
3. Предположительный диагноз.
4. Возможные осложнения заболевания.
5. Тактика неотложной помощи пациенту.

Ситуационная задача 19

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная З., 68 лет поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, утомляемость, потливость, снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,7° С.

Анамнез жизни.

Отягощенность по онкологии, сосудистому анамнезу – отрицает.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Считает себя больной в течение 3–4 недель.

Данные физикального обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Кахексия. ЧСС – 90 ударов в минуту. АД = 100/60 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Умеренная ригидность мышц шеи.

ЧМН – без патологии.

Парезов нет. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, без видимой разницы стороны. Патологических стопных знаков нет. Чувствительность на теле и конечностях сохранена. Координаторные пробы выполняет с легкой интенцией у цели с 2-х сторон.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $14 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 87%, лимфоциты – 12%, моноциты – 12,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $318 \times 10^9/л$, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Данные инструментальных исследований.

При люмбальной пункции: СМЖ опалесцирует. Цитоз 600/3 (преимущественно за счет лимфоцитов). Содержание белка 3 г/л., глюкозы – 0,2 л. При отстаивании СМЖ образуется нежная фибриновая пленка.

Вопросы:

1. О чем говорят изменения в СМЖ?
2. Каков клинический диагноз?
3. Какого специфического лечение данного заболевания?

Ситуационная задача 20

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Т., 45 лет поступил в клинику с жалобами на головную боль, болезненность при движении глазных яблок, боль в мышцах, сонливость.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Работает экономистом.

Аллергию на препараты – отрицает.

Анамнез заболевания.

Около недели назад перенес грипп, через 5 дней после заболевания вновь появилось повышение температуры тела до 38,5°, головная боль, рвота, головокружение.

Данные физикального обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. ЧСС – 90 ударов в минуту. АД = 100/65 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: отмечается умеренный менингеальный синдром, правосторонняя пирамидная недостаточность в виде гемипареза со снижением мышечной силы до 4-х баллов. Симптом Бабинского справа.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови отмечается лимфоцитозный лейкоцитоз.

В биохимическом анализе крови и анализе мочи – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

При люмбальной пункции СМЖ вытекает под повышенным давлением, цитоз 8/3 (лимфоциты). Содержание белка и глюкозы не изменено.

Вопросы:

1. О каком осложнении гриппа следует думать в данном случае?
2. Какими дополнительными методами можно подтвердить диагноз?
3. Каковы основные направления терапии подобных состояний?

Ситуационная задача 21

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Д., 30 лет, жалуется на слабость в руках и ногах, трудности при ходьбе, осиплость голоса.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Ведет активный образ жизни. Работает инструктором в фитнес-центре.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Ухудшение настоящего состояния последние 2 недели, когда после ОРВИ отметил онемение и чувство жжения в стопах, стала нарастать слабость в ногах. Через несколько дней слабость резко усилилась, стал с трудом передвигаться по комнате, отметил слабость в руках, осиплость голоса. Был госпитализирован.

Данные физикального обследования.

При поступлении общее состояние средней тяжести, телосложение правильное, кожные покровы чистые, отмечается пастозность кистей и стоп. В легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы, число дыханий 32 в мин., пульс 84 уд/мин, АД 140/80 мм рт.ст.

Неврологический статус

В неврологическом статусе выявляется тетрапарез с низким мышечным тонусом до 2-х баллов в ногах и 3-4-х баллов в руках, особенно выраженный в дистальных отделах. Сухожильные рефлексы не вызываются. Гиперестезия на стопах, поверхностная чувствительность снижена по полиневритическому типу.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови и мочи: Нб – 130 г/л, эритроциты – $5,06 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 28%, моноциты – 11,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 415×10^9 /л, СОЭ – 28 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза №1 – 5,8 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ: патологических изменений в костях черепа и веществе головного мозга не обнаружено. Имеет место катаральный левосторонний гайморит.

ЭНМГ: выявлены признаки демиелинизирующей полинейроадикулопатии в нервах языка, верхних и, особенно, нижних конечностей, а также признаки невралгической денервации в мышцах кистей и стоп (рис.1)

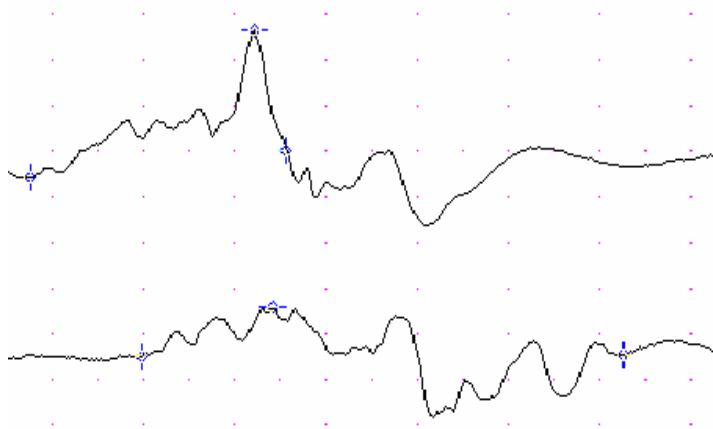


Рис. 1. Стимуляционная ЭНМГ, n. medianus dext. Б-ной Д., 30 лет.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Какие симптомы дали основание для постановки диагноза?
3. Каким методом можно подтвердить диагноз?
4. Тактика ведения пациента?
5. Каков прогноз заболевания в данном случае?

Ситуационная задача 22

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Л., 41 года, доставлен в стационар после ДТП, в крайне тяжелом состоянии.

Анамнез жизни.

Не известен.

Анамнез заболевания (собран со слов врачей бригады СМП)

Сбит машиной, в момент аварии переходил дорогу в неустановленном месте, находясь в состоянии алкогольного опьянения.

Данные физикального обследования.

При осмотре: множественные ссадины и ушибы на голове. Крепитация костей черепа, выделение кровянистой жидкости из ушей. Повреждений со стороны внутренних органов не выявлено. АД 90/60, пульс 56 уд в мин.

Неврологический статус.

Пациент контакту не доступен. Болевое раздражение вызывает лишь беспорядочные, нецеленаправленные движения. Дыхание неравномерное: периоды гипервентиляции, во время которых частота дыхания сначала нарастает, затем убывает, сменяются периодами апноэ. Зрачки средней ширины, Фотореакции вялые. Легкое расходящееся косоглазие с двух сторон. Мышечный тонус диффузно снижен. Симптом Боголепова слева. Сухожильные рефлексы слева выше, двусторонний симптом Бабинского.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нb – 101 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 350×10^9 /л, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л, общий билирубин – 12,0 мкмоль/л, АЛТ – 40 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1

Рентгенография черепа: представлена на рис.2.

ЭЭГ: представлен на рис.3.

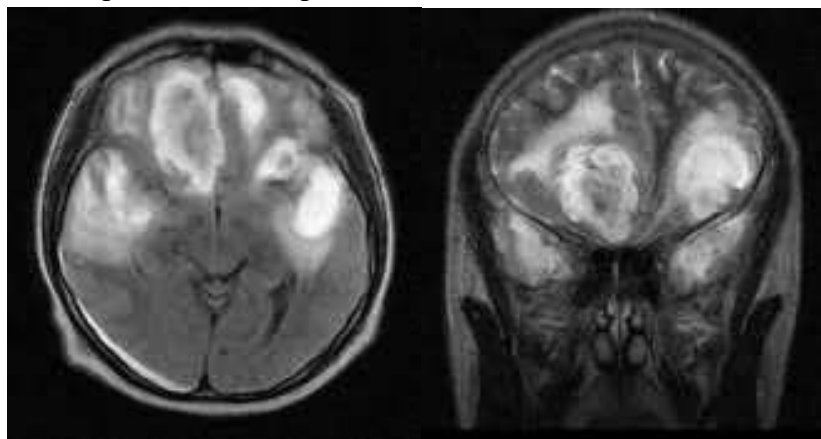


Рис 1. МРТ. Больной Л., 41 год.



Рис. 2. Рентгенография черепа. Больной Л., 41 год.

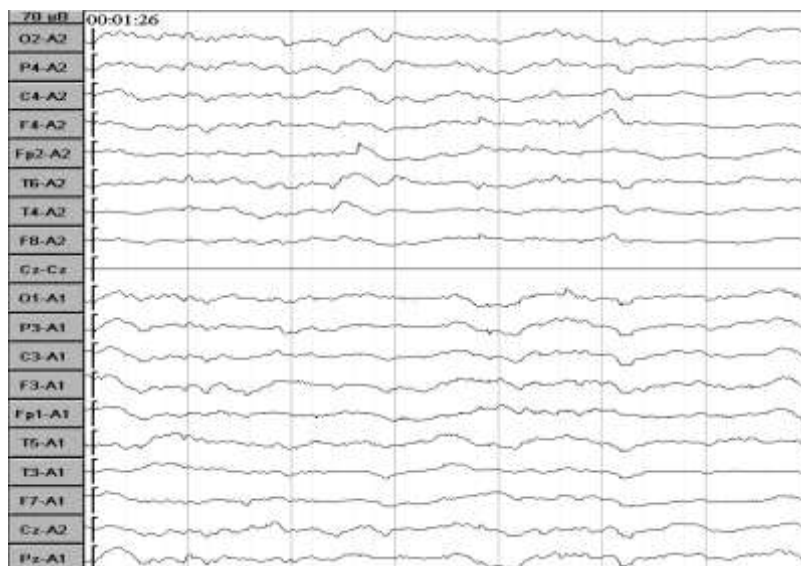


Рис. 3.ЭЭГ. Больной Л. , 41 год.

Дополнительно.

Пациент консультирован нейрохирургом, произведена операция.

В течение 3-х недель пациент находился в реанимационном отделении на аппарате искусственного дыхания. Затем пациента удалось отключить от аппарата и перевести на самостоятельное дыхание. У него восстановился ритм смены сна и бодрствования, днем пациент периодически лежит с открытыми глазами, ночью спит. Постепенно пациент начал самостоятельно глотать полужидкую пищу, стало возможно кормление без зонда.

В неврологическом статусе: полное отсутствие контакта с больным, пациент не реагирует ни на какие раздражители, не фиксирует взгляд, полностью отсутствуют признаки познавательной деятельности. Зрачки равны, фотореакции сохранены, окулоцефалические рефлексы сохранены. Глоточный рефлекс вызывается. Спастический тетрапарез. Дальнейшее наблюдение за пациентом не выявляло динамики неврологического и психического статуса.

Вопросы:

1. Характер травмы?
2. Как называется тип дыхания, наблюдавшийся у больного, о поражении каких структур свидетельствует такое дыхание?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию патологического процесса?
4. Какие изменения выявляются по данным МРТ головного мозга (рис. 1) и рентгенографии черепа (рис. 2)? Какие изменения выявляются по данным ЭЭГ (рис. 3)?
5. Сформулируйте клинический диагноз.

Ситуационная задача 23

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 30 лет.

Анамнез жизни.

Не известен.

Анамнез заболевания (собран со слов очевидцев).

Упала с высоты 3 метра. Очевидцы наблюдали, как пациент ударился головой.

Данные физикального обследования.

Травматические повреждения грудной клетки и конечностей отсутствуют. АД – 100/60 мм рт.ст. Пульс – 86 у даров в минуту. ЧДД – 16 в минуту.

Неврологический статус.

Спутанность сознания. Контакт не доступен. Левосторонняя пирамидная недостаточность. Симптом Бабинского слева. Оценить чувствительность и координацию не предоставляется возможным из-за тяжести состояния больного.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 102 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы – 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 23 мм/час.

Общий анализ мочи – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.



Рис. 1. КТ головного мозга

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Ситуационная задача 24

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 70 лет. Жалуется на нарушение зрения, шаткость и неустойчивость при ходьбе.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергия – на каптоприл (отек лица).

Анамнез заболевания.

Длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом цифр АД до 180/100 мм рт.ст., адаптирован к АД – 130/80 мм рт.ст. Гипотензивную терапию принимает постоянно.

В анамнезе: ИБС, мерцательная аритмия.

Ухудшение состояния возникло утром, когда отметил острое ухудшение зрения, появление головной боли. В связи с сохранением симптоматики родственниками вызвана бригада СМП, госпитализирован в приемное отделение больницы.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный, нормальной влажности. Нормального телосложения, умеренного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм неправильный. ЧСС – 74 ударов в минуту. АД = 140/80 мм рт.ст.

Неврологический статус.

На момент осмотра общемозговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

При ориентировочном исследовании выявляется правосторонняя гомонимная гемианопсия.

Лицо симметрично. Бульбарных нарушений не выявлено.

Парезов нет. Чувствительность на теле и конечностях не изменена. Координаторные пробы выполняет с легкой атаксией справа, слева – удовлетворительно. В позе Ромберга – неустойчив. Зрительная агнозия, метаморфопсия, алексия.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови и мочи – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.

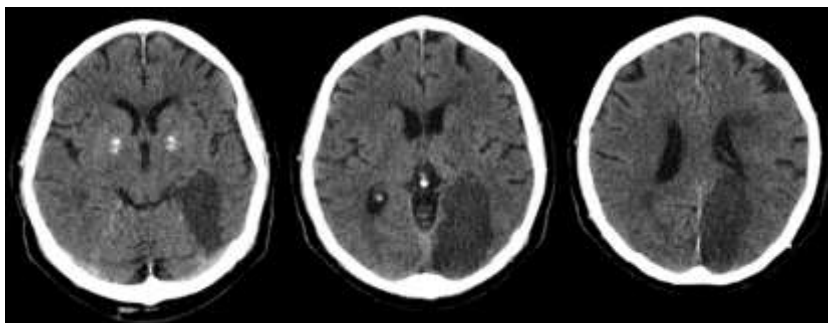


Рис.1 КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Ситуационная задача 25

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 55 лет. Жалуется на диффузную головную боль, тошноту.

Анамнез жизни.

В анамнезе – злоупотребление алкоголем.

Анамнез заболевания.

Ухудшение состояния отмечает последние 2 недели, когда появились вышеперечисленные симптомы. Травму головного мозга пациент отрицает.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный. Гипостенического телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС – 74 ударов в минуту. АД = 130/75 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: спутанность сознания, из общемозговой симптоматики – головная боль. Менингеальных знаков на момент осмотра не выявлено. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,7 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – 360×10^9 /л, СОЭ – 21 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, АЛТ – 39 Ед/л, АСТ – 32 Ед/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи – без патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1

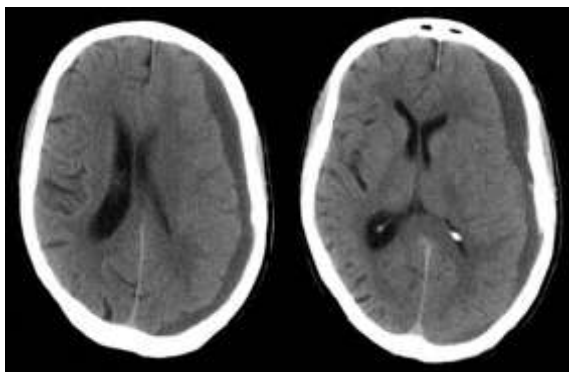


Рис.1. КТ головного мозга

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Ситуационная задача 26

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 50 лет. Жалобы на головную боль, тошноту, слабость в левых конечностях.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания.

Длительное время страдает гипертонической болезнью. Постоянную гипотензивную терапию не принимает.

Ухудшение настоящего самочувствия возникло утром, когда появились головная боль, тошнота и слабость в левых конечностях. Вызвана бригада СМП. Госпитализирован.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный, нормальной влажности. Нормального телосложения, пониженного питания. При аускультации в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД = 150/85 мм рт.ст.

Неврологический статус.

Из общемозговой симптоматики – головная боль, тошнота. Менингеальных знаков на момент осмотра не выявлено. Сглажена левая ногогубная складка. Язык несколько девирует влево. Левосторонний гемипарез до 3-х баллов в руке и ноге со снижением мышечного тонуса. Левосторонняя гемигипестезия. Тазовые функции контролирует.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 16 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 6,60 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.

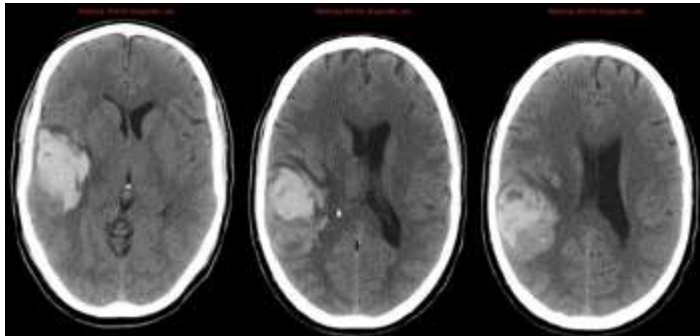


Рис.1. КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Ситуационная задача 27

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 70 лет. Жалобы на слабость в правых конечностях.

Анамнез жизни.

Анамнез жизни – без особенностей.

Аллерго-анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания. Остро возникшая слабость в правых конечностях.

Длительное время страдает гипертонической болезнью, принимает гипотензивную терапию.

Ухудшение состояния возникло остро, сегодня утром, когда появилась слабость в правых конечностях, головная боль, тошнота. Вызвана бригада СМП. Госпитализирован.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров бледный. Аускультативно в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД = 150/80 мм рт.ст.

Неврологический статус.

Головную боль, головокружения отрицает. Менингеальных знаков на момент осмотра не выявлено. Сглажена правая ногогубная складка. Язык несколько девирует право. Правосторонний гемипарез до 3-х баллов в руке и 4-х баллов в ноге со снижением мышечного тонуса. Тазовые функции контролирует.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Нб – 108 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $350 \times 10^9/л$, СОЭ – 16 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, глюкоза – 6,60 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1. Исследование проведено спустя 2 часа после развития симптоматики.

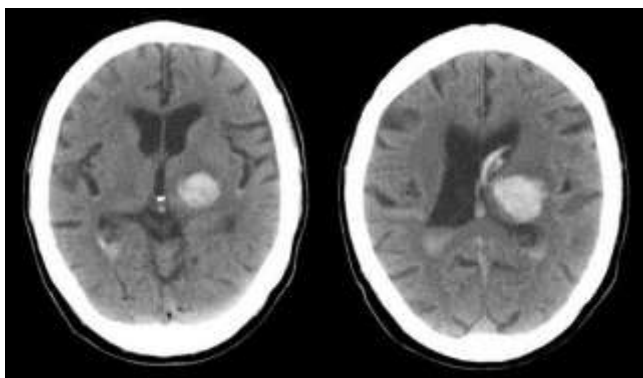


Рис.1. КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Ситуационная задача 28

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 59 лет. Жалобы на сильную головную боль.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

Пациент обратился в приемное отделение с жалобами на возникшее во время физической нагрузки головокружение с последующей потерей сознания.

Данные физикального обследования.

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. АД 140/80 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДЦ 18 в минуту.

Неврологический статус.

В сознании, возбужден. Симптомы Бехтерева и Мондонези с двух сторон, ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига. Зрачки равны, фотореакция сохранна. Глазодвигательных нарушений нет. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Сила в конечностях достаточная. Сухожильные рефлексy живые, слева несколько выше.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови отмечается незначимое повышение СОЭ до 16 мм/час.

В биохимическом анализе крови и анализе мочи – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1.

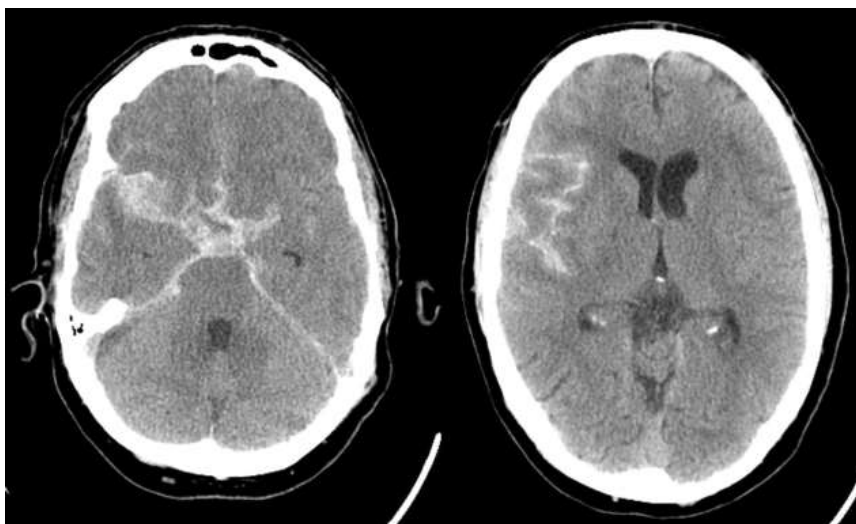


Рис.1. КТ головного мозга.

Вопросы:

1. Перечислите визуализируемые на КТ-изображении изменения.
2. Сделайте вывод о природе выявленных изменений на КТ головного мозга.

Ситуационная задача 29

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 55 лет. Жалуется на головную боль. Отмечается изменения личности.

Анамнез жизни.

Онкоанамнез – не отягощен.

Аллергию на препараты отрицает.

Анамнез заболевания.

Последние 2 года родственниками отмечается изменение личности пациента.

Данные физикального обследования.

Кожные покровы обычной окраски. АД 125/80 мм рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. ЧДЦ 15 в минуту.

Неврологический статус

При ориентировочном исследовании определяется битемпоральная гемианопсия. Парезов, параличей нет. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, несколько повышены. Подошвенный симптом снижен с двух сторон. Симптомы орального автоматизма положительные. Хватательный симптом Янишевского с двух сторон. Лобная психика.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови – без клинически значимой патологии.

В биохимическом анализе отмечается увеличение СРБ до 7 мг/л (норма до 5).

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

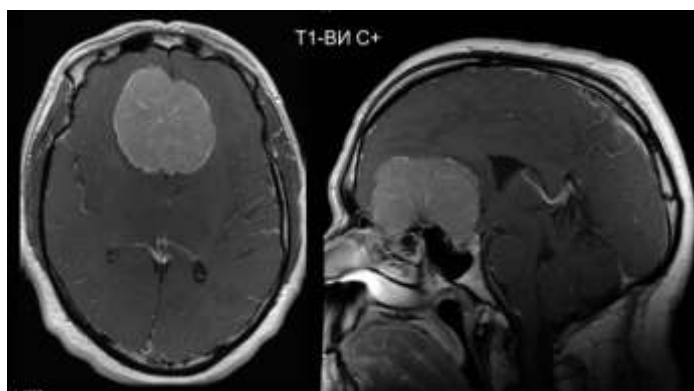


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Предположите возможную природу образованию.

Ситуационная задача 30

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 75 лет. Жалуется на головные боли, боль и отек лица справа.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Анамнез заболевания.

Вышеописанная симптоматика беспокоит в течение последних 3-х недель. Около месяца назад переболел ОРВИ (отмечалось повышение температуры до 38-39, заложенность носа, боль в правом ухе). Лечился самостоятельно, у врача не консультирован.

Данные физикального обследования.

Состояние средней степени тяжести. Отмечается отек лица справа, болезненность при пальпации. АД – 120/70 мм рт.ст. Пульс – 72 в минуту.

Неврологический статус.

Из общемозговой симптоматики – головная боль. При ориентировочном исследовании – верхнеквадрантная левосторонняя гемианопсия. Правосторонняя пирамидная недостаточность.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови – признаки нейтрофильного лейкоцитоза.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

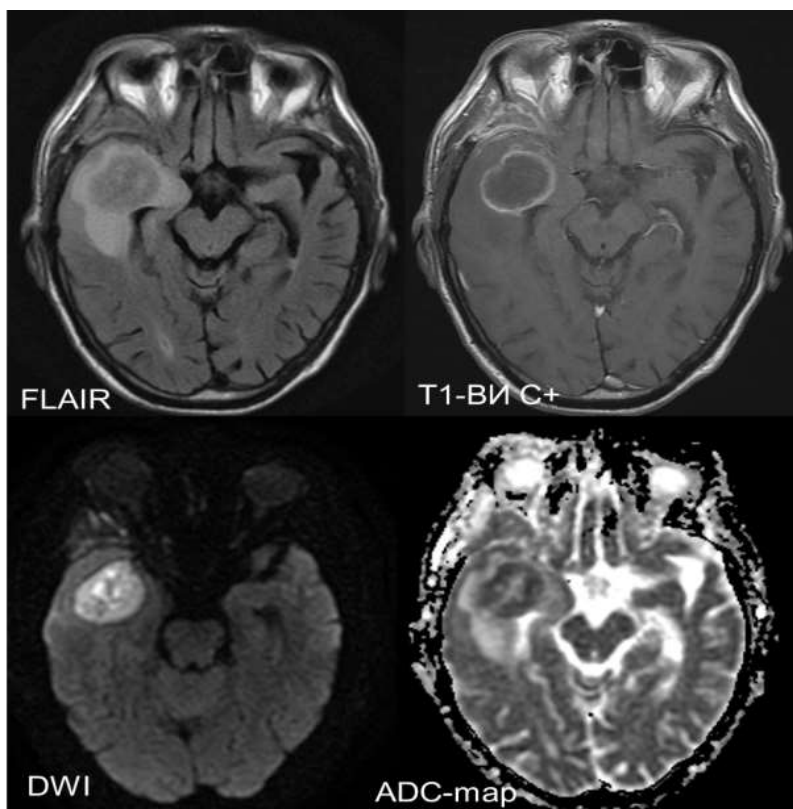


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Предположите возможную природу образованию.

Ситуационная задача 31

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 35 лет. Жалуется шум и звон в правом ухе, головокружение, боли в лице справа.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Анамнез заболевания.

Последние 2 года отмечает шум и звон в правом ухе. Неоднократно консультирован неврологом, Лор-врачом. Выставлен диагноз – нейросенсорная тугоухость. Назначалась сосудистая и ноотропная терапия, с частичным положительным эффектом. Однако дополнительных методов исследования ранее не проводилось.

Последние 6 месяцев стал отмечать простреливающие боли в лице справа, эпизоды головокружения.

Данные физикального обследования.

Неврологический статус.

Менингеальных знаков нет. При ориентировочном исследовании гемипарезов не выявлено. Движение глазных яблок в полном объеме. Гиперестезия лица справа. Лицо асимметрично, отмечается сглаженность правой лобной и носогубной складок. Слух снижен на правое ухо.

Бульбарных нарушений нет. Парезов нет. Координаторные пробы справа выполняет с миопопаданием, слева – удовлетворительно. В позе Ромберга – пошатывается.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови – без клинически значимой патологии.

В биохимическом анализе крови – увеличение СРБ до 15 мг/л (норма до 5)

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

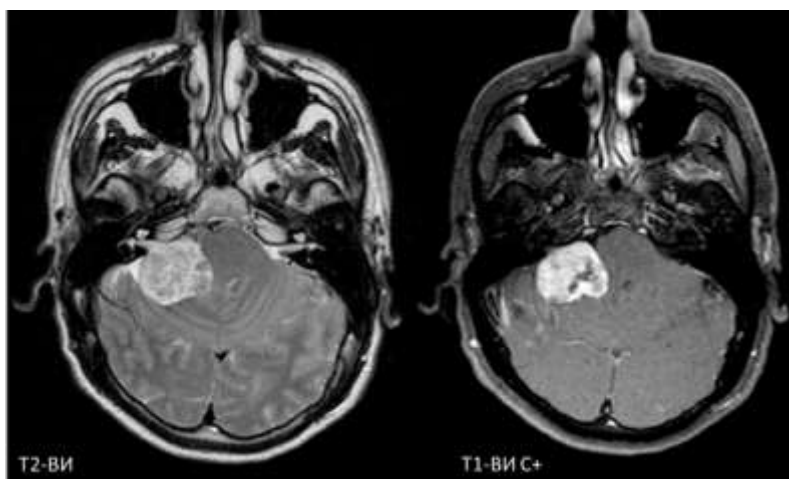


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Сделайте предположение о его природе.

Ситуационная задача 32

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина, 45 лет. Жалобы на периодические головные боли.

Анамнез жизни.

Без особенностей.

Аллергию на препараты – отрицает.

Анамнез заболевания.

В анамнезе – эпилепсия.

Головные боли беспокоят с подросткового возраста. Последние несколько лет отмечает учащение приступов до 2-3-х раз в месяц.

Данные физикального обследования.

Объективно: кожный покров физиологической окраски. Нормального телосложения, умеренного питания. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 72 ударов в минуту. АД = 120/60 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В сознании, контактен, ориентирован. Из общемозговой симптоматики – головная боль, преимущественно в затылочной области. ЧМН – без патологии. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Данные лабораторных исследований.

В общем и биохимическом анализе крови – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга: представлен на рис.1.

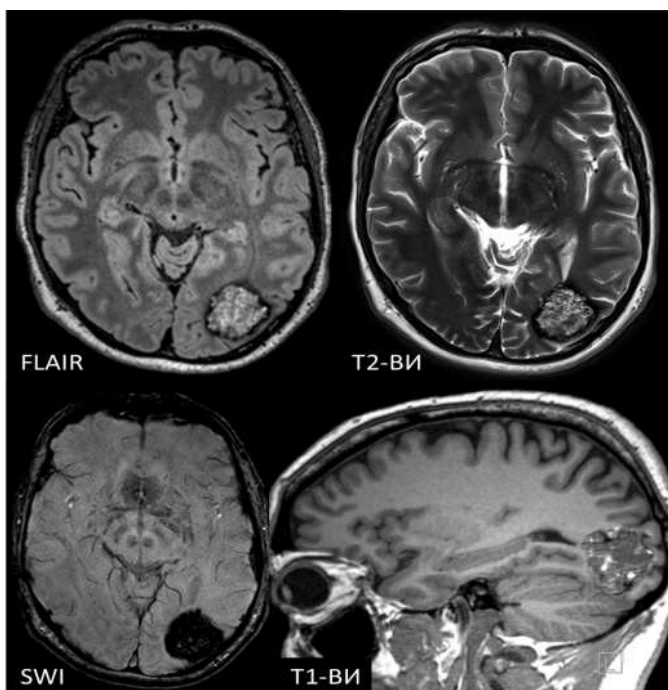


Рис.1. МРТ головного мозга.

Вопросы:

1. Дайте характеристику образованию, представленному на МРТ-изображениях
2. Сделайте предположение о его природе.

Ситуационная задача 33

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больной Р., 49 лет,

Анамнез жизни.

Онкоанамнез – не отягощен.

Аллергия – на препараты витамины группы В.

Анамнез заболевания.

За 3 часа до госпитализации упал, ударился головой. Отмечалась потеря сознания до 5-8 минут, после чего возникли головная боль, тошнота, однократная рвота. Сразу к врачу не обратился, однако спустя 3 часа состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, заторможенность, в связи с чем госпитализирован.

Данные физикального обследования.

Состояние тяжелое. Аускультативно в легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД = 130/70 мм рт.ст.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе: глубокое оглушение, в процессе диагностических мероприятий наростшее до уровня сопора. Менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, скуловой симптом Бехтерева слева). Анизокория (за счет расширения левого зрачка) со снижением фотореакции. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4,0-4,5 баллов. Симптом Бабинского справа.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови отмечается анемия легкой степени.

Общий анализ мочи – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

ЭХО-ЭС: MD=76 мм, MS=68 мм, Tr=72 мм. Множество дополнительных ЭХО-сигналов слева. Смещение срединных структур слева направо на 6 мм.

КТ головного мозга: представлен на рис.1



Рис. 1. КТ головного мозга, больной Р., 49 лет.

Вопросы:

1. Клинический диагноз, как расценить внезапное ухудшение состояния больного?
2. Как объяснить развитие у пациента анизокории?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию патологического процесса?
4. Какие изменения выявляются по данным КТ головного мозга (рис. 1)?
5. Какова тактика ведения больного?

Ситуационная задача 34

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина Ж. 66 лет. Жалобы на слабость в левых конечностях и асимметрию лица.

Анамнез жизни.

В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения, в течение 15 лет страдает артериальной гипертензией. В течение последних трех месяцев было 3 кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. Курит, имеет низкую физическую активность, ожирение.

Анамнез заболевания.

Мужчина был доставлен в сосудистое отделение городской больницы в связи с возникшей слабостью в левых конечностях.

Данные физикального обследования.

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс — 80 в минуту, ритм правильный. При пальпации справа пульсация ослаблена на общей сонной артерии, но усилена на височной артерии.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе обнаружены сглаженность левой носогубной складки, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, перекос лица вправо при улыбке, отклонение языка влево при высовывании, снижение силы в левой руке до 3 баллов, в ноге до 4 баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, повышение тонуса в сгибателях левой руки и разгибателях левой ноги, симптом Бабинского слева. На фоне лечения отмечено улучшение двигательных функций. Пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать. Пациент самостоятельно передвигается, полностью себя обслуживает. Выписан из сосудистого отделения и направлен в поликлинику по месту жительства к неврологу.

Данные лабораторных исследований.

В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 8.0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,5 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

МРТ головного мозга, на которой в лобной доле правого полушария головного мозга найдена область ишемического поражения до 30 мм в диаметре.

При дуплексном сканировании обнаружены закупорка правой внутренней сонной артерии, умеренный (до половины диаметра) стеноз левой внутренней сонной артерии.

Вопросы:

1. Как следует расценивать двигательные нарушения, имеющиеся у пациента?
2. Парез мимических мышц следует расценивать как?
3. Изменение мышечного тонуса следует расценивать как?
4. Какой патогенетический тип ишемического инсульта имеет место у данного пациента?
5. Патогенетическим механизмом развития транзиторной ишемической атаки является?

Ситуационная задача 35

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Женщина Т. 72 лет. Жалобы: на неустойчивость, затруднение при глотании, осиплость голоса, онемение в правой половине лица и левых конечностях.

Анамнез жизни.

В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, в течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца. 5 лет назад обнаружена постоянная форма фибрилляции предсердий. Не курит, алкоголь не употребляет, имеет низкую физическую активность, страдает ожирением.

Анамнез заболевания.

Женщина была доставлена в сосудистое отделение городской больницы в связи с тем, что у неё внезапно возникли неустойчивость, утрата глотания, осиплость голоса, онемение в правой половине лица и левых конечностях.

Данные физикального обследования.

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление 150/90 мм рт. ст., пульс — 70-90 в минуту, неправильный.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе выявлены птоз, миоз и экзофтальм справа, осиплость голоса, затруднение глотания, свисание дужки мягкого нёба и ослабление глоточного рефлекса справа, нормальная сила в конечностях, ослабление болевой и температурой чувствительности на лице справа и на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальцевосовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях.

На фоне лечения восстановилось глотание, улучшилась координация. Пациентка смогла самостоятельно ходить и себя обслуживать. Пациентка передвигается, пользуясь палочкой, она полностью себя обслуживает. Выписана из сосудистого отделения и направлена в поликлинику по месту жительства к неврологу.

Данные лабораторных исследований.

В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7.2 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

При КТ головного мозга у пациентки не выявлено данных за кровоизлияние, поэтому на основании клинического обследования поставлен диагноз ишемического инсульта. По данным ЭКГ установлена постоянная форма фибрилляции предсердий.

При дуплексном сканировании обнаружен стеноз левой внутренней сонной артерии до 30% диаметра, стеноз правой внутренней сонной артерии до 40% диаметра.

Вопросы:

1. Чувствительные нарушения следует расценивать как?
2. Нарушения координации следует расценивать как?
3. Какой патогенетический тип ишемического инсульта имеет место у данного пациента?
4. Какому синдрому соответствуют неврологические нарушения?
5. Поражением какого отдела мозга вызвано развитие данного неврологического синдрома?

Ситуационная задача 36

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Мужчина К. 74 лет. Жалобы: на слабость в левых конечностях, онемение в левой половине лица и левых конечностях.

Анамнез жизни.

В течение 30 лет страдает артериальной гипертензией. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Курит более 50 лет, алкоголь употребляет в умеренных количествах, имеет низкую физическую активность, страдает ожирением.

Анамнез заболевания.

Мужчина был доставлен в сосудистое отделение городской больницы в связи с тем, что у него внезапно возникли слабость и онемение в левых конечностях.

Данные физикального обследования.

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. (на фоне приема антигипертензивных средств), пульс — 70 ударов в минуту, правильный.

Неврологический статус.

В неврологическом статусе выявлены насильственный смех, легкие признаки дисфонии и дисфагии, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, ослабление чувствительности слева на лице, туловище и конечностях, снижение силы в левых конечностях до 4 баллов, повышение тонуса в сгибателях левой руки и разгибателях левой ноги, оживление сухожильных рефлексов слева, симптомы Тремнера и Бабинского слева.

По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 25 из 30 возможных баллов, по данным госпитальной шкалы тревоги – 3 балла, депрессии – 5 баллов.

На фоне лечения уменьшились слабость и онемение в левых конечностях. Пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать. Выписан из сосудистого отделения и направлен в поликлинику по месту жительства к неврологу.

Данные лабораторных исследований.

В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 6.6 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,2 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

При КТ головного мозга у не выявлено данных за кровоизлияние, поэтому на основании клинического обследования поставлен диагноз ишемического инсульта.

По данным МРТ обнаружено в белом веществе обоих полушарий головного мозга обнаружено несколько очагов, которые имеют пониженную плотности в T1 режиме и повышенную плотность в T2 режиме. Очаги старые? либо острая ишемия.

При дуплексном сканировании обнаружен стеноз левой внутренней сонной артерии до 20% диаметра, стеноз правой внутренней сонной артерии до 30% диаметра.

Вопросы:

1. Двигательные нарушения следует расценивать как?

2. Насильственный смех, дисфонию и дисфагию, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как?
3. Патогенетический тип ишемического инсульта у данного пациента?
4. Когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса соответствуют?
5. Следует ли для профилактики повторного ишемического инсульта проводить данному пациенту хирургическое лечение на сонных артериях?

Ситуационная задача 37

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная С., 44 лет, предъявляет жалобы на двоение в глазах, смазанность речи, поперхивание при глотании и мышечную слабость, нарастающую к вечеру, или после физической нагрузки. Слабость проявляется ограничением выполнения движений, "мышцы перестают слушаться".

Анамнез жизни.

С детства часто болеет простудными заболеваниями. В возрасте 35 лет проходила лечение по поводу узлового зоба.

Анамнез заболевания.

Жалобы на периодически возникающую мышечную слабость появились около 8 - 9 месяцев назад. В первое время после отдыха симптоматика регрессировала и расценивалась пациенткой как обычная усталость. В последнее время отдых не приводит к полному регрессу симптомов.

Данные физикального обследования.

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст., пульс - 78 ударов в минуту, правильный.

Неврологический статус

В сознании, контактна, ориентирована. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Двусторонний полуптоз, нарастающий при повторном зажмуривании. Расходящееся косоглазие за счёт правого глазного яблока. Дизартрия и дисфония, нарастающие в процессе разговора. При повторном поднятии рук на 3-4 раз не может поднять их выше горизонтальной линии. При повторных приседаниях на 2-3 раз не может встать без посторонней помощи. Сухожильные рефлексы снижены, истощаются при повторном исследовании. Мышечный тонус снижен, патологических рефлексов нет. Мышечных атрофий нет. Чувствительных нарушений нет. Координаторных нарушений нет.

Данные лабораторных исследований.

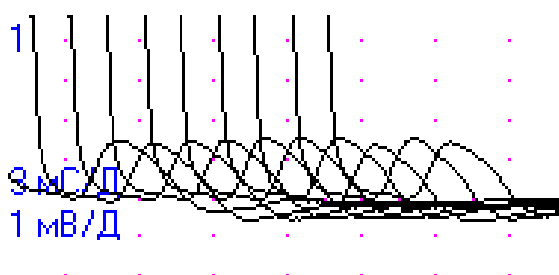
В клиническом и биохимическом анализе крови – без значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: патологических изменений не выявлено.

Электронейромиография:

Рис. 1. Декремент М-ответов при ритмической стимуляции с частотой 3 Гц, более выраженный от 1-го М-ответа к 3-ему.



Отсутствие феномена декремента после прозериновой пробы.

Вопросы:

1. Какой неврологический синдром имеется у больной?
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить пациентке?
4. Каков патогенез данного заболевания?
5. Дифференциальный диагноз?
6. Какова тактика ведения пациентки?

Ситуационная задача 38

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная Н., 35 лет, поступила в неврологическое отделение для больных с нарушением мозгового кровообращения с жалобами на диффузную головную боль, тошноту.

Анамнез жизни.

В течение 10 лет беспокоят варикозно расширенные вены нижних конечностей, отечность голеней к вечеру. Отмечает, что у родителей также была ранняя варикозная болезнь.

Анамнез заболевания.

В течение длительного времени (несколько лет) отмечает частые головные боли в теменно-затылочной области умеренной интенсивности распирающего характера, возникающие ночью и в ранние утренние часы с частотой 2-3 раза в неделю и постепенно уменьшающиеся после вставания, приема крепкого чая или кофе, умеренной физической нагрузки. Головная боль также могла возникать при работе в положении с опущенной или наклоненной головой. За медицинской помощью по поводу головной боли не обращалась, связывала ее с изменениями метеорологических условий и стрессовыми ситуациями.

В течение 5 лет принимает контрацептивные препараты, без контроля врача.

За неделю до госпитализации у пациентки появилась головная боль сначала распирающая, с преимущественной локализацией в затылочной области и иррадиацией в левую лобно-глазничную область. За медицинской помощью не обращалась. В течение последующих 6 дней интенсивность головной боли постепенно нарастала, головная боль стала диффузной, нестерпимой, появилась тошнота.

Данные физикального обследования.

При поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы лица пастозные, бледные. Расширена венозная сеть на висках, передней поверхности грудной клетки. Яремные вены набухшие. Склеры инъективаны. Варикозно-расширенные вены на нижних конечностях.

Неврологический статус.

Сознание ясное. По шкале ком Глазго 15 баллов. Зрачки обычной формы. Фотореакции живые, симметричные. Движение глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Легкая болезненность точек выхода I и II ветвей тройничного нерва с двух сторон. Лицо симметричное. Глотание и фонация не нарушены. Глубокие рефлексy с верхних конечностей и коленные рефлексy симметрично оживлены, ахилловы рефлексy - торпидные. Координаторные пробы выполняет с промахиванием с двух сторон. Легкое пошатывание в позе Ромберга. Тазовых нарушений нет. Речь сохранена.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты – $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,8 \times 10^9/л$, тромбоциты – $415 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочеви́на – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 3,9 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 115,0%, МНО – 0,97, АЧТВ – 25,6, фибриноген – 6 г/л.

Данные инструментальных исследований.

Дуплексное сканирование МАГ: Деформации позвоночных артерий. Снижение реактивности интракраниальных вен.

МРТ головного мозга с контрастным усилением: представлен на рис. 1 и 2.

Рисунок 1. МРТ головного мозга

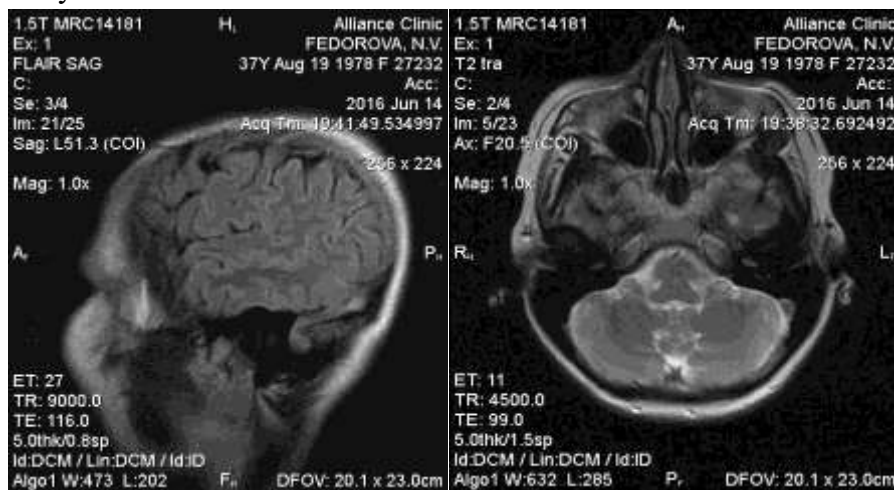
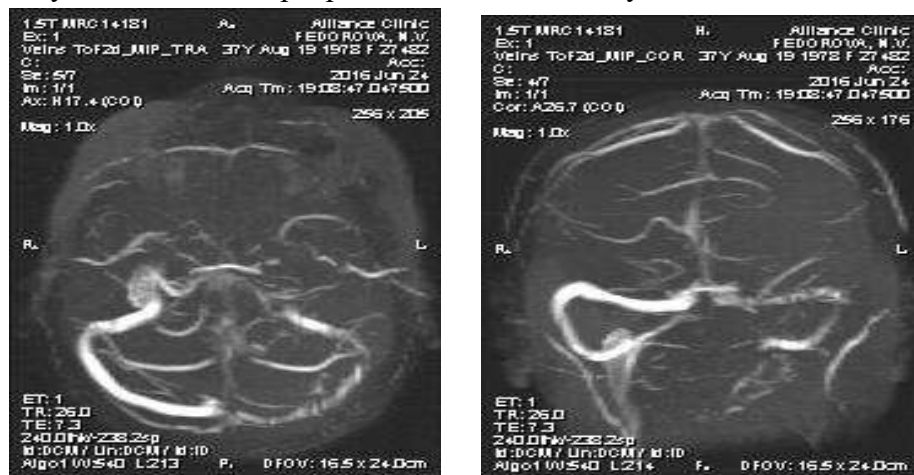


Рисунок 2. МРА интракраниальных вен и синусов.



Вопросы:

1. Какие неврологические синдромы имеются у больной?
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Расшифруйте данные МРТ?
5. Какова тактика ведения пациентки?

Ситуационная задача 39

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Больная А., 39 лет. Жалобы на головную боль.

Анамнез жизни.

Мать больной страдает аналогичными головными болями, но их интенсивность и частота значительно меньше.

Анамнез заболевания.

С детских лет страдает головными болями. Приступы провоцируются переменой погоды, употреблением любого алкоголя, шоколада, длительными перерывами в приеме пищи, недосыпанием. Приступ начинается с ощущения «давления» в голове, затем появляется интенсивная пульсирующая боль в височно-теменной области слева, которая сопровождается звуко- и светобоязнью, тошнотой, иногда – рвотой. Головная боль усиливается при минимальной физической нагрузке. Во время приступа старается лечь в темной комнате, устранить все звуки, стягивает голову полотенцем, старается уснуть. При этом отмечает отсутствие желания двигаться, есть, пить, разговаривать. Приступ может продолжаться от 3-х до 24 часов. Затем в течении нескольких часов беспокоит общая слабость и «дурнота». Частота приступов 1 – 2 в месяц. Во время беременности и кормления ребенка приступов не было.

Данные физикального обследования.

Пациентка в ясном сознании. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., пульс - 78 ударов в минуту, правильный.

Неврологический статус

Эмоционально лабильна. Менингеального синдрома нет. Черепно-мозговая иннервация без патологии. Парезов конечностей, чувствительных и координаторных нарушений нет.

Данные лабораторных исследований.

В общем анализе крови и мочи – без клинически значимой патологии.

Данные инструментальных исследований.

На ЭКГ: ритм правильный, синусовый с ЧСС – 78 удара в минуту. Нормальное расположение ЭОС.

Rg-графия органов грудной клетки: легочные поля без достоверных очаговых и инфильтративных изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. На основании каких критериев диагностируется данное заболевание?
3. Есть ли необходимость в применении дополнительных методов исследования для диагностики заболевания?
4. Каковы современные принципы терапии данного заболевания?

Ситуационная задача 40

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время.

Пациент Н. 37 лет.

Анамнез жизни.

Без особенностей. Вредные привычки – отрицает.

Аллергоанамнез – неотягощен.

Анамнез заболевания.

Заболел остро, когда на фоне физической нагрузки в фитнес центре потерял сознание, был однократный генерализованный судорожный приступ. Экстренно доставлен в стационар в тяжелом состоянии.

Данные физикального обследования.

При поступлении: Состояние тяжелое. Двигательное беспокойство. Держится за голову.

Неврологический статус.

Уровень сознания – оглушение. Грубая ригидность затылочных мышц на 5 поперечных пальцев, симптом Кернига с двух сторон, симптомы Брудзинского. Грубая сенсо-моторная афазия. Мышечный тонус диффузно снижен. Сила мышц в конечностях: слева 5 баллов, справа – плегия. Глубокие рефлексы D>S. Коленные рефлексy не вызываются. Патологический рефлекс Бабинского справа. Чувствительные и координаторные нарушения проверить затруднительно из-за тяжести состояния пациента.

Данные лабораторных исследований.

Общий анализ крови: Hb – 108 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 20%, моноциты – 9,0, базофилы - 0, эозинофилы – 1, тромбоциты – $340 \times 10^9/л$, СОЭ – 14 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л, мочевиha – 6,0 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л, общий билирубин – 14,0 мкмоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, глюкоза – 6,0 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований.

КТ головного мозга: представлен на рис.1

КТ-ангиография головного мозга: представлена на рис.2.

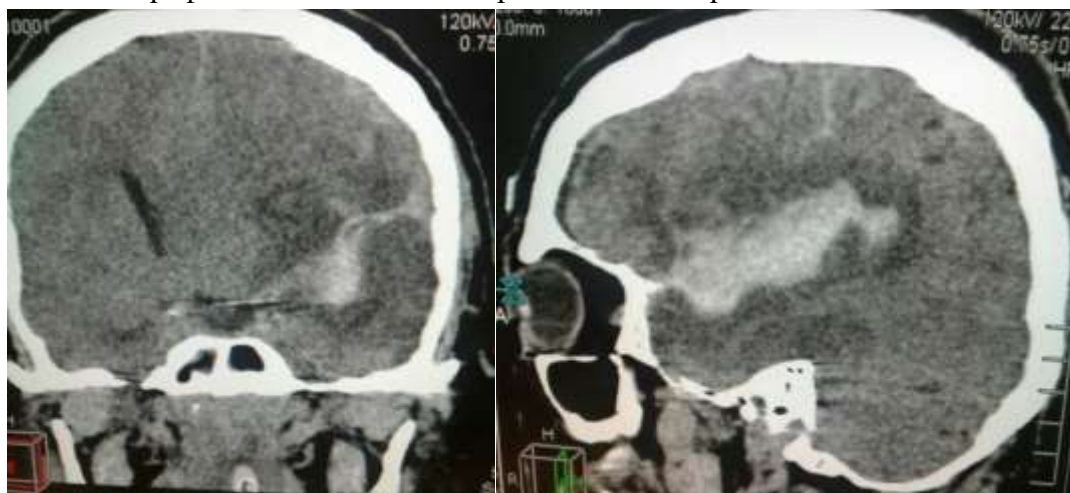


Рис.1 КТ головного мозга

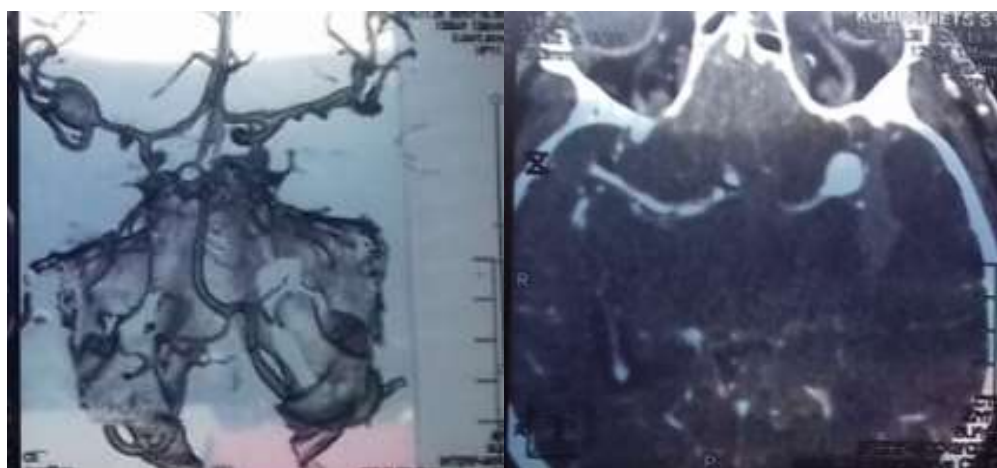


Рис.2 КТ-ангиография головного мозга

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Какие основные неврологические синдромы можно выявить у больного?
3. Поставьте топический диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования являются наиболее информативными для уточнения диагноза. Расшифруйте результаты представленных снимков?

5. Каковы современные принципы терапии данного заболевания?

Ситуационная задача 41

Пациентка У. 24-х лет. Поступила с жалобами на слабость в правых конечностях, слабость в левой ноге, скованность в ногах, головокружение, нарушение речи.

Анамнез болезни: Со слов пациентки через 3 недели после ОРВИ отметила появление небольшой слабости в правой руке, неловкость при письме. Через 3 дня присоединилась головная боль, заторможенность, вялость, сонливость, появились трудности в выполнении мелких точных движений правой рукой (письмо, чистка зубов, расчесывание), присоединилась слабость в левой ноге. Обратилась к неврологу, который рекомендовал МРТ головного мозга с контрастным усилением. На МРТ головного мозга и шейного отдела спинного мозга с контрастным усилением были выявлены множественные очаговые изменения в обоих полушариях головного мозга разного размера (наибольший очаг в левой теменной доле 30x35x30 мм), и от краниовертебрального перехода до С2 позвонка участок гиперинтенсивного сигнала в режиме T2. Все очаги с признаками перифокального отека, накапливают контраст. В связи с выявленными изменениями была госпитализирована в стационар, где проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 1000 мг внутривенно капельно №5, плазмаферез №5. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика с полным регрессом неврологической симптоматики и через 7 суток пациентка была выписана домой. Через неделю у пациентки вновь выросла слабость в правой руке, присоединились слабость в правой ноге, нарушение речи и вновь появилась слабость в левой ноге. Повторно проводилось МРТ головного мозга с контрастом – сохраняются прежние очаговые изменения, часть очагов накапливает контраст, незначительно уменьшился перифокальный отек в области образований в левой теменной доли и правой лобной доли, появились новые очаговые изменения.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Телосложение астеническое. Со стороны сердечно-сосудистой, легочной системы, а также желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы патологии не выявлено. ЧДД 16 в минуту. ЧСС 75 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 36,6°C.

Неврологический статус: Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. При разговоре появляются трудности в выговаривании и подборе слов. Общемозговая симптоматика представлена - головной болью, без четкой локализации. Менингеальных симптомов нет. Со стороны ЧМН - глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения глазных яблок синхронные, в полном объеме. Диплопии нет, гемианопсии нет. Горизонтальный среднеразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Центральная парез VII пары справа. Трипарез со снижением мышечной силы до плегии в правой руке, плегии в правой ноге и 2,5 баллов в левой ноге. Мышечный тонус в правых конечностях и в левой ноге повышен по спастическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, D>S. Рефлексы с ног высокие, коленные рефлексы вызываются с расширенных рефлексогенных зон, справа выше, ахилловы симметричные. Клонусы стоп и коленных чашечек с 2-х сторон. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Поверхностная чувствительность не нарушена. Снижено суставно-мышечное чувство в обеих ногах. Координаторные пробы не выполняет правыми конечностями и левой ногой из-за пареза. Тазовых нарушений нет.

Дополнительные методы исследования:

1. Заключение МРТ головного мозга с контрастированием (6 сутки от начала заболевания): в конвекситальных отделах белого вещества правой лобной доли, на границе правой лобной доли и теменной доли слева, левой височной доли 4 очага демиелинизации, имеющие гиперинтенсивный сигнал по T2, TIRM и изо- слабогипоинтенсивные по T1 с признаками перифокального отека ткани

головного мозга, накапливающие контрастное вещество, размерами до 30 мм (наибольший на границе лобной и теменной доли слева).

2. Заключение МР шейного отдела спинного мозга с контрастированием (6 сутки от начала заболевания): в структуре спинного мозга протяженностью от краниовертебрального перехода до С2 позвонка определяется неправильной формы зона структурных изменений - очаг демиелинизации с выраженной зоной перифокального отека, очаг вытянут вдоль спинного мозга, краниокаудальным размером до 31 мм, поперечным до 7,7 мм.

3. На сериях повторных томограмм головного мозга выявлены признаки контрастного усиления некоторыми очагами, значительное уменьшение в размерах ранее выявляемых очагов, новых очагов нет.

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз
- 2.Тактика ведения и лечения и прогноз заболевания.
- 3.Описание эталонного рассуждения врача.

Ситуационная задача 42

Пациентка 30 лет. Поступила с жалобами на слабость в руках и ногах, нарушение контроля за мочеиспусканием, трудности в передвижении, выраженное снижение остроты зрения на правый глаз, поперхивание при еде.

Анамнез болезни: Со слов пациентки 3 месяца назад отметила появление боли при движении правым глазом, постепенно в течение недели острота зрения снизилась до 0.02, изменилось цветоощущение. МРТ головного мозга – очаговой патологии не выявлено. МРТ зрительных нервов в режиме FATSAT – признаки отека правого зрительного нерва, контуры нечеткие. Была госпитализирована в глазную больницу, где диагностировали оптический неврит справа. В стационаре проводились инъекции дексаметазона ретробульбарно, однако зрение не восстановилось. Настоящее ухудшение в течение месяца: постепенно отметила появление тяжести в ногах при длительной ходьбе, затем появилась слабость в ногах, присоединилась слабость в руках, императивные позывы к мочеиспусканию, эпизоды недержания мочи.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Телосложение астеническое. Со стороны сердечно-сосудистой, легочной системы, а также желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы патологии не выявлено. ЧДД 16 в минуту. ЧСС 64 в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Температура тела 36,6°C.

Неврологический статус: Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Общемозговой симптоматики нет. Менингеальных симптомов нет. Со стороны ЧМН - глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакция справа снижена, слева сохранена. Движения глазных яблок синхронные, в полном объеме. Диплопии нет, гемианопсии нет. Нистагма нет. Лицо симметричное, фонация в норме, дисфагия, глоточный рефлекс снижен с 2-х сторон. Речь не нарушена. Тетрапарез со снижением мышечной силы до 4 баллов в правой руке, 3 баллов в левой руке, 4 баллов в правой ноге и 3 баллов в левой ноге. Мышечный тонус в конечностях повышен по спастическому типу. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, S>D. Рефлексы с ног высокие, коленные рефлексы вызываются с расширенных рефлексогенных зон, справа выше, ахилловы симметричные. Клонусы стоп и коленных чашечек с 2-х сторон. Симптом Бабинского с 2-х сторон. Поверхностная чувствительность не нарушена. Снижено суставно-мышечное чувство в левой ноге. Пальце-носовую пробу выполняет с дисметрией слева из-за пареза, справа удовлетворительно. Пяточно-коленная проба слева с дисметрией из-за пареза, справа удовлетворительно. Императивные позывы к мочеиспусканию.

Дополнительные методы исследования:

1. МРТ головного мозга – очаговой патологии не выявлено.
2. МРТ шейного отдела спинного мозга – в структуре спинного мозга протяженностью от С1 до С4 позвонка определяется неправильной формы зона структурных изменений - очаг демиелинизации с выраженной зоной перифокального отека, очаг вытянут вдоль спинного мозга.
3. Исследование церебро-спинальной жидкости на антитела к аквапорино-4: положительный тест
4. Зрительные вызванные потенциалы: признаки демиелинизирующего поражения правого зрительного нерва

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз.
- 2.Тактика ведения и лечения и прогноз заболевания.
- 3.Приведите клинические рассуждения по постановке диагноза.

Ситуационная задача 43

Пациентка 28 лет. Обратилась в клинику с жалобами на частые головные боли, нарушение координации.

Анамнез болезни: Со слов пациентки считает себя больной в течение последнего года, когда появились ранее указанные жалобы, интенсивность которых нарастает в динамике. Через 8 месяцев от начала заболевания перенесла двухсторонний увеит с неполным восстановлением функции. Обратилась к неврологу, который рекомендовал выполнить МРТ головного мозга. На МРТ головного мозга были выявлены в белом веществе паравентрикулярно, в конвекситальных областях, в подкорковых ядрах единичные мелкие округлые, до 3 х мм, гиперинтенсивные очаги; стволы и мозжечок в пределах нормы; краниовертебральный переход не изменен. При сборе анамнеза было выявлено, что за 5 лет до появления неврологической симптоматики пациентку начали беспокоили эпизоды подъема температуры тела в виде субфебрилитета, общая слабость, повышенная потливость. Данная симптоматика возникла после прививки после кори. В дальнейшем стали рецидивировать болезненные язвы во рту, безуспешно длительно лечилась у стоматолога. Еще через 2 года появились рецидивирующие язвы в области гениталий, периодически болели и опухали коленные суставы.

При поступлении: состояние больной удовлетворительное. Телосложение астеническое. В ротовой области - единичная афтозная язва в стадии заживления. Периферические суставы не изменены. Со стороны сердечно-сосудистой, легочной системы, а также желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. ЧДД 16 в минуту. ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 37,2 °С.

Неврологический статус: Пациентка в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Со стороны ЧМН - глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения глазных яблок синхронные, в полном объеме. Диплопии нет, гемианопсии нет. Нистагма нет. Глотание, фонация, речь не нарушены. Лицо симметрично, язык по средней линии. Мышечная сила в конечностях не изменена, 5 баллов. Мышечный тонус снижен в ногах. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, D>S. Рефлексы с ног высокие, справа выше, ахилловы симметричные. Патологических знаков нет. Поверхностная и глубокая чувствительности не нарушены. Координаторные пробы выполняет с атаксией в виде мимопопадания. В позе Ромберга неустойчива. Тазовых нарушений нет.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Тактика ведения и лечения и прогноз заболевания.

3. Обоснуйте Ваш диагноз на основе клинических данных, результатов инструментально-лабораторных и нейровизуализационных методов исследования.

Ситуационная задача 44

Пациент 49 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.

Анамнез болезни: 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. На МРТ определяется деформация тел L5-S1 позвонков, задняя протрузия дисков между L4 - L5 и L5 - S1.

Объективно: При поступлении состояние больного удовлетворительное. При осмотре выявляется 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. Определяется дефанс паравертебральных мышц, более выраженный справа. Коленные рефлексы $D \approx S$, ахилловы- $D > S$, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне L5-S1 на правой ноге.

Вопросы:

- 1 установите диагноз.
- 2 определите тактику ведения больного
- 3 прогноз заболевания.

Ситуационная задача 45

Пациент 63 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в ногах при ходьбе, онемение на уровне тазового пояса и в ногах, исчезающее после кратковременного отдыха.

Анамнез болезни: Из анамнеза известно, что около трех месяцев назад после поднятия тяжести был эпизод - внезапно возникла острая боль в поясничной области, через два дня присоединилась боль по задней поверхности левой ноги. Через день боль значительно ослабела, но появились двигательные расстройства в виде снижения мышечной силы в разгибателях левой стопы и пальцев, походка «степаж». Больной обратился в поликлинику, было назначена противовоспалительная, обезболивающая терапия. На фоне терапии боли были купированы. Ранее были эпизоды болей в области поясницы, последний раз около 4 месяцев назад.

На МРТ определяются дегенеративные изменения позвоночника, между L4 - L5 и L5 - S1 определяется образование, выступающее в спинномозговой канал с компрессией дурального мешка.

Объективно: При поступлении состояние больного относительно удовлетворительное. При осмотре выявляется сколиоз поясничного отдела позвоночника, ограничение движений нет. Коленные рефлексы снижены, $D \approx S$, ахилловы - отсутствуют, подошвенные рефлексы не вызываются, гипотония икроножных мышц, в икроножных мышцах выявляются фасцикулярные подергивания. При физической нагрузке выявляется слабость в ногах, немного больше слева, онемение в обеих ногах и на уровне тазового пояса, исчезающее после кратковременного отдыха.

Вопросы:

- 1 установите диагноз. Какие еще заболевания могут быть причиной данного патологического состояния?

2 какой основной клинический синдром у больного?

3 определите тактику ведения больного?

Ситуационная задача 46

Пациентка Ж., 40 лет. Обратилась в клинику с жалобами на упорные боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при кашле, чихании, наклоне головы; а так же недавно присоединившееся ощущение онемения левой нижней конечности, которое постепенно нарастает снизу вверх.

Анамнез: вышеуказанная симптоматика беспокоит около 3 месяцев, самостоятельно принимала дома НПВС, анальгетики, в связи с отсутствием эффекта от приема лекарств обратилась за медицинской помощью.

Неврологический статус: в сознании, общемозговых и менингеальных симптомов нет. ЧМН без особенностей. Мышечная сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус не изменен. Выявляется анталгическая поза (незначительный правосторонний сколиоз). Симптомы Ласега, Нери, Дежерина. Отмечается болезненность при пальпации остистых отростков 7,8 грудных позвонков и усиление онемения в левой ноге. Отсутствие верхнебрюшного рефлекса справа. Выявляется снижение болевой и температурной чувствительности на левой ноге в области стопы и икры. Глубокая чувствительность не нарушена. Тазовые функции контролирует. Афазии, апраксии, агнозии нет.

При МРТ грудного отдела спинного мозга видно округлое образование с пониженной интенсивностью сигнала и четкими контурами (А). Т1-взвешенное изображение после контрастного усиления (фронтальный срез). Хорошо видно накапливающее контраст округлое образование с четкими контурами (Б), смещающее спинной мозг влево; субарахноидальная цистерна возле образования расширена.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Определите тактику ведения и лечения
3. Прогноз заболевания

Ситуационная задача 47

Пациентка П., 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.

Из анамнеза жизни: росла и развивалась по возрасту. Хронических заболеваний нет. Из анамнеза болезни 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 и в последние 4 месяца стала отмечать снижение зрения.

Объективно: 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.

Вопросы:

- 1 поставьте диагноз.
- 2 определите тактику ведения больной.

3 какие дополнительные методы обследования необходимо провести, какие изменения ожидаются в результате обследования.

Ситуационная задача 48

Пациент 27 лет доставлен в приёмное отделение больницы машиной скорой помощи в коматозном состоянии. Со слов врача СМП больной был взят с места ДТП 10 минут тому назад, где его сбила машина.

Объективно: уровень сознания кома, дыхание шумное по типу Куссмауля, ЧМН – зрачки равномерно расширены с вялой реакцией на свет, расходящееся косоглазие. Тонус в конечностях низкий. Симптом Бабинского с двух сторон. Отмечается ликворея и кровотечение из уха

Вопросы:

- 1 установите диагноз.
- 2 определите тактику ведения больного
- 3 назначьте лечение, указав группы препаратов.

Ситуационная задача 49

Женщина 45 лет в сопровождении прохожего обратилась в травматологический пункт после того, как поскользнувшись на льду упала и дарила голову.

Жалобы: на сильную головную боль, головокружение, тошноту.

Из анамнеза: до настоящего момента головные боли и головокружения беспокоили редко. Около 5 лет тому назад диагностирована артериальная гипертония. Утром сегодня спешила на работу, упала на льду и ударила затылком, со слов окружающих потеряла сознание на 5-7 минут.

Объективно: при осмотре больная беспокойна, суежлива, многословна, плохо ориентируется в месте и времени. Наблюдалась однократная рвота. Выявляются лёгкая ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева, симптом Кернига и Брудзинского с двух сторон. Двусторонний горизонтальный нистагм. Парезов нет. Чувствительность не нарушена. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с атаксией. В пробе Ромберга пошатывается как с открытыми, так с закрытыми глазами. Нарушения памяти.

Вопросы:

- 1 установите диагноз.
- 2 назначьте обследование.
- 3 укажите группы препаратов для лечения.

Ситуационная задача 50

Мужчина 42 лет обратился в приёмное отделение с жалобами на нарастающую головную боль, которая не купировалась анальгетиками и неловкость в правых конечностях.

Из анамнеза: неделю тому назад 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.

Объективно: состояние при обследовании тяжелое, сознание спутанное, сонлив, на вопросы отвечает односложно, не сразу. Жалуется на диффузную головную боль. В левой височной области и на левой щеке резорбирующаяся гематома.

В неврологическом статусе. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Бехтерева слева, Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Анизокория D>S, снижение реакции зрачков на свет. Отмечается правосторонний гемипарез со снижением силы до

3 баллов. Симптом Бабинского справа. На уколы с двух сторон реагирует одинаково. Статика и координация не исследовались из-за тяжести состояния.

Вопросы:

- 1 поставьте диагноз.
- 2 определите тактику ведения больного.
- 3 какой метод дополнительного исследования необходимо провести, какой результат можно ожидать.

Ситуационная задача 51

Пациент К. 59 лет обратился в клинику с жалобами на ощущение скованности в правой руке, периодическое появление дрожания в ней.

Анамнез: Считает себя больным в течение последних двух лет, когда постепенно стал ощущать скованность в правой руке, неловкость в ней при застегивании пуговиц, нарезании продуктов. При волнении появляется дрожание, которое за последние месяцы стало практически постоянным. Дрожание возникает в покое. При целенаправленном движении правой рукой дрожание полностью исчезает. Отметил, что изменился почерк: стал более мелким и менее разборчивым. В течение последних 10 лет беспокоят запоры.

При осмотре: Глазодвигательных нарушений не выявлено. Пирамидных, чувствительных, мозжечковых симптомов нет. При проведении моторных проб отмечается брадикинетический декремент в правых конечностях. Тремор покоя в правой руке. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в правых конечностях, несколько нарастает в зеркальных пробах. Постурально устойчив. Гипохейрокинез правой руки при ходьбе. Когнитивные функции сохранены. Нарушений мочеиспускания нет. Артериальное давление стабильно в ортостатической пробе. Психотических нарушений нет.

Обследование. При транскраниальной сонографии выявлена гиперэхогенность черной субстанции.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый диагноз и обоснуйте его.
2. Чем обусловлена гиперэхогенность черной субстанции? Какая тактика лечения должна использоваться у данного пациента? Обоснуйте.

Ситуационная задача 52

Пациентка Б. 79 лет обратилась в клинику с жалобами на общую замедленность, скованность, тремор, возникающий в покое в обеих руках, больше в правой, резко сниженный фон настроения, постоянную плаксивость, снижение памяти.

Анамнез заболевания. Со слов пациентки около 8 лет назад периодически стала отмечать дрожание в правой руке, усиливающееся при волнении, замедленность в правой руке при шитье, болевые ощущения в области правого плечевого пояса, которые были расценены неврологом как плече-лопаточный периартрит. Постепенно ощущение неловкости стало возникать и в левой руке, присоединилось дрожание в ней, тремор стал более постоянным. Родственники постоянно обращают внимание пациентки на согбенность ее позы, отсутствие содружественных движений рук при ходьбе. Препараты для коррекции вышеописанных жалоб пациентка никогда не получала. В последние 3 года отмечает появление сниженного фона настроения, нарушений памяти, затруднений при ориентировке в крупных торговых центрах. Была проведена МРТ головного мозга, которая не выявила какой-либо очаговой патологии.

При осмотре: Глазодвигательных нарушений нет. Брадикинезия при выполнении моторных проб с двух сторон. Тремор покоя и постуральный тремор обеих рук, более выраженный справа.

Мышечный тонус резко повышен по пластическому типу, грубее слева. Постурально устойчива. Двусторонний ахейрокинез. Поза согбенная. Депрессивный фон настроения. При нейропсихологическом тестировании выявлены признаки деменции легкой степени подкорково-лобного типа. Вегетативных, мозжечковых, пирамидных симптомов не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый диагноз и обоснуйте его.
2. Какие группы препаратов целесообразно назначить для коррекции симптомов паркинсонизма (с обоснованием), когнитивных нарушений и симптомов депрессии?
3. Что в клинической картине данной пациентки позволяет исключить атипичные формы паркинсонизма.

Ситуационная задача 53

Пациент, 58 лет, инженер в конструкторском бюро. Имеет 2 взрослых сыновей, женат. Пришел на прием в сопровождении жены. Самостоятельно жалоб не предъявляет, согласился прийти к врачу по настоянию жены.

Анамнез: со слов жены в течение последнего года поведение мужа сильно изменилось. Перестал справляться с работой, выполняет чертежи крайне небрежно с многочисленными недочетами из-за чего создалась конфликтная ситуация на работе. Ранее этого не было, всегда был на хорошем счету и ему поручали самые сложные задания. 2 месяца назад был вынужден уйти с работы. Изменился характер – стал крайне раздражителен, груб, престал проявлять интерес к проблемам семьи и детей. Предпочитает подолгу лежать на диване и смотреть телевизор, перестал читать. В гостях стал нетактично шутить, появилась неопрятность при еде, которую абсолютно не замечает.

Анамнез заболевания. Страдает гипертонической болезнью с 55 лет с подъемами до 150/100 мм рт ст, регулярно гипотензивную терапию не получает. Курит 1/2 пачки сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Инфарктов, инсультов, травм головы не было. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

При осмотре: В ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени. Не критичен – считает, что совершенно здоров и ему придираются на работе и в семье.

В неврологическом статусе: ЧМН интакты. Выражен хоботковый рефлекс, рефлекс Маринеску-Радовичи с 2 сторон. Положительный хватательный рефлекс. Мышечная сила в конечностях не изменена. Мышечный тонус симметричен, но с элементами пластики. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, патологических пирамидных рефлексов нет. Чувствительность и координация не нарушены. Тазовые функции контролирует, но стал небрежен в физиологических отправлениях.

Нейропсихологическое тестирование: MMSE- 26 баллов (ошибся в серийном счете, вместо предложения написал «все нормально», при копировании пятиугольников пририсовал дополнительные детали в виде глаз и ушей). По шкале лобной дисфункции - 13 баллов (не смог выполнить ни одного задания на обобщение, назвал 7 слов в тесте на фонематические ассоциации, схватился за руки при оценке хватательного рефлекса). Речь обеднена, односложно отвечает на вопросы, самостоятельно разговор не поддерживает. При ответе на вопрос неоднократно повторяет фразу врача.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение
3. Приведите клиническое обоснование диагноза.

Ситуационная задача 54

Пациент П. 60 лет обратился в клинику с жалобами на нарушения ходьбы с частыми падениями назад, общую замедленность.

Из анамнеза известно, что в течение последних двух лет постепенно стали нарастать неустойчивость во время ходьбы, в результате чего пациент неоднократно падал на спину, поперхивания при еде, общая скованность и замедленность. Стадию гемипаркинсонизма пациент отрицает.

При осмотре: парез взора вниз. «Удивленный» взгляд. Периодически возникает апраксия открывания глаз. Поперхивается. Легкая дизартрия. Высокий глоточный рефлекс. Ретроколлис. Общая гипокинезия. Симметричная гипокинезия при выполнении моторных проб без брадикинетического декремента. Тремора нет. Симметричное повышение мышечного тонуса по пластическому типу, грубее в аксиальных отделах. Грубая постуральная неустойчивость: в толчковой пробе падает «как подкошенное дерево». Разгибательная позная установка туловища. Походка замедленна. Тенденция к падению назад при ходьбе. Когнитивные нарушения подкорково-лобного типа.

Обследование. Проведена МРТ головного мозга, выявившая наличие симптома «колибри».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и укажите, какие симптомы говорят в пользу данного диагноза.
2. Какие изменения могут быть отмечены на МРТ головного мозга?
3. Какой основной подход к терапии данного заболевания (укажите группу препаратов и дозы).

Ситуационная задача 55

Пациент, 58 лет, инженер в конструкторском бюро. Имеет 2 взрослых сыновей, женат. Пришел на прием в сопровождении жены. Самостоятельно жалоб не предъявляет, согласился прийти к врачу по настоянию жены.

Анамнез: со слов жены в течение последнего года поведение мужа сильно изменилось. Перестал справляться с работой, выполняет чертежи крайне небрежно с многочисленными недочетами из-за чего создалась конфликтная ситуация на работе. Ранее этого не было, всегда был на хорошем счету и ему поручали самые сложные задания. 2 месяца назад был вынужден уйти с работы. Изменился характер – стал крайне раздражителен, груб, престал проявлять интерес к проблемам семьи и детей. Предпочитает подолгу лежать на диване и смотреть телевизор, перестал читать. В гостях стал нетактично шутить, появилась неопрятность при еде, которую абсолютно не замечает. Страдает гипертонической болезнью с 55 лет с подъемами до 150/100 мм рт ст, регулярно гипотензивную терапию не получает. Курит 1/2 пачки сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Инфарктов, инсультов, травм головы не было. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

При осмотре: В ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени. Не критичен – считает, что совершенно здоров и ему придираются на работе и в семье.

В неврологическом статусе: ЧМН интакты. Выражен хоботковый рефлекс, рефлекс Маринеску-Радовичи с 2 сторон. Положительный хватательный рефлекс. Мышечная сила в конечностях не изменена. Мышечный тонус симметричен, но с элементами пластики. Сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, патологических пирамидных рефлексов нет. Чувствительность и координация не нарушены. Тазовые функции контролирует, но стал небрежен в физиологических отправлениях.

Нейропсихологическое тестирование: MMSE- 26 баллов (ошибся в серийном счете, вместо предложения написал «все нормально», при копировании пятиугольников пририсовал

дополнительные детали в виде глаз и ушей). По шкале лобной дисфункции - 13 баллов (не смог выполнить ни одного задания на обобщение, назвал 7 слов в тесте на фонематические ассоциации, схватился за руки при оценке хватательного рефлекса). Речь обеднена, односложно отвечает на вопросы, самостоятельно разговор не поддерживает. При ответе на вопрос неоднократно повторяет фразу врача.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение
3. Приведите клинические рассуждение по постановке диагноза.