

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВОХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ А.А. БОГОМОЛЬЦА

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО НЕВРОЛОГИИ ПРАКТИКУМ

*Под редакцией
проф. Л. И. Соколовой*

*(для студентов высших медицинских учебных
заведений IV уровня аккредитации)*

Винница
Новая Книга
2014

УДК 616.8(075.8)

ББК 56.12я73

К 49

Перевод практикума с украинского языка, рекомендованного Центральным методическим кабинетом высшего медицинского образования МЗ Украины как практикум для студентов высших медицинских учебных заведений IV уровня аккредитации (протокол № 2 от 01.06.2012 г.)

Авторы:

Л. И. Соколова - заведующий кафедрой неврологии НМУ, доктор медицинских наук, профессор
Т. И. Ильяш - кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии НМУ
М. М. Прокопив - кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии НМУ
Н. Г. Матюшко - кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии НМУ
Н. С. Турчина - кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии НМУ
З. И. Заводнова - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии НМУ

Рецензенты:

С. П. Московко, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней с курсом нейрохирургии Винницкого Национального медицинского университета имени Н. И. Пирогова
В. П. Лисенюк, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии и реабилитационной медицины Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца
Т. И. Негрич, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого

Под редакцией профессора Л.И.Соколовой

Клинические задачи по неврологии: практикум для студ. высших мед. учеб. заведений / [Л. И. Соколова, Т. И. Ильяш, М. М. Прокопив и др.] ; под ред. Л.И.Соколовой. – Винница: Новая Книга, 2014. – ? ? c .: Ил.

ISBN 978-966-382-484-0

В практикуме представлены ситуационные задачи по пропедевтической и клинической (специальной) неврологии. Авторами на основании собственного клинического опыта смоделированы различные клинические ситуации с рядом вопросов, ответы на которые дают возможность последовательно определить клинический синдром, установить топический и клинический диагнозы и выбрать правильную лечебную тактику.

Для студентов высших медицинских учебных заведений IV уровня аккредитации, врачей - интернов и преподавателей.

УДК 616.8(075.8)

ББК 56.12я73

ISBN 978-966-382-484-0

© Авторы, 2014

© Новая Книга, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	
Раздел 1. Введение. Синдромы чувствительных и двигательных расстройств	
1.1. Важные исторические вехи становления неврологии	
1.2. Патология чувствительной функции нервной системы	
1.3. Рефлекторно - двигательные нарушения	
1.4. Поражение экстрапирамидной системы	
1.5. Патология координационной системы	
Раздел 2 . Патология черепных нервов. Нарушение автономной нервной системы и высших мозговых функций	
2.1. Поражение черепных нервов	
2.2. Патология автономной нервной системы	
2.3. Патология высших мозговых функций	
Раздел 3. Дополнительные методы исследования в неврологии. Патология ликворной системы. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. Закрытая черепно-мозговая и спинальная травма. Опухоли головного и спинного мозга. Эпилепсия. Нейроинтоксикации. Поражение нервной системы при воздействии физических факторов	
3.1. Дополнительные методы обследования неврологических больных	
3.2. Патология спинномозговой жидкости, ликворные синдромы	
3.3. Нарушение мозгового и спинального кровообращения	
3.4. Закрытая травма центральной нервной системы	
3.5. Опухоли головного и спинного мозга	
3.6. Эпилепсия	
3.7. Нейроинтоксикации. Поражение нервной системы при воздействии физических факторов	
Раздел 4. Инфекционные, паразитарные, демиелинизирующие заболевания нервной системы. Боковой амиотрофический склероз. Головная боль, мигрень. Детский церебральный паралич	
4.1. Инфекционные заболевания нервной системы	
4.2. Паразитарные заболевания нервной системы	
4.3. Демиелинизирующие заболевания нервной системы	
4.4. Боковой амиотрофический склероз	
4.5. Головная боль. Мигрень	
4.6. Детский церебральный паралич	
Раздел 5. Заболевания периферической нервной системы. Наследственные заболевания нервной системы. Миастения. Врожденные дефекты позвоночника и спинного мозга. Сирингомиелия. Соматоневрологические синдромы	
5.1. Заболевания периферической нервной системы	
5.2. Наследственные заболевания нервной системы	
5.3. Миастения	
5.4. Врожденные дефекты позвоночника и спинного мозга. Сирингомиелия	
5.5. Неврологические нарушения при соматических заболеваниях	

ВВЕДЕНИЕ

Дальнейшее развитие системы высшего медицинского образования требует внедрения в учебный процесс новых форм и методов обучения и контроля знаний, способствующих его интенсификации, формирующих у студентов практические умения по диагностике изучаемых болезней.

Подготовленный сотрудниками кафедры неврологии Национального медицинского университета практикум содержит ситуационные задачи, моделирующие клинические ситуации из различных разделов пропедевтической и специальной неврологии. К каждой ситуационной задаче прилагается ряд вопросов, последовательное решение которых позволяет решить клиническую проблему – установить топический, клинический диагнозы, определить форму, стадию болезни, провести дифференциальную диагностику, назначить лечение. Последовательные алгоритмические ответы на поставленные вопросы, отражающие логический ход решения клинической проблемы, побуждают студентов к умственным усилиям и содействуют развитию клинического мышления будущих врачей.

Предложенные ситуационные задачи могут быть использованы преподавателями для письменного контроля знаний на практических занятиях, итоговом модульном контроле. В сборнике представлены правильные ответы на все заданные вопросы. Поэтому материал практикума студенты могут использовать для самоконтроля знаний в процессе самостоятельного изучения различных разделов медицины, что будет способствовать их лучшему изучению.

1 Раздел

Введение. Синдромы чувствительных и двигательных расстройств

1.1. Важные исторические вехи становления неврологии

1. Французский невролог, впервые описавший клиническую картину истерии, стал основателем неврологии, как самостоятельной дисциплины.

1. Назовите этого ученого.

2. В каком году и где он организовал первую в мире клинику и кафедру нервных болезней?

3. Какие еще заболевания он изучал?

2. Основатель Киевской школы неврологов, стал заведующим первой самостоятельной кафедры нервных болезней медицинского Императорского университета Святого Владимира, а в эмиграции - организатором медицинского факультета, клиники и кафедры нервных и душевных болезней Загребского университета (Хорватия).

1. Укажите его имя.

2. У какого известного писателя-медика этот профессор принимал экзамен по неврологии и оценил его знания на «отлично»?

3. В каких еще направлениях медицины, кроме неврологии, работал этот ученый?

3. Известный невролог, один из организаторов создания Института геронтологии в Киеве, с 1922 по 1962 год возглавлял кафедру нервных болезней Киевского медицинского института.

1. Укажите этого ученого.

2. В какой больнице находилась возглавляемая им кафедра нервных болезней?

3. В каком году эта кафедра отмечала 100-летие?

4. Известный российский невролог, основатель московской школы неврологов, директор первой в России (1869) университетской клиники нервных болезней, в 1894 году описал особенную форму корковой эпилепсии – *epilepsia partialis continua* – и верно утверждал о ее инфекционной природе.

1. Укажите этого ученого.

2. Какое современное название этой формы эпилепсии?

3. В стадии остаточных явлений какого заболевания она встречается?

5. В 1863 году у больных с опухолями вокруг центральной борозды описаны очаговые эпилептические припадки, обусловленные возникновением локального эпилептического очага и раздражением этих участков мозга.

1. Какой ученый описал такую форму эпилепсии?

2. Какие клинические проявления этих приступов?

3. В результате раздражения каких участков мозга они возникают?

6. В конце XIX в. известный киевский анатом у обезьян открыл нервные клетки, образующие проводящие пути между двигательным участком коры головного мозга и спинным мозгом.

1. Укажите имя этого ученого.
2. Какие клетки он описал, и какие пути они образуют?
3. В каком участке коры головного мозга находится наибольшее скопление этих клеток?

7. Английский врач Томас Уиллис известен своими трудами в области анатомии и физиологии головного мозга и его сосудов.

1. Какое сосудистое анатомическое образование на основании мозга описал этот ученый?
2. Что представляет собой это образование?
3. Какое его значение?

8. В 1869 году шотландский офтальмолог описал зрачковый синдром, который в сочетании с другими признаками позволяет диагностировать сифилитическое поражение нервной системы.

1. Укажите имя этого ученого.
2. Как проверяется этот синдром?
3. В чем заключается эта патология зрачков?

9. В 1896 году французский невролог из семьи польских эмигрантов, в дальнейшем член Парижской академии наук, редактор журнала "Revue neurologique", описал патологический рефлекс, который является ранним и самым достоверным признаком поражения пирамидного пути.

1. Укажите имя этого ученого. Как называется этот патологический рефлекс?
2. Как он вызывается?
3. Какая реакция возникает в случае его появления?
4. У кого этот рефлекс является физиологическим и почему?

10. В 1882 году петербургский терапевт описал характерный для менингита признак, в основе которого лежит рефлекторная сгибательная контрактура мышц задней поверхности бедра.

1. Укажите имя этого ученого. Какой симптом он описал?
2. В чем заключается этот симптом?

11. В 1689 году известный английский врач Томас Сиденгем впервые описал заболевание, чаще встречающееся у детей, и дал ему название, гречески означающее "пляска".

1. Укажите это заболевание.
2. Какая его этиология?
3. Каковы его основные клинические проявления?

12. Поводом автору для описания в 1872 году этого прогрессирующего наследственно-дегенеративного заболевания с преждевременной гибельюнейронов стриарной системы, преимущественно хвостатого ядра, стало наблюдение в течение 75 лет членов разных поколений одной американской семьи.

1. Укажите ученого, описавшего эту болезнь?
2. Какое современное название болезни?
3. Какие основные ее клинические синдромы?

13. Выдающийся немецкий терапевт, основные исследования которого были посвящены изучению циркуляции спинномозговой жидкости, впервые в 1890 году провел поясничную пункцию субарахноидального пространства с целью прижизненного изучения спинномозговой жидкости и эндолюмбального введения лекарств.

1. Укажите имя этого ученого.
2. Подробным изучением какого заболевания, носящего его имя, также занимался этот ученый?

14. В 1872 году французский невролог Гийом Дюшен описал заболевание, возникающее у новорожденных после некоторых акушерских манипуляций. Спустя 4 года подобную клиническую картину у взрослых наблюдал немецкий невролог Вильгельм Эрб.

1. О поражении каких структур нервной системы идет речь?
2. Укажите это заболевание.

15. В 1887 году австрийский паталогоанатом А. Вейксельбаум из спинномозговой жидкости 6 больных выделил грамотрицательные диплококки и обратил внимание на то, что они находились преимущественно внутри лейкоцитов.

1. Укажите современное название этого возбудителя.
2. Какое заболевание нервной системы вызывает эта инфекция?

16. В 1840 году немецкий ортопед Яков Гейне впервые дал полную клиническую характеристику этого известного еще с древних времен, преимущественно детского заболевания. А в 1890 году, описывая эпидемическую вспышку болезни в Стокгольме, шведский врач К. Медин развил учение об этом заболевании, указав на его контагиозность.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какова этиология этой болезни?

17. На Венском обществе неврологов и психиатров в 1917 году известный австрийский невролог сообщил об эпидемической вспышке новой инфекционной болезни, которая в последующие годы распространилась до пандемии, и проявлялась "странный" в то время клинической симптоматикой, которая свидетельствовала, как было установлено позже, о поражении промежуточного и среднего мозга.

1. Укажите имя этого ученого.
2. Какое заболевание он описал?
3. Сочетание каких клинических признаков этой болезни было странным для врачей того времени?

18. В 1817 году английский врач в книге "Essay on the Shaking palsy" дал исчерпывающую характеристику основных проявлений описанной им болезни.

1. Укажите имя этого врача.
2. Какое современное название этой болезни?
3. Укажите ее основные клинические проявления.

Ответы

1

1. Жан Мартен Шарко.
2. В 1860 году отделил неврологию от терапии и организовал в Париже первую в мире клинику и кафедру нервных болезней.
3. Шарко изучал рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз.

2

1. Профессор Михаил Никитович Лапинский.
2. Принимал экзамен у М. Булгакова.
3. М. Лапинский внес большой вклад в развитие физиотерапии, гидротерапии.

3

1. Академик Борис Никитович Маньковский
2. В Александровской клинической больнице (в то время больница называлась клинической больницей им. Октябрьской революции).
3. В 2003 году.

4

1. Алексей Яковлевич Кожевников.
2. Кожевниковская эпилепсия.
3. Встречается в стадии остаточных явлений клещевого энцефалита.

5

1. Английский ученый-невролог Джон Джексон.
2. Возникают локальные приступы клонических судорог или парестезий.
3. В случае раздражения прецентральной извилины возникают приступы клонических судорог, постцентральной извилины - приступы парестезий.

6

1. Владимир Алексеевич Бец.
2. Гигантские пирамидные нейроны, аксоны которых образуют двигательные проводящие пути - пирамидные пути.
3. В прецентральной извилине лобной доли головного мозга.

7

1. Артериальный круг большого мозга (Вилизиев круг).
2. Это замкнутая система, образованная в результате соединения между собой сосудов каротидного и вертебробазилярного бассейнов передней и задними соединительными артериями.
3. В некоторой степени обеспечивает компенсацию нарушений кровообращения при закупорке одной из мозговых артерий.

8

1. Аргайл Робертсон.
2. Проверяют реакцию зрачков на свет, реакцию зрачков на конвергенцию и аккомодацию.
3. Отсутствует реакция зрачков на свет, сохранена реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию.

9

1. Жозеф Бабинский, рефлекс Бабинского.
2. Проводят штриховое раздражение наружного края подошвы.
3. Разгибание большого пальца стопы.
4. Рефлекс наблюдается в норме у детей до 1-1,5-летнего возраста, что обусловлено незавершенной миелинизацией пирамидных путей.

10

1. Владимир Михайлович Керниг, менингеальный симптом Кернига.
2. Невозможно до конца разогнуть нижнюю конечность больного в коленном суставе, предварительно согнутую под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах.

11

1. Малая хорея (хорея Сиденгама).
2. Малая хорея – одно из проявлений ревматизма, ревматический энцефалит.
3. Хореические гиперкинезы и значительная мышечная гипотония сочетаются с признаками ревматического поражения других органов.

12

1. Американский психиатр и невролог Георг Гентингтон.
2. Хорея Гентингтона.
3. Распространенные хореические гиперкинезы и прогрессирующая деменция.

13

1. Генрих Квинке.
2. Ангионевротический отек Квинке.

14

1. Поражение верхнего ствола плечевого сплетения.
2. Верхняя плечевая плексопатия Дюшенна-Эрба.

15

1. Менингококк.
2. Менингококковый менингит.

16

1. Полиомиелит.
2. Болезнь вызывает вирус полиомиелита, относящийся к группе энтеровирусов.

17

1. Константин Экономо.
2. Летаргический энцефалит Экономо.
3. Патологическая сонливость, глазодвигательные расстройства и выраженная гиперсаливация.

18

1. Джеймс Паркинсон.
2. Болезнь Паркинсона.
3. Гипокинезия, мышечная ригидность, дрожание.

1.2. Патология чувствительной функции нервной системы

1. У больного нарушена глубокая чувствительность с обеих сторон от уровня Т5 сегмента.

1. Какие виды чувствительности пострадали?
2. Где локализуется очаг поражения?
3. Почему больной жалуется на покачивание при ходьбе?

2. У больной нарушена только болевая и температурная чувствительность слева на уровне С4-Т12 сегментов (в виде полукуртки).

1. Как называется такое нарушение чувствительности?
2. По какому типу нарушена чувствительность?
3. Какие структуры нервной системы поражены и на каком уровне находится очаг поражения?
4. Почему другие виды чувствительности не нарушены?

3. У больного утрачены все виды чувствительности в правой половине тела.

1. Как называется такое нарушение чувствительности?
2. Укажите тип чувствительных нарушений.
3. Где может локализоваться очаг поражения?
4. Может ли такого больного беспокоить шаткость при ходьбе, если так, то почему и как называется такая патология?

4. У больного с травмой спинного мозга кроме двигательных нарушений определяется анестезия всех видов чувствительности от уровня пупка книзу.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Где локализуется очаг поражения?
3. Повреждением каких структур можно объяснить чувствительные расстройства?

5. У больного периодически возникают приступы ощущения онемения правой руки, продолжающиеся в течение минуты.

1. С раздражением какого отдела нервной системы связаны эти ощущения?
2. Как называются такие приступы?
3. Может больной во время таких приступов терять сознание?

6. У больного, страдающего сахарным диабетом, утрачены все виды чувствительности на кистях и стопах в виде «носков» и «перчаток».

1. На что будет жаловаться больной?
2. По какому типу нарушена чувствительность?
3. Поражение каких структур нервной системы приведет к развитию такой патологии?
4. Возможно ли возникновение атаксии у больного?

7. У больного при проведении МРТ спинного мозга обнаружена опухоль, сдавливающая половину поперечника спинного мозга в грудном отделе на уровне Т10-Т11 сегментов.

1. Какие виды чувствительности пострадали, по какому типу и с какой стороны?
2. С поражением каких структур спинного мозга связано возникновение чувствительных нарушений?

8. У больного 60 лет, переболевшего 20 лет назад сифилисом, постепенно возникло покачивание при ходьбе. Шаткость усиливается в сумерках и темноте.

1. Как называется такое нарушение? Какова его особенность?
2. Почему возникли такие расстройства?
3. Какие структуры нервной системы поражены?

9. У больного постепенно возникла гипестезия болевой и температурной чувствительности в руках. Тактильная чувствительность сохранена.

1. Что такое "гипестезия"?
2. По какому типу нарушена чувствительность?
3. Определите очаг поражения.

10. Больного, перенесшего травму правой руки, беспокоит боль в кисти, нарушено сгибание I и II пальцев кисти. Отмечается снижение чувствительности на радиальной части ладони и на ладонной поверхности I-III пальцев и половине IV пальца.

1. Какие виды чувствительности нарушены?
2. Укажите тип чувствительных нарушений.
3. Какие структуры нервной системы пострадали?
4. Какой вид приобретает кисть в случае длительного течения болезни?

11. У больной после переохлаждения появилась боль в правой половине лица, через 2 дня - пузырьковая сыпь на коже лба справа.

1. Возможно ли снижение чувствительности в зоне высыпаний?
2. Что поражено у больного?

12. Больного, перенесшего инсульт, беспокоит жгучая боль в правой половине тела. Обнаружена правосторонняя гемианестезия всех видов чувствительности.

1. Как называется такая боль?
2. Определите место локализации процесса.
3. Какие еще симптомы могут быть обнаружены при такой локализации патологического очага?

13. У больного, перенесшего инсульт, ослабели левые конечности, возникла левосторонняя гемигипестезия всех видов чувствительности.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Где может находиться патологический очаг?
3. Какой путь пострадал?

Ответы

1
1. Пострадали мышечно-суставная, вибрационная виды чувствительности, ощущение давления, массы.

2. Очаг поражения находится в задних канатиках спинного мозга на уровне Т5.
3. Больной покачивается при ходьбе, так как при поражении задних канатиков спинного мозга возникает сенситивная атаксия.

2
1. Диссоциированное расстройство чувствительности, поэтому выпадает только болевая и температурная чувствительность.
2. По сегментарному типу.
3. Очаг поражения находится в задних рогах спинного мозга на уровне С4-Т12 сегментов слева, где располагаются тела вторых нейронов поверхностных видов чувствительности.
4. Тактильная и глубокая чувствительность не нарушаются, так как их проводники проходят в задних канатиках спинного мозга.

3
1. Это правосторонняя гемианестезия.
2. Чувствительность нарушена по проводниковому типу.
3. Очаг поражения может локализоваться в левом полушарии головного мозга на уровне медиальной петли, таламуса или во внутренней капсуле.
4. Возникнет шаткость при ходьбе – сенситивная атаксия, потому что поражены проводники глубоких видов чувствительности, в частности мышечно-суставного чувства.

4
1. Проводниковый тип нарушения чувствительности.
2. Очаг поражения в грудном отделе спинного мозга на уровне Т8 сегмента.
3. Поражены боковые канатики спинного мозга, где проходят волокна поверхностных видов чувствительности, и задние канатики спинного мозга, несущие волокна глубоких видов чувствительности.

5
1. Раздражается средняя часть левой постцентральной извилины.
2. Чувствительная джексоновская эпилепсия.

3. Может, только в случае распространения раздражения на всю поверхность мозга, когда локальный эпилептический приступ перейдет во вторично-генерализованный.

6

1. Больной будет жаловаться на онемение, ощущение "ползания мурашек", боль в конечностях, шаткость при ходьбе.

2. Чувствительность нарушена по периферическому полиневритическому типу.

3. Поражены периферические нервы в дистальных отделах конечностей.

4. Может возникнуть сенситивная атаксия, обусловленная нарушением мышечно-суставного чувства, усиливающаяся в темноте или при закрывании глаз.

7

1. Проводниковая анестезия болевой и температурной чувствительности на стороне, противоположной поражению от L1 сегмента книзу. Нарушение глубоких видов чувствительности по проводниковому типу на стороне патологического очага с уровня поражения книзу. Сегментарное выпадение болевой и температурной чувствительности на стороне поражения на уровне T10-T11 сегментов.

2. Проводниковая анестезия болевой и температурной чувствительности обусловлена поражением спинно-таламического пути в боковом канатике спинного мозга, проводниковая анестезия глубоких видов чувствительности – поражением пучков Голля в заднем канатике спинного мозга. Сегментарная анестезия болевой и температурной чувствительности на стороне поражения возникла за счет повреждения задних рогов спинного мозга на уровне патологического очага.

8

1. Сенситивная атаксия. Шаткость усиливается при ходьбе в темноте, уменьшается, когда больной видит суставы ног.

2. Сенситивная атаксия возникла в результате нарушения в ногах мышечно-суставного чувства.

3. Поражены задние канатики спинного мозга выше поясничного утолщения (пучки Голля).

9

1. Гипестезия – снижение чувствительности, уменьшение интенсивности ощущений в каком-либо участке тела.

2. Чувствительность нарушена по сегментарному диссоциированному типу.

3. Поражены задние рога спинного мозга в сегментах C5-T1.

10

1. Нарушенны все виды чувствительности.

2. Периферический мононевритический тип нарушения чувствительности в зоне иннервации нерва.

3. Поражен правый срединный нерв.

4. Вследствие атрофии тенара кисть приобретает вид обезьяней лапы.

11

1. Может проявляться гипестезия всех видов чувствительности в зоне иннервации правого глазного нерва.

2. Верхняя часть узла правого тройничного нерва, содержащего тела чувствительных нейронов, дендриты которых образуют правый глазной нерв.

12

1. Гемиалгия, таламическая боль.

2. Левый таламус.

3. Могут выявляться правосторонняя гомонимная гемианопсия и сенситивная атаксия в правых конечностях.

13

1. Проводниковый тип нарушения чувствительности.

2. Может быть поражена правая внутренняя капсула или лучистый венец.

3. Пострадал правый таламо-корковый путь.

1.3. Рефлекторно-двигательные нарушения

1. У больного с травматическим поражением поперечника спинного мозга возник нижний центральный парапарез.

1. Укажите признаки центрального пареза.

2. Какой отдел спинного мозга поврежден?

3. Возможны ли нарушения чувствительности при такой локализации процесса?

4. Повреждение каких путей вызвало двигательные и чувствительные расстройства?

2. У больного после перенесенного инсульта отмечаются левосторонняя гемианестезия и спастический левосторонний гемипарез с мышечной силой в 2 балла в левой руке и левой ноге.

1. Что означает термин "спастический гемипарез"?

2. Какие виды чувствительности нарушены и по какому типу?

3. Где находится очаг поражения?

4. Как называется поза больного, которая может сформироваться в восстановительном периоде болезни?

3. У больного после перенесенного инсульта отмечается центральный парез правой руки без чувствительных нарушений.

1. Могут ли быть нарушены глубокие рефлексы на правой руке?

2. Где может находиться очаг поражения?

4. Больной перенес инсульт в области левой внутренней капсулы.

1. Какой двигательный нейрон пострадал? Как называется поврежденный двигательный путь?

2. С какой стороны и какие двигательные нарушения появятся?

3. Будет ли нарушена чувствительность, если да, то какие виды и по какому типу пострадают?

5. Больную, страдающую сахарным диабетом, беспокоит слабость мышц ног. Выявлено снижение сухожильных и периостальных рефлексов на ногах, гипестезию всех видов чувствительности по полиневритическому типу.

1. Как называется обнаруженная слабость мышц ног?
2. Какой двигательный нейрон пострадал?
3. Что поражено?

6. У больного после травмы руки не разгибается правая кисть, он не может отвести большой палец в сторону.

1. Как называется такая патология?
2. Как изменятся сухожильные рефлексы на правой руке?
3. Что поражено?
4. Будут ли чувствительные расстройства на правой руке у больного, если да, то какие?

7. У больного в результате травмы ныряльщика разрушен поперечник спинного мозга на уровне С3-С4 сегментов.

1. Какие нарушения двигательной и чувствительной функций появились?
2. Какие нервные структуры пострадали?
3. Будет ли нарушено мочеиспускание, если да, то почему и по какому типу?
4. Нарушится ли дыхание, если да, то почему?

8. У больного после травматического повреждения спинного мозга возник верхний вялый парапарез и центральная нижняя параплегия.

1. Повреждение каких структур и на каком уровне вызвало такую патологию?
2. Возможны ли расстройства мочеиспускания, если да, то какие?

9. У больного после травмы головы сформировалась субдуральная гематома. Был прооперирован в нейрохирургическом отделении. Объективно: отстает правая нога при выполнении пробы Барре, положительный симптом Бабинского справа, коленные и ахилловы рефлексы D>S.

1. Как называется патология, возникшая у больного?
2. Укажите место локализации патологического процесса.

10. У ребенка на фоне повышения температуры появилась слабость обеих ног, глубокие рефлексы на ногах не вызываются. Чувствительность сохранена.

1. Как называется такое нарушение движения?
2. Поражение каких нервных структур можно заподозрить?
3. Возможно ли изменение мышечного тонуса в ногах?

11. У больной периодически без потери сознания возникают приступы клонических судорог в правой ноге, продолжающиеся несколько секунд.

1. О чём свидетельствуют такие приступы?
2. Как они называются?
3. Где локализуется патологический процесс?

Ответы

1

1. Гипертония мышц, отсутствие кожных рефлексов, наличие патологических рефлексов, повышение глубоких рефлексов, наличие патологических синкинезий.
2. Поражен грудной отдел спинного мозга.
3. Будут нарушены все виды чувствительности по проводниковому типу ниже уровня поражения.
4. Пострадали пирамидные пути и спино-таламические пути в боковых канатиках с обеих сторон и пучки Голля в задних канатиках спинного мозга.

2

1. Гемипарез с повышением мышечного тонуса по спастическому типу.
2. Нарушены поверхностная и глубокая чувствительность по проводниковому типу.
3. Поражена правая внутренняя капсула.
4. Поза Вернике - Манна.

3

1. Глубокие рефлексы на руке будут повышенны.
2. Может быть поражена средняя часть левой прецентральной извилины.

4

1. Центральный нейрон. Корково-спинномозговой путь.
2. Правосторонний центральный гемипарез.
3. Нарушение всех видов чувствительности по проводниковому типу (правосторонняя гемианестезия).

5

1. Периферический парез мышц нижних конечностей.
2. Пострадал периферический двигательный нейрон.
3. Поражены периферические нервы на нижних конечностях.

6

1. Периферический парез мышц кисти.
2. Будут снижены разгибательный локтевой и карпо-радиальный рефлексы на этой руке.
3. Поражен правый лучевой нерв.
4. Снижение всех видов чувствительности на правой кисти по периферическому мононевритическому типу в зоне автономной иннервации лучевого нерва.

7

1. Центральная тетраплегия, двусторонняя анестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу.
2. Центральная тетраплегия обусловлена двусторонним поражением двигательного корково-спинномозгового пути, двусторонняя анестезия всех видов чувствительности – повреждением спино-таламического пути в боковых канатиках и пучков Голля и Бурдаха в задних канатиках спинного мозга.
3. Мочеиспускание будет нарушено по центральному типу в виде периодического недержания мочи вследствие двустороннего поражения пирамидных путей, соединяющих корковые центры регуляции мочеиспускания со спинальными рефлекторными центрами мочеиспускания.

4. У больного будет отсутствовать самостоятельное дыхание в связи с возникновением паралича диафрагмы, получающей иннервацию из поврежденных сегментов спинного мозга.

8

1. Поражен спинной мозг на уровне шейного утолщения (C5-T1 сегменты). Периферический верхний парапарез возник в результате поражения передних рогов, центральная нижняя параплегия в результате повреждения пирамидных путей в боковых канатиках на этом уровне.

2. Может быть нарушение мочеиспускания по центральному типу – задержка мочи, периодическое недержание мочи.

9

1. Центральный монопарез правой ноги.

2. Процесс в верхней части прецентральной извилины левой лобной доли.

10

1. Нижний периферический парапарез.

2. Передние рога или передние корешки L1 - S2сегментов.

3. Гипо- или атония мышц нижних конечностей.

11

1. Приступы свидетельствуют о раздражении центральных мотонейронов.

2. Двигательная джексоновская эпилепсия.

3. Раздражается верхний участок левой прецентральной извилины.

1.4. Поражение экстрапирамидной системы

1. У ребенка 10 лет, болеющего ревматизмом, появились быстрые, размашистые непроизвольные движения в мышцах лица, конечностей, напоминающие кривляние, двигательное беспокойство.

1. Как называются такие движения?

2. О каком синдроме следует думать?

3. Какие структуры нервной системы пострадали?

2. У больного 65 лет постепенно развились скованность при движении, "поза сгибателей", гипомимия, тихая монотонная речь, ритмичный трепет пальцев кистей. Со временем появилась шаркающая походка.

1. О каком синдроме следует думать?

2. Какие структуры нервной системы пострадали?

3. Какой патогенетический механизм этого синдрома?

3. У больной 35 лет наблюдаются червеобразные движения пальцами кистей, ослабление мышечного тонуса в конечностях. Также наблюдаются гримасничанье и быстрые, размашистые, насильтственные движения верхними и нижними конечностями, особенно при ходьбе.

1. Укажите синдром.

2. Уточните клинические проявления этого синдрома.

3. Какие структуры нервной системы пострадали?

4. У ребенка 15 лет, который ранее болел энцефалитом, возникли непроизвольные движения в мышцах шеи и туловища, напоминающие вращение вокруг средней оси тела. Мышечный тонус в конечностях снижен.

1. Укажите синдром.
2. Уточните клинические проявления этого синдрома.
3. Какие структуры нервной системы пострадали?

5. У молодого пациента возникли непроизвольные движения в мышцах шеи, напоминающие насильственный поворот головы в сторону, сопровождающийся напряжением этих мышц.

1. Как называются непроизвольные движения?
2. Уточните название таких непроизвольных движений.
3. К какой группе двигательных расстройств они относятся?

Ответы

1

1. Хореические гиперкинезы.
2. Гипотонически-гиперкинетический синдром.
3. Пострадали структуры неостриарной системы: хвостатое ядро и скрлупа.

2

1. Гипертонически-гипокинетический синдром (синдром паркинсонизма).
2. Пострадали черное вещество и бледный шар.
3. Уменьшение количества дофамина в черном веществе и полосатом теле.

3

1. Гипотонически-гиперкинетический синдром.
2. Гиперкинезы в виде атетоза и хореи.
3. Пострадали хвостатое ядро и скрлупа.

4

1. Гипотонически-гиперкинетический синдром.
2. Гиперкинезы в виде торсионной дистонии.
3. Пострадали хвостатое ядро и скрлупа.

5

1. Гиперкинезы.
2. Спастическая кривошея.
3. К группе локальных дистоний.

1.5 . Патология координационной системы

1. У больного 35 лет, страдающего рассеянным склерозом, обнаружены интенционный тремор при выполнении пальценосовой пробы правой рукой, скандированная речь и горизонтальный нистагм при взгляде вправо.

1. Какая функция нервной системы нарушена?
2. Как называются нарушения этой функции?
3. Какая структура нервной системы пострадала?

2. В неврологическом статусе больного с инсультом в вертебрально-базилярном бассейне обнаружен нистагм при взгляде вправо, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб правыми конечностями и адиадохокинез в правой руке.

1. Какая функция нервной системы нарушена?
2. Какая структура нервной системы пострадала?
3. Объясните, что означает термин адиадохокинез и как эту патологию обнаружить?

3. Больной с рассеянным склерозом жалуется на шаткость при ходьбе в темноте и при хорошем освещении, неуверенность при выполнении точных движений. У другого пациента, болеющего нейросифилисом, шаткость при ходьбе возникает только в темноте.

1. Какая функция нервной системы нарушена у этих больных?
2. Какие структуры нервной системы пострадали в первом и во втором случаях?
3. Как называется патология у первого и второго пациентов?

4. Больная жалуется на слабость ног, шаткость при ходьбе, нарушение мочеиспускания. Выявлено нистагм, адиадохокинез, интенционный тремор в руках. Снижена мышечная сила в ногах, брюшные рефлексы не вызываются, гиперрефлексия глубоких рефлексов с ног, двусторонние патологические стопные рефлексы.

1. Какие синдромы выявлены у больной?
2. Какие структуры нервной системы пострадали?
3. По какому типу нарушено мочеиспускание у больной? Укажите характер нарушения.

Ответы

1

1. Нарушена координация движений.
2. Нарушение координаторной функции называется атаксией.
3. Пострадало правое полушарие мозжечка.

2

1. Нарушена координаторная функция нервной системы.
2. Пострадало правое полушарие мозжечка.
3. Адиадохокинез – нарушение содружественности движения при переводе кистей из положения пронации в положение супинации с ускорением.

3

1. Нарушение функции координации движений.
2. У первого больного пострадал мозжечок, у второго – пути глубокой чувствительности в задних канатиках спинного мозга.
3. У первого больного – мозжечковая атаксия, во втором случае – сенситивная атаксия.

4

1. Мозжечковая атаксия и нижний спастический парапарез.
2. Пострадал мозжечок и пирамидный путь с обеих сторон в грудном отделе спинного мозга.
3. Мочеиспускание нарушено по центральному типу. Возможно возникновение императивных позывов и периодического недержания мочи.

2 Раздел

Патология черепных нервов. Нарушение автономной нервной системы и высших мозговых функций

2.1. Поражение черепных нервов

1. У больного периодически возникают кратковременные ощущения неприятного запаха, которые часто завершаются генерализированным судорожным приступом.

1. Как называется такое нарушение обоняния и чем оно обусловлено?
2. Укажите локализацию патологического очага.

2. У больного в результате перенесенной тяжелой травмы головы пострадал левый зрительный нерв. Зрение слева отсутствует.

1. Как называется такая патология? Может ли у больного измениться реакция зрачка этого глаза на свет?
2. Какие могут быть в данном случае изменения на глазном дне?

3. У больного выпали левые верхние квадранты полей зрения.

1. Как называется указанная патология?
2. Поражение какого отдела нервной системы повлечет за собой такое расстройство?

4. У больного периодически возникают перед глазами несуществующие изображения в виде вспышек.

1. Как называются такие нарушения и когда они возникают?
2. Где может локализоваться очаг поражения?
3. Возможно ли у больного возникновение атрофии дисков зрительных нервов?

5. У больного в результате перенесенного инсульта выпали правые половины полей зрения. Со временем окулист обнаружил на глазном дне атрофию дисков зрительных нервов.

1. Как называется такое изменение полей зрения?
2. Какая нервная структура пострадала, и с какой стороны?

6. У больного постепенно развилось выпадение наружных половин полей зрения.

1. Как называется указанная патология?
2. Поражение каких нервных структур ее повлечет?

7. У больного выпали левые нижние квадранты полей зрения.

1. Как называется указанная патология?
2. При поражении какого отдела нервной системы возникнет такое расстройство?

8. У больного, страдающего сахарным диабетом, постепенно опустилось правое верхнее веко. При поднятии века выявляется мидриаз, экзофтальм, расходящееся косоглазие.

1. Что означает "мидриаз"?
2. Определите пораженную структуру.
3. Изменятся ли зрачковые реакции на свет в этом глазу (объясните)?

9. Больной жалуется на двоение, усиливающееся при попытке посмотреть влево. Обнаружено сходящееся косоглазие слева.

1. Парез какой мышцы вызвал такую патологию?
2. Где локализуется очаг поражения?

10. У больного обнаружено легкое сходящееся косоглазие левого глаза и дипlopия при взгляде вниз.

1. Парез какой мышцы вызвал такую патологию?
2. Что поражено?

11. У 60-ти летнего больного на фоне повышения артериального давления внезапно возникли головокружение и дипlopия. Верхнее веко правого глаза опущено. Зрачок этого глаза расширен, глазное яблоко повернуто кнаружи. Снижены сила и объем активных движений в левых конечностях, вызывается рефлекс Бабинского слева.

1. Как называется описанный синдром?
2. Какие структуры и на каком уровне поражены?

12. У больного 55 лет, который 20 лет назад лечился по поводу сифилиса, обнаружено сенситивную атаксию в ногах и синдром Аргайлля Робертсона.

1. Назовите признаки синдрома Аргайлля Робертсона?
2. Поражение каких структур повлекло возникновение сенситивной атаксии в ногах?
3. Будет ли нарушена чувствительность у пациента (детализируйте)?

13. У больного возникло поражение участка мозга, в котором расположено ядро правого отводящего нерва.

1. Какая неврологическая симптоматика будет обнаружена на лице?
2. Где находится патологический процесс?
3. Возможно ли появление парезов конечностей и почему?
4. Как называется такой синдром?

14. Больного в течение 2-х последних дней беспокоит жгучая боль иparestesii в правой половине лица. Сегодня утром на коже лба справа появились пузырьковые высыпания.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. Будут ли изменения рефлексов у больного?
3. Возможно ли возникновение чувствительных расстройств, если да, то в какой области?

15. У больного возникли боли в левом ухе, появились пузырьковые высыпания на коже наружного слухового прохода, ограничены движения левой половины лица.

1. Какие структуры нервной системы и на каком уровне поражены?

2. Какой характер пареза мимических мышц?

Какие рефлексы могут исчезнуть и почему?

3. Укажите название синдрома (по автору).

16. У молодого рабочего после переохлаждения возникла асимметрия лица: не закрывается левый глаз, слезотечение из этого глаза, не может поднять левую бровь, при оскале зубов отмечается симптом "ракетки", гиперакузия и нарушение вкуса на левой половине языка.

1. Какая патология у больного?

2. Где находится патологический процесс?

17. У больной, работающей в комнате с включенным кондиционером, появилась асимметрия лица. Не закрывается и слезится правый глаз, не двигается правый угол рта, сглажена правая носогубная складка. Слух и вкус не нарушены.

1. Какая патология у больной?

2. Что и на каком уровне поражено?

3. Изменяются ли рефлексы на лице?

18. У больного, перенесшего ишемический инсульт, сглажена правая носогубная складка, опущен правый угол рта, при оскале зубов отмечается асимметрия. Другой патологии на лице не выявлено.

1. Как называется такая патология?

2. Какие структуры нервной системы поражены?

3. Изменяются ли рефлексы на лице?

19. У больного обнаружено нарушение вкуса на задней трети левой половины языка.

1. Восприятие какого вкуса нарушено у больного?

2. Какой черепной нерв и с какой стороны поражен?

3. Какие рефлексы могут измениться и почему?

20. У больного после перенесенного ишемического инсульта наблюдается сглаженность правой носогубной складки, отклонение языка в правую сторону при высывании его изо рта, дизартрия. При пробе Барре отстает правая рука. Отмечается повышение глубоких рефлексов на правой руке.

1. Что означает термин "дизартрия"?

2. Как называются имеющиеся у больного двигательные нарушения?

3. Где может находиться очаг поражения?

21. У больного с инсультом в неврологическом статусе выявлены такие изменения: правая глазная щель и зрачок уже, анестезия болевой и температурной чувствительности на правой половине лица в наружной зоне Зельдера, дисфония, дисфагия. Отсутствуют справа глоточный и небный рефлексы, мозжечковая атаксия в правых конечностях. Парезов конечностей нет, имеется левосторонняя гемигипстезия болевой и температурной чувствительности.

1. Как называется обнаруженный синдром?
2. Установите и обоснуйте топический диагноз.
3. По какому типу нарушена чувствительность на лице?

22. У больного наблюдается атрофия правой половины языка, отклонение его при высовывания изо рта вправо и центральный левосторонний гемипарез.

1. Какой у пациента парез языка?
2. Какие структуры поражены?
3. Как называется такой синдром?

23. Больной 83 лет поступил в неврологическое отделение с явлениями дизартрии, дисфонии и дисфагии. Отмечаются насильственный плач, смех, выраженные симптомы орального автоматизма, ограничены движения языка.

1. Дайте определение вышеупомянутым терминам.
2. Определите клинический синдром.
3. Обоснуйте топический диагноз.

24. У больной 50 лет в течение последних месяцев изменилась речь, нарушилось глотание. Выявлены гнусавый голос, дисфагия, дизартрия. Дужки мягкого неба при фонации свисают. Глоточный рефлекс отсутствует. Отмечается атрофия мышц языка с фибриллярными подергиваниями.

1. Какой синдром возник у больной?
2. О чем свидетельствуют фибриллярные подергивания в мышцах языка?
3. Укажите локализацию патологического процесса.

Ответы

- 1**
1. Обонятельные галлюцинации, являющиеся аурой вторично-генерализированного судорожного приступа. Они обусловлены раздражением коркового отдела обонятельного анализатора в височной доле.
 2. Крючок парагиппокампальной извилины на медиальной поверхности височной доли.

- 2**
1. Амавроз. Прямая реакция зрачка на свет отсутствует, сохранена содружественная реакция этого зрачка на свет.
 2. На глазном дне может появиться первичная атрофия диска зрительного нерва.

3

1. Левосторонняя верхнеквадрантная гемианопсия.
2. Поражение язычной извилины или нижних отделов зрительной лучистости в правой затылочной доле.

4

1. Зрительные галлюцинации, возникающие при раздражении коркового отдела зрительного анализатора.
2. В затылочной доле головного мозга.
3. Глазное дно не будет изменено.

5

1. Правосторонняя гомонимная гемианопсия.
2. Поражен левый зрительный путь.

6

1. Бitemporальная гетеронимная гемианопсия.
2. Поражение перекрещенных волокон зрительного перекреста, вероятно при сдавлении ихadenомой гипофиза.

7

1. Левосторонняя нижнеквадрантная гемианопсия.
2. Поражен правый клин или верхние отделы зрительной лучистости в правой затылочной доле.

8

1. Мидриаз - расширение зрачка.
2. Поражён правый глазодвигательный нерв.
3. Будут отсутствовать прямая и содружественная реакции правого зрачка на свет, так как прервана рефлекторная дуга зрачкового рефлекса в эфферентном ее звене.

9

1. Парез наружной прямой мышцы левого глаза.
2. Поражен левый отводящий нерв.

10

1. Парез верхней косой мышцы левого глаза.
2. Поражен левый блоковый нерв.

11

1. Альтернирующий синдром Вебера.
2. Поражены ядро глазодвигательного нерва и пирамидный путь в правой ножке мозга.

12

1. Отсутствует реакция зрачков на свет, сохранена реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию.
2. Поражены пучки Голля в задних канатиках спинного мозга.
3. Возникнет батигипестезия (или батианестезия) в нижних конечностях (снижение или отсутствие глубоких видов чувствительности).

13

1. Периферический парез мимических мышц правой половины лица и сходящееся косоглазие правого глаза.

2. Патологический процесс локализуется в правой половине моста.
3. Возможен центральный парез левых конечностей, так как поражен пирамидный путь в мосту справа.
4. Альтернирующий синдром Фовилля.

14

1. Поражение узла правого тройничного нерва.
2. Будут снижены надбровный, роговичный и конъюнктивальный рефлексы справа, так как прерывается афферентное звено их рефлекторных дуг.
3. Может появиться гипестезия поверхностных видов чувствительности в зоне иннервации правого глазного нерва.

15

1. Поражены левый лицевой нерв на уровне наружного колена и левый коленчатый узел.
2. Периферический парез мимических мышц. Могут исчезнуть надбровный, роговичный и конъюнктивальный рефлексы, так как лицевой нерв образует эfferентное звено рефлекторных дуг этих рефлексов.
3. Синдром Ханта.

16

1. У больного периферический парез мимических мышц левой половины лица.
2. Поражен левый лицевой нерв в костном канале выше отхождения стремянного нерва.

17

1. Периферический парез мимических мышц.
2. Поражен лицевой нерв после его выхода из костного канала.
3. Будет арефлексия правых надбровного, роговичного и конъюнктивального рефлексов.

18

1. Центральный парез мимических мышц.
2. Поражен корково-ядерный путь слева, соединяющий двигательную зону коры головного мозга с нижней частью ядра правого лицевого нерва.
3. Рефлексы на лице не будут нарушены.

19

1. Нарушено восприятие горького вкуса.
2. Поражен левый языкоглоточный нерв.
3. Снизится глоточный рефлекс и рефлекс с мягкого неба слева, потому что языкоглоточный нерв участвует в образовании рефлекторных дуг этих рефлексов.

20

1. Дизатрия – это нарушение артикуляции речи.
2. У больного правосторонний центральный парез мимических мышц и языка, центральный парез правой руки.
3. Очаг поражения может находиться в среднем и нижнем отделе левой прецентральной извилины.

21

1. Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко.

2. Патологический процесс находится в дорсолатеральной части продолговатого мозга справа. Поражены: двойное двигательное ядро (паралич мягкого неба и голосовой связки), каудальная часть ядра спинномозгового пути тройничного нерва (нарушение болевой чувствительности в зоне Зельдера), нисходящие симпатические волокна (синдром Бернара - Горнера), спино-мозжечковый путь (мозжечковые расстройства) и спино-таламический путь (нарушение всех видов чувствительности по проводниковому типу с противоположной стороны).
3. На лице нарушена болевая и температурная чувствительность по сегментарному типу.

22

1. Периферический парез правой половины языка.
2. В правой половине продолговатого мозга поражено ядро правого подъязычного нерва и пирамидный путь.
3. Альтернирующий синдром Джексона.

23

1. Дизартрия – нечеткость речи, обусловленная нарушением ее артикуляции. Дисфония – пониженная звучность голоса. Дисфагия – нарушение глотания.
2. Псевдобульбарный синдром.
3. Двустороннее поражение корково-ядерных волокон, идущих к ядрам черепных нервов бульбарной группы.

24

1. У больной возник бульбарный синдром.
2. Фибриллярные подергивания свидетельствуют о раздражении периферического мотонейрона в ядре XII пары черепных нервов.
3. Поражены ядра IX, X, XII пар черепных нервов в продолговатом мозге.

2.2. Патология автономной нервной системы

1. У взрослого мужчины довольно быстро возникла диспропорция скелета. При осмотре обращают на себя внимание увеличенные и утолщенные надбровные и скуловые дуги, нос, нижняя челюсть, уши, кисти рук и стопы ног.

1. Как называется такая патология?
2. Поражение какого отдела, и какой системы ее вызвало?
3. Какие структуры относятся к этому уровню?
4. Чем обусловлена такая патология?

2. У больного поражен правый верхний шейный симпатический узел.

1. Функция каких мышц глаза будет нарушена?
2. Какие клинические проявления возникнут у больного?
3. Как называется этот синдром?

3. У больного выявляется правосторонний мидриаз и парез аккомодации.

1. Что означает термин "мидриаз"?
2. Чем обусловлена эта патология?

4. У молодого человека, страдающего гастритом, периодически возникают приступы резкого побледнения кожных покровов, тахикардии, внутренне-го озноба, чувства нехватки воздуха, страха смерти. Приступ длится 20-30 минут и заканчивается обильным мочеиспусканием.

1. Как называется этот приступ?
2. Где локализуется поражение?
3. Изменится ли уровень артериального давления во время приступа, если да, то как?

5. У больного возникают приступы, сопровождающиеся общей слабостью, тошнотой, астматическим дыханием, ощущением тяжести в голове, потливостью, урчанием в животе. Кожные покровы во время приступа краснеют.

1. Как называются эти приступы?
2. Где очаг поражения?
3. Как изменится артериальное давление во время приступа?

6. У больного патологический процесс локализируется на уровне конуса спинного мозга.

1. Возможно ли у больного нарушение мочеиспускания?
2. Могут ли возникнуть двигательные расстройства в конечностях и чувствительные нарушения?

7. У больного рассеянным склерозом очаг демиелинизации локализируется в области моста.

1. Будет ли в данном случае страдать иннервация тазовых органов? Если да, обоснуйте.

8. Девушка 19 лет страдает аменореей и ожирением. Лицо ее круглое, лунообразное, гиперемировано. Обращает на себя внимание своеобразное отложение жира на лице, задней поверхности шеи, животе. На коже – множественные стрии.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Чем оно обусловлено?

Ответы

1

1. Акромегалия, как проявление нейро-эндокринного синдрома.
2. Надсегментарный отдел автономной нервной системы.
3. Гипоталамическая область, гипофиз.
4. Гиперфункция эозинофильных клеток передней доли гипофиза.

2

1. Нарушение функции гладких мышц глаза: *musculus dilatator pupillae*, *musculus tarsalis superior*, *musculus orbitalis*.
2. Птоз, миоз, энофтальм.
3. Синдром Горнера (Бернара-Горнера).

3

1. Мидриаз – расширение зрачка.
2. Такая патология обусловлена нарушением парасимпатической иннервации глаза в результате поражения вегетативных ядер (Якубовича и Перлиа) глазодвигательного нерва в ножке мозга или самого нерва.

4

1. Симпато-адреналовый криз.
2. В гипоталамусе, который уравновешивает деятельность сегментарных (симпатического и парасимпатического) отделов автономной нервной системы. Такой приступ обусловлен активацией симпатического отдела.
3. Артериальное давление повысится как результат активации симпатического отдела АНС.

5

1. Ваго-инсулярный криз.
2. В гипоталамусе, который уравновешивает деятельность сегментарных (симпатического и парасимпатического) отделов автономной нервной системы. Такой приступ обусловлен активацией парасимпатического отдела.
3. Артериальное давление снизится.

6

1. Возможно нарушение функции тазовых органов по периферическому типу, обычно – истинное недержание мочи.
2. Двигательных расстройств в конечностях (парезов или параличей) не будет. Чувствительность будет нарушена в области промежности (сегменты S3- S5) .

7

1. Да, у больного будет наблюдаться нарушение мочеиспускания по центральному типу: императивные позывы, периодическое недержание мочи. В мосту находится мостовой центр (Барингтона) регуляции мочеиспускания, который входит в состав ретикулярной формации и относится к супраспинальным центрам регуляции мочеиспускания.

8

1. Синдром Иценко-Кушинга.
2. Поражением надсегментарного отдела автономной нервной системы. Такой синдром обусловлен гиперфункцией базофильных клеток гипофиза.

2.3. Патология высших мозговых функций

- 1. Больной понимает обращенную к нему речь, но не может говорить. Произносит лишь отдельные слова. Движения языка не ограничены.**
 1. Как называется такое нарушение речи?
 2. Где находится очаг поражения?

2. У больного обнаружены центральный парез правой руки, сглаженность правой носогубной складки и моторная афазия.

1. Определите топический диагноз.

3. Больной не может назвать предметы, но объясняет их назначение.

1. Какая функция речи нарушена?
2. Как называется такое нарушение речи?
3. Где локализуется очаг поражения?
4. Будет ли у больного нарушено понимание речи?

4. Больной может правильно произнести отдельные буквы, но не произносит целое слово, предложение. Постоянно повторяет отдельные звуки, слоги.

1. Назовите и объясните такое нарушение речи.
2. Где локализуется очаг поражения?
3. Какие еще нарушения высших корковых функций могут возникнуть у больного?

5. У больного очаг поражения находится в левой надкраевой извилине.

1. Какое нарушение возникнет у больного?
2. Какие клинические проявления такого нарушения?
3. Могут ли при такой патологии возникнуть парезы конечностей?

6. У больного периодически возникают слуховые галлюцинации. Не понимает свою и чужую речь. Речь больного – набор отдельных, не связанных по смыслу слов («словесная окрошка»).

1. Как называется такое нарушение речи?
2. О чем свидетельствуют слуховые галлюцинации?
3. Какие структуры поражены?

7. Больной с ишемическим инсультом не узнает своих родственников, пока они не начинают говорить, вещи узнает на ощупь.

1. Как называется такое нарушение?
2. Где находится очаг поражения?
3. Приведет ли такое нарушение к изменениям на глазном дне?

8. На протяжении последних месяцев больной стал апатичным, неряшливым, снизилась критика, появились мория, неадекватность поведения. При неврологическом обследовании выявляются грубые симптомы орального автоматизма, хватательный рефлекс Янишевского, отмечается шаткость вправо при ходьбе.

1. Как называются описанные изменения поведения и психики больного?
2. Укажите симптомы орального автоматизма.
3. Как называется такая шаткость и чем она обусловлена?
4. Где находится очаг поражения?
5. Какие еще симптомы могут возникать у больного при такой локализации патологического процесса?

9. Больная с инсультом, ранее не имеющая признаков психических расстройств, утверждает о наличии у нее третьей руки и ищет ее в левой половине тела.

1. Как называется такое нарушение?
2. Где находится патологический очаг?
3. Какие еще нарушения возможны при такой локализации патологического процесса?

10. У больного без психических заболеваний внезапно возникло нарушение речи: говорит много, правильно и неправильно произнося слова, которые не связаны по смыслу, не понимает обращенную к нему речь, неправильно выполняет инструкции, возбужден. Обнаружена правосторонняя верхнеквадрантная гемианопсия.

1. Как называется такое нарушение речи?
2. Какой центр поражен?
3. Где локализуется патологический процесс?
4. Поражением каких структур можно объяснить возникновение зрительных нарушений?

11. У больного периодически возникают кратковременные приступы, начинающиеся с клонических судорог в левой ноге с дальнейшим их распространением на левую руку и левую половину лица. Сознание больной при этом не теряет.

1. Как называются эти приступы и о чем они свидетельствуют?
2. Установите топический диагноз.

12. Больной не понимает обращенную к нему речь. Его речь неразборчива, состоит из набора несвязанных по смыслу слов и их отрывков. Нарушено понимание письменной речи.

1. Как называются такие расстройства?
2. Установите топический диагноз.
3. Возможно ли нарушение письма при такой патологии?

Ответы

1

1. Моторная афазия.
2. Задние отделы левой нижней лобной извилины (центр Брука) у правшей.

2

1. Поражена левая лобная доля: средний и нижний отделы прецентральной извилины и задние отделы нижней лобной извилины (центр Брука).

3

1. Нарушенено воспроизведение речи – экспрессивная функция речи.
2. Амнестическая афазия.
3. Поражены задние отделы височной доли и нижние отделы теменной доли левого полушария мозга.
4. Нет, в этом случае нарушена экспрессивная речь, при которой понимание своей и чужой речи сохраняется.

4

1. Эфферентная моторная афазия (у больного сохранено понимание собственной и чужой речи, но страдает произношение серии звуков, фраз). Имеется постоянное повторение звуков – персеверация.
2. Поражен центр Брука в заднем отделе левой нижней лобной извилины (у правшей).
3. У больного может нарушиться функция письма – возникнет аграфия (центр письма находится в задней части левой средней лобной извилины).

5

1. Апраксия.
2. Больной потеряет способность выполнять целенаправленные действия, приобретенные в процессе индивидуального опыта, например, одеваться, застегивать пуговицы, зажечь спичку и т.д.
3. Нет, не могут, так как центр праксиса не связан с центральным двигательным нейроном. У больного будет сохраняться сила мышц, их тонус и рефлексы.

6

1. Сенсорная афазия.
2. Слуховые галлюцинации обусловлены раздражением коркового центра слуха.
3. Поражена левая верхняя височная извилина, где находится корковый центр слуха, а также ее задний отдел, где расположен центр Вернике.

7

1. Зрительная агнозия.
2. Поражена наружная поверхность затылочной доли.
3. Изменений на глазном дне (атрофии) не будет.

8

1. "Лобная" психика.
2. Хоботковый рефлекс, носо-губной рефлекс Аствацатурова, дистансоральный рефлекс Карчикяна.
3. Лобная атаксия – больной шатается в сторону, противоположную очагу. Эта атаксия обусловлена поражением лобной доли, от которой начинается корковомостомозжечковый путь, относящийся к системе координации произвольных движений.
4. В левой лобной доле головного мозга.
5. Приступы двигательной джексоновской эпилепсии, центральный правосторонний гемипарез, парез взора в противоположную от очага сторону, моторная афазия, аграфия.

9

1. Полимелия (псевдополимелия), как проявление аутотопагнозии (нарушение узнавания своего тела и его частей).
2. В теменной доле правого полушария головного мозга.
3. Анозогнозия (непонимание своего дефекта), паракинезы (насильственные движения в здоровых, правых конечностях), левосторонняя гемианестезия.

10

1. Сенсорная афазия.
2. Центр Вернике.
3. Задний отдел левой верхней височной извилины.
4. Поражением волокон зрительной лучистости в глубине верхнего отдела левой височной доли.

11

1. Приступы двигательной джексоновской эпилепсии, «джексоновский марш». Возникают при раздражении двигательной области коры головного мозга (прецентральной извилины).

2. Раздражается верхний отдел правой прецентральной извилины.

12

1. Сенсорная афазия, алексия.
2. Поражен задний отдел верхней височной извилины.
3. Сенсорная афазия может сочетаться не только с алексией, но и с аграфией.

3 Раздел

Дополнительные методы исследования в неврологии. Патология ликворной системы. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. Закрытая черепно-мозговая и спинальная травма. Опухоли головного и спинного мозга. Эпилепсия. Нейроинтоксикации. Поражение нервной системы при воздействии физических факторов

3.1. Дополнительные методы обследования неврологических больных

1. У больного на электроэнцефалограмме обнаружены комплексы "пик-медленная волна", три комплекса в секунду.

1. Для какого заболевания характерны такие изменения?

2. У больного впервые возникли два генерализованных судорожных приступа.

1. Какие обследования и с какой целью следует ему назначить?

3. Больному проведено МР-ангиографию (МРА), выявлено "обрыв" средней мозговой артерии, дистальные ее ветви не визуализируются.

1. Чем обусловлены выявленные изменения при проведении МРА?

2. При каком заболевании возможны подобные изменения сосуда?

4. Женщину 20 лет госпитализировали в неврологическое отделение с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние (САК).

1. Какие обследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и уточнения его причины?

5. Больного на протяжении последних 3 месяцев беспокоит утренняя головная боль. Окулист обнаружил застойные диски зрительных нервов. При эхоэнцефалографии (Эхо-ЭГ) обнаружено смещение срединного М-эха влево на 8 мм.

1. Что представляет собой Эхо ЭГ? Что такое "срединное эхо"?

2. Что означают полученные результаты?

3. При каком заболевании возможны такие изменения?

4. Какие еще дополнительные обследования следует назначить больному?

6. У больного, страдающего атеросклерозом мозговых сосудов, в течение 2 часов возникла и постепенно наросла слабость в левых конечностях. Компьютерно-томографическое исследование головного мозга подтвердило ишемический инсульт.

1. Какое еще обследование следует провести больному для выяснения причины болезни?

2. Предположительно какие будут результаты этого обследования?

7. Больному, у которого в результате слабости мышц свисает левая кисть, произведена электромиография. Использование поверхностных электродов выявило электрическое "молчание" мышц при попытке выполнить произвольное сокращение.

1. Для какого паралича характерны выявленные изменения?
2. Что поражено у больного?

8. Врач, осмотрев больного, заподозрил у него опухоль головного мозга.

1. Какие дополнительные обследования могут подтвердить этот диагноз?
2. Какие патологические изменения могут быть выявлены в результате этих обследований?

9. Молодого человека беспокоит слабость в мышцах правой руки, наблюдается ее похудение, выявляются фибриллярные подергивания в мышцах.

1. Какие дополнительные обследования целесообразно назначить больному?
2. С какой целью назначите каждое обследование?

10. Больной 72 лет, у которого 6 часов назад внезапно возникла слабость в левых конечностях, был госпитализирован в неврологическое отделение. Проведено компьютерную томографию (КТ) головного мозга, по результатам которой выявлен очаг пониженной плотности неправильной формы в правой лобно-височно-теменной области размером 17,9-21 мм.

1. О чем свидетельствуют обнаруженные изменения КТ головного мозга?
2. Какие еще дополнительные обследования нужно назначить больному?

11. Женщине 23 лет с атактическими и пирамидными нарушениями произведена МРТ головного мозга. Получены результаты: в подкорковых отделах обеих гемисфер мозга, перивентрикулярно, в лучистых венцах, семиовальном центре, в мозолистом теле, в левой ножке мозга, в левой гемисфере мозжечка и средней мозжечковой ножке визуализируются множественные участки округлой и овальной формы размерами от 4, 3 мм до 21, 12 мм, преимущественно с четкими контурами. Местами контуры очагов неразличимы.

1. Для какого заболевания характерны выявленные изменения на МРТ головного мозга?

12. Больной, страдающий гипертонической болезнью, внезапно потерял сознание. В тяжелом состоянии поступил в неврологическое отделение. Произведена МРТ головного мозга. Получены следующие результаты: в таламусе правой гемисфера головного мозга визуализируется участок полигональной формы с четкими контурами с гиперинтенсивным МР-сигналом на Т2-изображении и гипointенсивным на Т1-изображении размерами 40x36x25 мм с перифокальным отеком до 16 мм.

1. Для какого заболевания характерны выявленные изменения на МРТ головного мозга?

Ответы

1.

Для абсанской формы эпилепсии.

2.

Электроэнцефалография используется для выявления (или исключения) судорожной активности мозга (признаки последней: острые волны, пики, комплексы "пик - медленная волна"). КТ или МРТ головного мозга назначаются для исключения органического поражения головного мозга.

3.

1. Тромбозом средней мозговой артерии.

2. В случае ишемического инсульта атеротромботического генеза.

4.

КТ головного мозга. При отсутствии подтверждения САК – исследование спинномозговой жидкости путем проведения лумбальной пункции субарахноидального пространства. При подтверждении диагноза ликвор будет иметь кровянистую окраску, лабораторное исследование выявит в ликворе измененные эритроциты. Наиболее частой причиной этого заболевания у людей молодого возраста является разрыв артериальной аневризмы, следовательно, необходимо провести ангиографию мозговых сосудов для ее исключения.

5.

1. Эхо-ЭГ относится к ультразвуковым методам исследования. Срединное М-эхо – это эхо-сигнал, отраженный от срединных структур мозга (стенок третьего желудочка, эпифиза и прозрачной перегородки).

2. Смещение срединного М-эха влево свидетельствует о наличии у больного супратенториального объемного образования в правом полушарии.

3. Опухоль правого полушария головного мозга.

4. КТ или МРТ головного мозга для выявления опухоли мозга.

6.

1. Ультразвуковую допплерографию магистральных сосудов головы и шеи.

2. Изменение скорости кровотока (снижение или повышение), признаки стеноза артерий, питающих мозг.

7.

1. Для периферического паралича.

2. Левый лучевой нерв.

8.

1. Осмотр глазного дна, КТ или МРТ головного мозга.

2. Застойные диски зрительных нервов при офтальмоскопии, объемное образование в веществе головного мозга при проведении КТ или МРТ головного мозга.

9.

1. ЭМГ, МРТ шейного отдела спинного мозга.

2. Электромиографию – с помощью этого метода можно дифференцировать уровень поражения нейромоторного аппарата; МРТ шейного отдела спинного мозга – исключить компрессионное или очаговое поражение спинного мозга на уровне шейного утолщения.

10

1. Наличие инфаркта головного мозга.
2. УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов мозга, исследование глазного дна в динамике.

11

Рассеянного склероза.

12

Геморрагического инсульта – у больного имеется гематома в таламусе правой гемисфера головного мозга.

3.2 Патология спинномозговой жидкости, ликворные синдромы

1. Больному с менингеальным синдромом провели исследование спинномозговой жидкости. Получены следующие результаты: цитоз - 150 в 1 мм³ (преобладают лимфоциты), белок - 0,33 г / л.

1. Являются ли патологией данные ликвора?
2. Назовите ликворный синдром?
3. Как называются выявленные изменения содержания клеток в спинномозговой жидкости?

2. У больного 22 лет на фоне катаральных явлений резко повысилась температура тела до 40°C. Появились сильная головная боль, рвота, светобоязнь. Выявлены ригидность мышц затылка и симптом Кернига.

1. Как называется описанный синдром? О чем свидетельствует его появление?
2. Какое заболевание заподозрите?
3. Результаты какого исследования подтверждают диагноз?

3. В течение последних трех месяцев больного беспокоит головная боль, возникающая по утрам и иногда сопровождающаяся рвотой. На глазном дне обнаружены застойные диски зрительных нервов.

1. Какой синдром у больного?
2. Какое заболевание заподозрите?
3. Какие дополнительные исследования его подтверждают?

4. Больному с сильной головной болью, высокой температурой тела и менингеальным синдромом проведено диагностическое исследование спинномозговой жидкости. Ликвор мутный, цитоз - 1600 клеток в 1 мм³ (90% нейтрофилов), выявлены менингококки, белок - 0,5 г / л, сахар - 1,2 ммоль / л.

1. Как называется такое соотношение клеток и белка?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Является ли патологией уровень сахара, если да, то почему?

5. Больного с ОРВИ беспокоят сильная головная боль, тошнота. Выявляется двусторонний симптом Кернига. С подозрением на менингит был госпитализирован. Получены следующие результаты исследования спинномозговой жидкости: цитоз - 2 клетки в 1 мм³, белок -0,33 г / л.

1. Как называется синдром, проявляющийся в неврологическом статусе?
2. Являются ли патологией такие результаты исследования ликвора?
3. Что может быть причиной такого явления?

6. У больного 53 лет при физической нагрузке внезапно возникло субарахноидальное кровоизлияние.

1. Какой синдром наблюдается в неврологическом статусе?
2. Опишите признаки этого синдрома.
3. Какие обследования подтверждают диагноз?

7. Больной, страдающий гнойным отитом, жалуется на сильную головную боль, тошноту. Температура тела – 39,3° С, выявляются ригидность мышц затылка, симптом Кернига.

1. Какой синдром возник у больного?
2. Какое исследование необходимо провести для постановки клинического диагноза?
3. Какие данные при этом исследовании можно получить?

8. У больного выявлен синдром внутричерепной гипертензии.

1. Укажите признаки этого синдрома.
2. Какие инструментальные обследования целесообразно назначить больному?
3. Какие заболевания могут вызвать такой синдром?

9. У больного, лечившегося по поводу опухоли головного мозга, обнаружили вторичную атрофию дисков зрительных нервов.

1. Какие изменения на глазном дне предшествовали атрофии?

Ответы

1.

1. Да.
2. Клеточно-белковая диссоциация в ликворе.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз – увеличение количества лимфоцитов до 150 в 1 мм³ спинномозговой жидкости (в норме – 0-5 клеток).

2.

1. Совокупность описанных симптомов свидетельствует о наличии менингального синдрома, возникающего при раздражении или поражении мозговых оболочек.
2. Менингит – воспаление мозговых оболочек.
3. Исследование спинномозговой жидкости позволит исключить или подтвердить наличие у больного менингита.

3.

1. Гипертензионный – синдром повышения внутричерепного давления.
2. Опухоль головного мозга.
3. КТ или МРТ головного мозга.

4.

1. Клеточно-белковая диссоциация, так как имеется значительное увеличение количества клеток – плеоцитоз (в норме в ликворе выявляется 0-5 клеток в 1 мм³) при нормальном или незначительно увеличенном количестве белка (в норме в ликворе содержание белка достигает 0,12-0,45 г / л).

2. Гнойный менингит, выявляется нейтрофильный плеоцитоз.

3. Да, уровень сахара снижен вдвое. При менингококковом менингите снижение уровня сахара возникает с первых дней заболевания и это связано с усиленiem гликолиза.

5.

1. Совокупность описанных симптомов свидетельствует о наличии менингеального синдрома, возникающего при раздражении или поражении мозговых оболочек.
2. Нет, изменений состава ликвора нет (неизмененное содержание клеток и белка).
3. У больного наблюдаются явления менингизма – раздражение мозговых оболочек без изменения состава ликвора. Менингизм может возникать при раздражении мозговых оболочек токсическими веществами, при гидроцефалии.

6.

1. Менингеальный синдром.

2. Головная боль, рвота, психомоторное возбуждение или заторможенность, наличие менингеальных знаков (риgidность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского).

3. Исследование спинномозговой жидкости при проведении лумбальной пункции субарахноидального пространства. Определяется кровь в ликворе. КТ головного мозга – наличие крови в субарахноидальном пространстве.

7.

1. Менингеальный синдром.

2. Исследовать спинномозговую жидкость (проводить лумбальную пункцию субарахноидального пространства).

3. Воспалительные изменения в ликворе (нейтрофильный плеоцитоз, наличие возбудителя).

8.

1. Головная боль распирающего характера, усиливается под утро, тошнота, рвота, головокружение. Bradикардия, расстройства дыхания, оглушение, сопор или кома.

2. Осмотр глазного дна, Эхо-ЭС, КТ или МРТ головного мозга.

3. Опухоль головного мозга, подоболочечная гематома, абсцесс головного мозга.

9

Застойные диски зрительных нервов.

3.3 Нарушение мозгового и спинального кровообращения

1. Больной 58 лет болеет гипертонической болезнью. После психоэмоционального напряжения внезапно потерял сознание, упал. Объективно: кома I степени, артериальное давление 250/150 мм рт.ст., лицо гиперемировано, голова и глаза повернуты влево, дыхание шумное, правая щека "парусит", мышечный тонус в правых конечностях низкий, правая стопа повернута кнаружи, с этой же стороны вызывается рефлекс Бабинского, положительны менингеальные симптомы.

1. Какие структуры нервной системы и с какой стороны поражены?
2. Какое заболевание заподозрите?
3. Как подтвердить диагноз?

2. У больного возник ишемический инсульт с левосторонними гемиплегией, гемианестезией и гемианопсией.

1. Установите топический диагноз.
2. В каком сосудистом бассейне возник мозговой инсульт?

3. У женщины, страдающей постоянной формой мерцательной аритмии, возникла слабость левой руки. Через 15 минут слабость прошла.

1. Установите топический диагноз.
2. О каком заболевании следует думать?
3. Какие лекарства следует назначить больной с профилактической целью?

4. Женщина 50 лет жалуется на частые головные боли, головокружение, снижение памяти, работоспособности, плохой сон. Эти жалобы появились 4 месяца назад, усиливаются к концу рабочего дня, после отдыха исчезают. Неврологическое обследование очаговой патологии не выявило, однако у больной имеются двусторонний симптом Маринеску - Радовичи и симметрично оживленные глубокие рефлексы с конечностей.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие вспомогательные методы обследования и с какой целью следует провести? Какими могут быть результаты?
3. Нужно ли больной назначить лечение и на что оно должно быть направлено?

5. У больного 46 лет внезапно возникла кинжалная головная боль, наблюдалась повторная рвота. Бригада скорой помощи его доставила в отделение неврологии. Больной возбужден, порывается куда-то бежать. Выявляются менингеальные симптомы, очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Укажите тактику дальнейшего обследования и лечения больного.

6. У 19-летней женщины на фоне психоэмоционального перенапряжения возникла сильная кинжалная головная боль, рвота. Больная возбуждена.

В неврологическом статусе очаговая неврологическая симптоматика отсутствует, имеются ригидность затылочных мышц и двусторонний симптом Кернига.

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Какова вероятная причина этого заболевания?
3. Укажите дальнейшую тактику обследования и лечения.

7. Больного 63 лет с диагнозом ишемический тромботический инсульт в левом каротидном бассейне доставили в неврологическое отделение. Симптомы заболевания возникли час назад.

1. Какие обследования следует назначить больному для уточнения диагноза?
2. Какое лечение целесообразно назначить больному?

8. У больного, страдающего гипертонической болезнью и нерегулярно принимающего гипотензивные препараты, появились головная боль, шум в голове, тошнота. Артериальное давление поднялось до 200/100 мм рт.ст. Менингеальных симптомов нет, очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.

1. Установите клинический диагноз.
2. Какие лекарства запрещено назначать больному и почему?

9. У больного 78 лет внезапно появились затруднения при глотании пищи, покачивание при ходьбе, головокружение. В прошлом были эпизоды не-продолжительного головокружения. Объективно: сознание не нарушено, менингеальных симптомов нет, левая глазная щель уже правой, анизокория $S < D$, сегментарная гипестезия болевой чувствительности на лице слева. Левая половина неба свисает. Голос сиплый с носовым оттенком. Глоточный и небный рефлексы слева не вызываются, при глотании перхивается. Правосторонняя гемигипалгезия, повышенные рефлексы на правых конечностях. Координация движений в левых конечностях нарушена.

1. Поставьте топический и клинический диагнозы.
2. Как называется этот клинический альтернирующий синдром?
3. Какие необходимо провести дополнительные методы диагностики?
4. Составьте план лечения больного.

10. У больного 62 лет, болеющего в течение длительного времени гипертонической болезнью, внезапно снизилось зрение на левый глаз, возникла слабость правых конечностей с гиперрефлексией глубоких рефлексов и симптомом Бабинского справа.

1. Определите патологический синдром. Чем он вероятно обусловлен?
2. Какие исследования следует назначить больному?

11. К больному 72 лет соседи вызвали бригаду скорой помощи, которая доставила его в дежурное неврологическое отделение. Сообщили, что он в течение последних 20 лет болеет гипертонической болезнью, последние

5 лет – сахарным диабетом. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда. Систематически не лечится. При осмотре жалоб не предъявляет. Выявлено снижение интеллекта и памяти. Больной неохотно вступает в контакт. Имеется псевдобульбарный синдром с насильтвенным плачем. Сила в конечностях снижена, тонус мышц повышен, глубокие рефлексы с конечностей высокие, симметричные, двусторонний симптом Бабинского. Чувствительных нарушений не обнаружено. Координаторные пробы выполняет не четко.

1. Определите топический и клинический диагнозы.
2. Нуждается ли больной в неотложной помощи?
3. Какой план лечения?

12. У молодой женщины 35 лет, болеющей ревматизмом, с митральным пороком сердца и мерцательной аритмией, случился приступ с кратковременной потерей сознания и генерализованными тонико-клоническими судорогами. После приступа обнаружен стойкий парез правой руки.

1. Какие структуры поражены?
2. Какой клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?
4. Укажите план лечения.

13. У больного, поступившего в неврологическое отделение с полушарным паренхиматозным кровоизлиянием, выявлены страбизм, "плавающие" глазные яблоки, снижение мышечного тонуса, двусторонний патологический рефлекс Бабинского.

1. О чем свидетельствуют симптомы, возникшие у больного?
2. Укажите методы коррекции этих нарушений?

14. У 70-летнего больного внезапно ослабели ноги. До этого на протяжении 2 недель беспокоила преходящая слабость в ногах и непродолжительная задержка мочи. Объективно: движения в нижних конечностях отсутствуют, выявлены двусторонний рефлекс Бабинского, гипалгезия с уровня Т5 сегмента книзу, задержка мочи.

1. Какие структуры поражены?
2. Укажите вероятный диагноз.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Ответы

1.

1. Корково-спинномозговой, корково-ядерный пути и корковый центр поворота головы и глаз в противоположную сторону в левом полушарии мозга.
2. Геморрагический инсульт, а именно – кровоизлияние в левое полушарие головного мозга.
3. Больному следует провести КТ или МРТ головного мозга, что подтвердит наличие у него внутримозговой гематомы. При невозможности выполнения

этого исследования, целесообразно провести диагностическую люмбальную пункцию подпаутинного пространства. Ликвор может быть кровянистым и лабораторное исследование обнаружит в ликворе измененные эритроциты. Больного должен осмотреть окулист – могут выявляться кровоизлияния в сетчатку, в общем анализе крови будет лейкоцитоз.

2

1. Поражена правая внутренняя капсула, что подтверждается наличием у больного "трех геми": гемиплегии, гемианестезии, гемианопсии.
2. В бассейне левой средней мозговой артерии.

3.

1. Поражены средней отдел правой прецентральной извилины или корково-спинномозговой путь вероятно в правом лучистом венце.
2. Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой средней мозговой артерии кардиоэмболического генеза.
3. Варфарин под контролем МНО или ривароксабан (Карелто).

4.

1. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (перманентное течение).
2. Больной необходимо провести обследование для выявления признаков общих сосудистых заболеваний: атеросклероза, гипертонической болезни, вегетативно-сосудистой дистонии. ЭКГ может выявить гипертрофию левого желудочка, нарушения сердечного ритма, консультация окулиста – изменения сосудов глазного дна (ангиопатия), биохимические исследования крови – увеличение содержания холестерина, триглицеридов, липопротеидов. Проведение УЗДГ может выявить атеросклеротическое поражение сосудов с изменением кровотока, РЭГ – изменение тонуса сосудистой стенки, асимметрию кровенаполнения, затруднение венозного оттока, ЭЭГ – снижение биоэлектрической активности мозга.

3. Следует назначить лечение основного заболевания и терапию, направленную на профилактику острых нарушений мозгового кровообращения. Больная должна находиться на диспансерном учете у терапевта и невролога по месту жительства.

5.

1. Субарахноидальное кровоизлияние.
2. Проведение КТ головного мозга, ПРОКОПИВ люмбальной пункции подпаутинного пространства и исследование спинномозговой жидкости. При подтверждении диагноза ликвор будет кровянистым, лабораторное исследование ликвора обнаружит измененные эритроциты. Проведение ангиографии для выявления аневризмы. Лечение субарахноидального кровоизлияния включает постельный режим, анальгетики, седативные лекарства, дегидратационную терапию, витамин С, antagonists кальция (нимодипин) для профилактики отсроченного инфаркта мозга. Оперативное лечение аневризмы.

6.

1. Субарахноидальное кровоизлияние.
2. Наиболее частой причиной этого заболевания у людей молодого возраста является разрыв врожденной аневризмы сосуда мозга.
3. С целью подтверждения диагноза следует провести КТ головного мозга, люмбальную пункцию подпаутинного пространства для выявления кровянистого ликвора. При подтверждении диагноза больную следует госпитализировать в нейрохирургическое отделение с целью проведения ангиографии для выявления аневризмы и дальнейшего оперативного лечения.

7.

1. КТ (МРТ) головного мозга, биохимический анализ крови.
2. При отсутствии противопоказаний и не позже 4,5 часов после начала заболевания целесообразно провести тромболизис с использованием рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (актилизе) для восстановления кровотока в ишемизированной области мозга.

8.

1. Церебральный гипертонический криз.
2. Лекарства, расширяющие сосуды мозга (но-шпа, папаверин), что повлечет дополнительное расширение мозговых сосудов. В основе патогенеза церебрального гипертонического криза лежит срыв ауторегуляции мозгового кровотока (не происходит сужение сосудистой стенки в ответ на повышение перфузионного давления).

9.

1. Поражение левой половины продолговатого мозга и нижней поверхности левого полушария мозжечка. Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии.
2. Синдром Валленберга – Захарченко.
3. УЗДГ, коагулограмма, офтальмоскопия, МРТ головного мозга.
4. Базисная терапия – мониторинг и коррекция нарушений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем, регуляция артериального давления, глюкозы, температуры тела, дисфагии, поддержание водно-электролитного баланса. Дифференцированная терапия –антикоагулянты, антигипоксанты, нейропротекторные средства.

10.

1. Перекрестный оптико-пирамидный синдром Ласко - Радовича обусловлен стенозом левой внутренней сонной артерии на шее.
2. Ультразвуковое исследование сосудов шеи и головы, ангиографию для выявления стеноза.

11.

1. У больного двустороннее поражение корково-ядерных и корково-спинномозговых путей головного мозга, вызванное дисциркуляторной атеросклеротической и дисметаболической энцефалопатией III стадии с интеллектуально-мнестическим, пирамидным и псевдобульбарным синдромами.
2. Не нуждается.

3. Лечение плановое: включает лечение гипертонической болезни и сахарного диабета. Показаны ноотропные препараты, антиагрегантные и вазоактивные средства.

12.

1. Средний отдел левой прецентральной извилины или корково-спинномозговой путь в левом лучистом венце.

2. Кардиоэмболический подтип ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии.

3. Коагулограмма крови, офтальмоскопия, УЗДГ, МРТ головного мозга, ЭЭГ.

4. Антикоагулянты (гепарин по схеме), антигипоксанты, дегидратационные, ноотропные средства, при наличии судорожной активности на ЭЭГ – противосудорожные.

13.

1. У больного возник вторичный дислокационно-стволовой синдром: отек мозга обусловил его дислокацию со сдавлением стволовых структур.

2. Общие мероприятия: повышенное положение головы, обезболивание и успокаивающие, контроль артериального давления, уровня глюкозы, температуры тела, поддержание соответствующей оксигенации. Медикаментозная коррекция: дегидратационные средства (маннитол, L-лизина эсцинат внутривенно капельно).

14.

1. Поражены пирамидные и спинно-таламические пути в грудном отделе спинного мозга (на уровне Т3 сегмента).

2. Ишемический спинальный инсульт с поражением среднегрудного отдела спинного мозга.

3. С острым миелитом, опухолями спинного мозга.

3.4 Закрытая травма центральной нервной системы

1. Больной упал на асфальт и ударился головой, потерял сознание на 2-3 минуты. Жалуется на головную боль, тошноту. Обстоятельства травмы не помнит. Обнаружены отсутствие роговничих рефлексов, симптом Мариеску - Радовичи, легкая анизорефлексия глубоких рефлексов с конечностей.

1. Что означает термин анизорефлексия?

2. Укажите клинический диагноз больного.

3. Какая тактика дальнейшего обследования и лечения больного?

4. Укажите продолжительность лечения больного.

2. У больного на следующий день после травмы головы усилилась головная боль, возникли рвота и слабость левой руки. Врач обнаружил мидриаз справа, парез левой руки.

1. Какое заболевание следует заподозрить?

2. Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

3. Какой должна быть дальнейшая тактика лечения?

3. У больного, получившего травму головы с потерей сознания, сразу после того, как он пришел в себя, обнаружена слабость правой руки и моторная афазия.

1. Что означают термины слабость руки и моторная афазия, чем они обусловлены?
2. Укажите клинический диагноз.
3. Какие необходимо назначить дополнительные обследования для подтверждения диагноза?

4. Больного после травмы головы беспокоят сильная головная боль, тошнота, отмечается психомоторное возбуждение. Выявлена ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, очаговой неврологической симптоматики нет. Проведена диагностическая лумбальная пункция подпаутинного пространства и получен ликвор розовой окраски.

1. Укажите патологический синдром, возникший у пациента, и дайте ему определение.
2. Какой клинический диагноз?

5. У больного диагностировано травматическое субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние в правое полушарие головного мозга.

1. Какие клинические проявления могут быть у пациента?
2. Как подтвердить диагноз? Какие результаты дополнительных обследований можно получить при этом заболевании?

6. Больной на улице поскользнулся, упал и ударился спиной. После этого отметил онемение и легкую слабость в ногах. Через неделю после лечения в стационаре эти симптомы прошли.

1. Какой клинический диагноз у пациента?
2. Какие дополнительные обследования были назначены больному в стационаре?

7. Больной год назад попал в дорожно-транспортное происшествие, лечился стационарно, но выписной эпикриз из стационара потерял. На момент осмотра у него определяется глубокий нижний спастический парапарез, анестезия всех видов чувствительности с уровня Т7 с обеих сторон, периодическое недержание мочи.

1. Укажите уровень повреждения спинного мозга.
2. Какой предположительный клинический диагноз? Мог ли больной перенести сотрясение спинного мозга (объясните)?

8. Больной, перенесший травму головы с потерей сознания, жалуется на головную боль, была рвота. Врач, осмотрев пациента, обнаружил двусторонний симптом Маринеску - Радовичи, снижение роговничных рефлексов, парез левой ноги. Менингеальных симптомов нет.

1. Что такое "парез ноги", каков его характер и клинические проявления у пациента?
2. Какое заболевание следует заподозрить у больного?
3. Какие дополнительные исследования подтвердят это заболевание?

9. Пациент обратился к неврологу по поводу травмы головы. Врач диагностировал сотрясение головного мозга. Больной от госпитализации отказался и не лечился. После травмы больного продолжают беспокоить головная боль, общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, бессонница. Работоспособность снижена. Обследование не выявило органических изменений нервной системы.

1. Как расценить состояние больного?
2. Нужно ли проводить лечение, если да, то какое?

Ответы

1.

1. Анизорефлексия – разница симметричных рефлексов.
2. Сотрясение головного мозга.
3. Больному необходимо провести краниографию, осмотр офтальмолога. Обязательна госпитализация в неврологический стационар для наблюдения и лечения в течение 7-10 дней.
4. Дальнейшее лечение больного должно осуществляться амбулаторно под наблюдением невролога по месту жительства (до месяца от начала болезни).

2.

1. Сдавление головного мозга вследствие образования подоболочечной гематомы. В задаче описана типичная ее картина: травма головы, "светлый промежуток", ухудшение состояния с нарастанием общемозговых и появлением очаговых симптомов.
2. Эхоэнцефалоскопия позволит выявить смещение М-эха и заподозрить гематому, КТ или МТР головного мозга подтвердят наличие у больного подоболочечной гематомы (эпи- или субдуральной).
3. Следует назначить срочную консультацию нейрохирурга, дальнейшее лечение больного – оперативное удаление гематомы.

3.

1. Слабость руки – парез руки, в данном случае центральный, возникший при поражении среднего отдела левой прецентральной извилины. Моторная афазия – нарушение способности говорить при сохранении понимания речи, возникает при поражении заднего отдела левой нижней лобной извилины (центр Брока).
2. Ушиб головного мозга.
3. Необходимо провести краниографию, назначить осмотр окулиста и КТ или МРТ головного мозга – для выявления участка ушиба левой лобной доли головного мозга.

4.

1. Менингеальный синдром – это синдром раздражения мозговых оболочек, в этом случае продуктами распада эритроцитов крови, попавшей в подпаутинное пространство при травматическом разрыве мозгового сосуда.
2. Ушиб головного мозга. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.

5.

1. Менингеальный синдром, левосторонний гемипарез, гемигипестезия, аутотопагнозия.

2. Наличие эритроцитов в ликворе (при проведении поясничной пункции подпаутинного пространства), участок геморрагического ушиба правого полушария головного мозга (по данным КТ или МРТ головного мозга), смещение М-эха влево (по данным Эхо ЕС).

6.

1. Сотрясение спинного мозга.

2. Рентгенографию всех отделов позвоночника для исключения нарушения целостности костей позвоночника, МРТ спинного мозга – для выявления травматического повреждения спинного мозга (участка ушиба или сдавления).

7.

1. У больного поврежден поперечник спинного мозга на уровне T_7 сегмента.
2. Стойкие остаточные явления ушиба грудного отдела спинного мозга. Больной не мог перенести сотрясение спинного мозга, так как оно не оставляет после себя стойких очаговых симптомов поражения. При сотрясении спинного мозга может возникать слабость и нарушение чувствительности, обусловленные выключением функционирования спинного мозга во время травмы, но эти симптомы быстро проходят.

8.

1. Парез ноги – это слабость мышц ноги, проявляющаяся ограничением объема активных движений. В данном случае парез центральный. Его признаки: повышение глубоких рефлексов, повышение тонуса мышц, появление патологических стопных рефлексов.
2. Ушиб головного мозга – об этом свидетельствует появление очаговой неврологической симптоматики, а именно парез левой ноги. Очаг находится в верхнем отделе правой прецентральной извилины.
3. КТ или МРТ головного мозга для выявления участка его ушиба.

9

1. Посттравматический церебрастенический синдром.
2. Целесообразно обеспечить режим труда и отдыха, назначить амбулаторное лечение, включающее ноофен, актовегин, витамины группы В, настойку валерианы (персен, новопассит).

3.5 Опухоли головного и спинного мозга

1. Ребенка 10 лет в течение трех месяцев беспокоит головная боль, усиливающаяся под утро. Иногда возникает рвота. Постепенно появилась шаткость при ходьбе. Неврологическое обследование выявило нистагм при взгляде вправо, интенционное дрожание при выполнении координаторных проб правыми конечностями, покачивание вправо в позе Ромберга.

1. Какую патологию можно заподозрить?
2. Какие дополнительные обследования следует провести?
3. Опишите возможные изменения глазного дна.

2. У больного появилась опоясывающая боль в правой половине грудной клетки. Через месяц возникла слабость в правой ноге с повышением мышечного тонуса и глубоких рефлексов, нарушилась поверхностная чувствительность слева с уровня Т10 книзу и справа в сегментах Т7-Т8. Исследование спинномозговой жидкости выявило белково-клеточную диссоциацию.

1. Какой характер пареза у больного, по какому типу нарушилась чувствительность? Что повреждено у больного?
2. Укажите клинический диагноз.
3. Какие методы диагностики целесообразно использовать?

3. Больного два месяца назад начала беспокоить боль в грудном отделе позвоночника, со временем почувствовал слабость правой ноги и онемение левой стопы, которые постепенно распространились вверх. Невропатолог обнаружил центральный парез правой ноги, проводниковую гипалгезию слева от уровня Т₉.

1. Какие структуры (пути) и на каком уровне поражены?
2. Укажите клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования его подтверждают?

4. Больной жалуется на головную боль, чаще утром. Постепенно перестал видеть левым глазом. При исследовании глазного дна обнаружена атрофия диска левого зрительного нерва и застойный диск правого зрительного нерва.

1. Укажите описанный синдром.
2. Возможно ли нарушение обоняния у больного?
3. О каком заболевании можно думать?

5. Женщину 40 лет в течение последних 4 месяцев часто беспокоила головная боль, периодически возникали кратковременные приступы подергивания в правой ноге. За медицинской помощью обратилась тогда, когда нога ослабела. На глазном дне обнаружены застойные диски зрительных нервов.

1. Как называются такие приступы подергиваний мышц?
- Какое заболевание следует заподозрить?

2. Поражение каких структур вызвало эту симптоматику?
3. Какие дополнительные обследования следует назначить больной для уточнения диагноза?

6. У больного 45 лет в течение последних 6 месяцев постепенно возникло нарушение критического отношения к своему поведению, стал эйфоричным, неряшливым, при стоянии и ходьбе отмечается шаткость, повышен тонус мышц и рефлексы в левых конечностях, парез взора влево, выявлены хоботковый рефлекс и хватательный рефлекс Янишевского.

1. Как называется такая психика и поведение больного?
2. Где находится очаг поражения?
3. Какое заболевание следует заподозрить? Какое обследование его подтвердит?

7. У больного на фоне распирающей головной боли с частой рвотой выявляются зрительная агнозия, сложные зрительные галлюцинации.

1. Поражение каких структур привело к возникновению описанной симптоматики?
2. Какое заболевание следует заподозрить?
3. Какие дополнительные обследования следует назначить больному для уточнения диагноза?

8. 30-летнему мужчине беспокоит шум в левом ухе, постепенно снизился слух на это ухо. Беспокоит головокружение, пошатывание с тенденцией влево, возник парез мимических мышц слева.

1. Поражение каких структур привело к этим расстройствам?
2. Какое заболевание следует заподозрить?

9. У больного подозревают опухоль головного мозга. На глазном дне обнаружены застойные диски зрительных нервов.

1. При какой локализации опухолей головного мозга чаще всего возникает синдром ликворной гипертензии?
2. Целесообразно ли проведение люмбальной пункции для исследования спинномозговой жидкости у больного?

Ответы

1.

1. Опухоль правого полушария мозжечка.
2. Осмотр окулиста, МРТ головного мозга.
3. Обнаружение застойных дисков зрительных нервов является подтверждением внутричерепной гипертензии.

2.

1. У больного возник центральный парез правой ноги. Имеется нарушение поверхностной чувствительности: слева по проводниковому типу, справа по сегментарному. Повреждены боковой канатик и задние рога спинного мозга на уровне T₇-T₈ справа.
2. Экстрамедуллярная опухоль спинного мозга на уровне T₇-T₈ сегментов справа.

3. МРТ грудного отдела спинного мозга, рентгенографию грудного отдела позвоночника для исключения первичного поражения костной системы (позвоночника).

3.

1. Корково-спинномозговой и спинно-таламический пути в правом боковом канатике спинного мозга на уровне Т₇ сегмента.

2. Экстрамедуллярная опухоль спинного мозга.

3. Выявление застойной ксантохромии и белково-клеточной диссоциации в спинномозговой жидкости, выявление блока подпаутинного пространства при проведении ликворо-динамических проб, наличие объемного образования спинного мозга на уровне Т₇ сегмента при МРТ-исследовании.

4.

1. Синдром Фостера Кеннеди.

2. Возможно появление левосторонней аносмии.

3. Опухоль базальной поверхности левой лобной доли головного мозга, сдавливающая левый зрительный нерв и левый обонятельный путь.

5.

1. Двигательная джексоновская эпилепсия. Опухоль головного мозга, вероятно, менингиома.

2. Раздражение, а в дальнейшем поражение верхнего отдела левой прецентральной извилины.

3. КТ или МРТ головного мозга.

6.

1. Лобная психика.

2. Поражена правая лобная доля головного мозга.

3. Опухоль головного мозга. Следует провести МРТ головного мозга.

7.

1. У больного гипертензивный синдром (головная боль распирающего характера, рвота) с очаговой симптоматикой, свидетельствующей о поражении затылочной доли головного мозга.

2. Опухоль затылочной доли головного мозга.

3. КТ или МРТ головного мозга.

8.

1. Описаны признаки поражения левых преддверно-улиткового и лицевого черепных нервов.

2. Опухоль мостомозжечкового угла (вероятнее невринома слухового нерва).

9.

1. Опухоли задней черепной ямки.

2. Поясничная пункция подпаутинного пространства противопоказана больному, так как у него выраженное повышение ликворного давления (синдром ликворной гипертензии). В этом случае при пункции возможно возникновение осложнения – ущемление полушарий мозга в вырезке мозжечкового намета или вклинивание ствола мозга и миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

3.6. Эпилепсия

1. У больного уже не впервые внезапно возник генерализованный тонико-клонический эпилептический приступ, с потерей сознания, прикусом языка. После приступа больной сонливый, дезориентирован, очаговой патологии в неврологическом статусе не обнаружено.

1. Укажите клинический диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?

2. На автобусной остановке молодой человек внезапно потерял сознание, упал, появились тонические судороги, которые через 30 секунд перешли в клонические. После приступа судорог пациент уснул. Больного госпитализировали. В стационаре выяснено, что такие приступы наблюдались ранее.

1. Как называется такой приступ?
2. Укажите клинический диагноз.
3. Какие лекарства нужно назначить больному?

3. Отвечая урок, девочка внезапно замолчала, побледнела, зрачки расширились. Через 5-6 секунд продолжила ответ. Со слов родителей, такие приступы наблюдались ранее.

1. Как называется такой приступ?
2. Укажите клинический диагноз.
3. Какое исследование необходимо провести больной?

4. Больная 24 лет доставлена в больницу после серии генерализованных судорожных эпилептических припадков. Между приступами больная не приходила в сознание.

1. Как называется такое состояние?
2. Укажите клинический диагноз.
3. В каком отделении должна лечиться больная?
4. Какое лечение будет назначено?

5. У ребенка 10 лет возникают кратковременные (до 20 сек.) приступы с выключением сознания без падения и судорог, повторяющиеся до десяти раз в сутки. Приступы внезапные, спонтанные, не связанные с действием внешних факторов. О приступах не помнит, после приступов состояние удовлетворительное, в неврологическом статусе изменений не выявлено, АД в пределах нормы.

1. Укажите тип приступов.
2. Какой клинический диагноз?
3. Какие лекарства необходимо назначить?

6. У больного, страдающего эпилепсией, без потери сознания наблюдаются приступы клонических подергиваний правой руки, распространяющихся на правую половину лица. Приступы делятся несколько минут. После приступа отмечается непродолжительная слабость руки.

1. Укажите тип приступа.
 2. Где находится очаг эпилептического возбуждения?
 3. Какие обследования обязательно нужно провести больному?
- 7. У 18-летнего больного в течение 3 лет периодически появляются приступы, которые начинаются с непродолжительных парестезий в левой ноге. Затем больной теряет сознание и возникают генерализованные тонические и клонические судороги продолжительностью до 5 минут. Приступ заканчивается сном. Между приступами неврологический статус без патологии.**
1. Как называются такие приступы парестезий?
 2. Укажите тип приступов и полный клинический диагноз.
 3. Какие дополнительные методы обследования нужно провести больному для уточнения диагноза?

Ответы

1.

1. Эпилепсия с первично-генерализованными эпилептическими припадками.
2. Электроэнцефалография, МРТ головного мозга.

2.

1. Первично-генерализованный эпилептический припадок.
2. Эпилепсия с первично-генерализованными припадками.
3. Депакин, ламотриджин, топирамат.

3.

1. Простой абсанс.
2. Эпилепсия, абсансная форма.
3. Электроэнцефалография.

4.

1. Эпилептический статус.
2. Эпилепсия с генерализованными судорожными приступами.
3. Больную необходимо госпитализировать в отделение интенсивной терапии.
4. Внутривенно диазепам или лоразепам, фенитоин, при неэффективности – гексенал или тиопентал натрия. Противоотечные препараты.

5.

1. Простой абсанс.
2. Эпилепсия, абсансная форма.
3. Суксилип, депакин, ламотриджин.

6.

1. Парциальный приступ в форме двигательной джексоновской эпилепсии.
2. В среднем и нижнем отделах левой прецентральной извилины.
3. ЭЭГ, МРТ головного мозга.

7.

1. Чувствительные джексоновские парциальные приступы.
2. Вторично-генерализованные судорожные припадки. Эпилепсия.
3. Электроэнцефалография, МРТ головного мозга.

3.7. Нейроинтоксикации. Поражение нервной системы при воздействии физических факторов

1. Больной, употребляющий большое количество алкоголя, после крепкого продолжительного сна сдавил правую руку. Проснувшись, обнаружил слабость правой кисти. Отмечается снижение чувствительности по наружному краю предплечья и на тыльной поверхности I-III пальцев руки. Кисть свисает, больной не может ее разогнуть.

1. Какие виды чувствительности пострадали и по какому типу?
2. Что поражено?
3. Укажите клинический диагноз.
4. Какая возможная причина поражения?

2. Больной с целью суицида выпил стакан жидкости, имевшей запах алкоголя. Через полчаса появились боль в сердце, чувство сжатия в груди, чрезмерное потоотделение. Резко снизилось артериальное давление, больной потерял сознание. Отмечено угнетение сухожильных рефлексов и реакции зрачков на свет, мышечную гипотонию. После лечения сознание возобновилось, но больной начал резко терять зрение. Отмечается атаксия, дрожание пальцев вытянутых рук.

1. Отравление каким веществом возникло у больного?
2. На чем основывается диагностика такого состояния?
3. Какое лечение следует назначить?

3. Больной случайно проглотил бензин при переливании его через резиновую трубку. Через некоторое время появились головная боль, ощущение опьянения, головокружение, онемение конечностей. Больной возбужден, отмечается дрожание пальцев рук, атаксия в позе Ромберга и при ходьбе, нистагм, оживление сухожильных рефлексов.

1. Отравление какой степени наблюдается у больного?
2. Как лечить больного?

4. Мужчина, работающий на предприятии по производству термометров и манометров, на фоне выраженного астено-вегетативного синдрома начал резко худеть, появились бессонница, страх, неуверенность в себе. При неврологическом обследовании выявлены признаки синдрома паркинсонизма, генерализованный трепет, атаксия, снижение интеллекта.

1. О хроническом отравлении каким веществом следует думать?
2. Как лечить больного?

5. Больной в течение 10 лет работает на виброплатформе. В последнее время начал жаловаться на постоянную боль в мышцах ног, парестезии. Выявлено полиневритический тип нарушения чувствительности в ногах. Кожа ног синюшная с трещинами.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Укажите план лечения больного.

Ответы

1.

1. Снижены все виды чувствительности по периферическому мононевритическому типу в зоне иннервации периферического нерва.
2. Правый лучевой нерв.
3. Нейропатия правого лучевого нерва.
4. Употребление большой дозы алкоголя, сдавление нерва, ишемия его.

2.

1. Метиловым спиртом.
2. Употребление вещества с запахом алкоголя, снижение остроты зрения или слепота, потеря сознания, снижение артериального давления.
3. Промывание желудка 2% раствором соды, солевое слабительное, гемодиализ, кровопускание, сердечные средства, прием этилового спирта.

3.

1. Острое отравление бензином средней степени тяжести.
2. Промывание желудка вазелиновым маслом, употребление активированного угля, ингаляции кислорода.

4.

1. Отравление ртутью.
2. Госпитализация в отделение профпатологии. Назначение унитиола, раствора глюкозы с витамином С, гипосульфита натрия, витаминов группы В, глютаминовой кислоты, АТФ, санаторно-курортное лечение (сероводородные ванны). В последующем – изменение места работы.

5.

1. Поражены периферические нервы на нижних конечностях.
2. Вибрационная болезнь, вибрационная полинейропатия.
3. Пентоксифиллин 2% внутривенно по 5,0 на физиологическом растворе; Нуклео-ЦМФ 2 мг по 2 капсулы два раза в день, Неуробекс 2,0 мл внутримышечно, милдронат по 250 мг дважды в день, прозерин или нейромидин 1,0 подкожно, массаж, ЛФК, аппликации озокерита.

4 Раздел

Инфекционные, паразитарные, демиелинизирующие заболевания нервной системы. Боковой амиотрофический склероз. Головная боль, мигрень. Детский церебральный паралич

4.1. Инфекционные заболевания нервной системы

1. Мальчик 10 лет жалуется на головную боль, тошноту. Температура тела 39,3°C, определяются петехиальные геморрагии на коже конечностей, выявлены ригидность мышц затылка, симптом Кернига с двух сторон.

1. Какое заболевание заподозрите?
2. В каком отделении должен лечиться больной?
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?

2. Больной жалуется на сильную головную боль, лихорадку. Болеет второй день. Температура тела 39,5°C, герпетическая сыпь на губах и носу, снижена мышечная сила в левых конечностях, сухожильные и периостальные рефлексы слева повышенны, симптом Бабинского слева.

1. Имеются ли у больного очаговые симптомы, если да, то какие?
2. Какое заболевание можно заподозрить?
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза?

3. Больная жалуется на двоение перед глазами, головную боль, тошноту. До появления этих симптомов беспокоил кашель, температура тела 37,6°C. В неврологическом статусе выявлена ригидность затылочных мышц, двухсторонний симптом Кернига. В спинномозговой жидкости – преимущественно лимфоцитарный плеоцитоз (650 в 1 мм³), выявлена фибриновая плёнка, белок – 1,3 г/л, глюкоза – 1,2 ммоль/л.

1. Какие синдромы возникли у больного?
2. Какое заболевание заподозрите?
3. Какие дополнительные методы диагностики подтвердят диагноз?

4. Больная 40 лет жалуется на головную боль, тошноту, рвоту, температуру тела 38,6°C, двоение перед глазами. Эти жалобы появились остро, после перенесенной пневмонии. В неврологическом статусе: выражена ригидность затылочных мышц, двухсторонний симптом Кернига, симптом Брудзинского. В спинномозговой жидкости – значительный лимфоцитарный плеоцитоз, повышенный уровень белка, найдены пневмококки.

1. Какие синдромы возникли у больной?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Укажите тактику лечения.

5. У больного температура тела 38,2°C, выражена ригидность затылочных мышц, двухсторонний симптом Кернига, симптом Брудзинского. Это состояние возникло на фоне гнойного отита. В спинномозговой жидкости – значительный нейтрофильный плеоцитоз.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какая тактика обследования больного?

6. Больной 50 лет жалуется на резкую боль в грудном отделе позвоночника, температура тела 38,5°C. Эти жалобы возникли после переохлаждения. В неврологическом статусе выявлены нижний центральный парапарез, гипестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу от среднегрудных сегментов, нарушение её мочеиспускания по центральному типу.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие дополнительные методы обследования подтверждают диагноз?

7. У больной 7 лет – головная боль, периодически рвота, покраснение зева, петехиальная сыпь на коже, температура тела 39°C. Выявлены ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, в периферической крови лейкоцитоз – $13,0 \times 10^9$, СОЭ – 35 мм/час, нейтрофильный плеоцитоз в ликворе 2500 в 1 мм³.

1. Какие синдромы появились у больной?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Какой из выявленных синдромов у больной имеет решающее значение для постановки диагноза?

8. Больной жалуется на общую слабость, повышенную сонливость, двоение перед глазами. Болеет три дня. Температура тела 38,6°C. В неврологическом статусе выявлены расходящееся косоглазие левого глаза, синдром, обратный синдрому Аргайлля Робертсона.

1. Как называется синдром, объединяющий патологическую сонливость и глазодвигательные нарушения?
2. О каком заболевании можно думать?

9. У больного 32 лет постепенно начали дрожать руки, появились скованность и замедление движений. Год назад переболел простудой с повышением температуры тела, общей слабостью, головной болью, повышенной сонливостью, кратковременным двоением перед глазами. При осмотре выявлено маскообразное, сальное лицо. Речь тихая, монотонная, движения замедлены, гиперсаливация. Отмечаются поза “сгибателей”, ходьба мелкими шагами. Мышечный тонус в конечностях повышен. Выявлен мелкий трепет пальцев рук в покое. Реакция зрачков на свет живая, на конвергенцию – почти отсутствует.

1. Какие синдромы выявлены у больного?
2. Какие отделы нервной системы поражены?
3. Укажите клинический диагноз.
4. Какое лечение назначите больному?

10. У ребёнка 10 лет, болеющего ревматизмом, появились быстрые, насильтственные движения в мышцах лица, конечностей, напоминающие кривляние, двигательное беспокойство. Парезы мышц конечностей не выявлены, мышечный тонус в конечностях низкий. Отмечается симптом Гордона-2.

1. О каком синдроме следует думать?
2. Как называются описанные насильтственные движения?
3. О каком заболевании можно думать?

11. Больная 35 лет, жалуется на общую слабость, головную боль, боль в мышцах плечевого пояса, слабость мышц рук. Известно – накануне большую укусил клещ, В неврологическом статусе определяются свисающая голова, вялый парез рук с низкими сухожильными и периостальными рефлексами. Чувствительных нарушений не выявлено.

1. Какие структуры и на каком уровне поражены?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Какие дополнительные методы диагностики подтверждают диагноз?

12. У больной с герпетическими высыпаниями на губах повысилась температура тела до 38,0°C. Периодически возникают двигательные джексоновские приступы в левой руке. Через сутки появились атаксия в конечностях, тетрапарез, сопор, затем – кома. На МРТ головного мозга в белом веществе лобных, височных долей и в мозжечке выявлены воспалительные очаги округой формы, размером до 2 см в диаметре, местами сливные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования его подтверждают?
3. Какое лечение следует назначить?

13. У ребёнка внезапно поднялась температура тела до 37,8°C, появились боль в горле, рвота, боль в животе и диарея. Через 3 дня утром обнаружили мышечную слабость в ногах. При осмотре выявлено снижение объёма активных движений и силы в ногах, гипотонию мышц ног, арефлексию глубоких рефлексов на ногах. Все виды чувствительности сохранены.

1. Какие синдромы выявлены у больного ребёнка?
2. Поражением каких структур можно объяснить все патологические симптомы?
3. Укажите предварительный клинический диагноз.
4. Какая этиология болезни?
5. Какой путь заражения?

14. У больного 60 лет постепенно развилась шаткость при ходьбе, усиливающаяся в сумерках и темноте. Выявлены снижение мышечно-суставного чувства в ногах, отсутствие прямой и содружественной реакции зрачков на свет при сохранении реакции зрачков на конвергенцию и аккомодацию.

1. Как называется синдром патологии зрачковых реакций?
2. Поражение каких структур обусловило чувствительные нарушения?
3. Как называются такие нарушения координации движений?
4. О каком заболевании можно думать?

15. У больного сифилисом возникли боль в спине, парестезии, корешковые боли в конечностях. В неврологическом статусе выявлена гипалгезия в сегментах Т3–Т4 и на латеральной поверхности голеней. Имеются снижение коленных и ахилловых рефлексов, синдром Аргайля Робертсона. Офтальмолог выявил первичную атрофию зрительных нервов.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования его подтвердят?
3. Какое лечение следует назначить?

16. Больного беспокоят головная боль, головокружение, тошнота, рвота. Выявлены ригидность мышц затылка и симптом Кернига, лёгкий птоз правого верхнего века, снижение слуха на правое ухо. В ликворе – лимфоцитарный плеоцитоз (200 клеток в 1 мм³), позитивные РИБТ и РИФ.

1. Какие структуры поражены?
2. Укажите клинический диагноз.

17. Больной жалуется на головную боль, боль в крупных суставах рук и ног, по ходу периферических нервов конечностей, снижение зрения. При осмотре выявляется болезненность при пальпации точек выхода веточек тройничного нерва справа. Правый глаз не полностью закрывается, сглажена правая носогубная складка, правая бровь не поднимается. Сухожильные рефлексы с конечностями снижены. Слабо позитивный симптом Кернига, болезненность при пальпации точек выхода бедренного, седалищного нервов. Больной вспомнил, что накануне его укусил клещ и в области грудной клетки был красноватый узелок. В ликворе выявлен лимфоцитарный плеоцитоз, повышенено количество белка.

1. Какое заболевание можно заподозрить?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить?

18. У ВИЧ-инфицированного мужчины 35 лет постепенно ухудшилась память, нарушились внимание, поведение, ослабла интеллектуальная деятельность. Лицо больного амимичное, положительные симптомы орально-го автоматизма. Движения замедлены. Выявляется дрожание рук в покое и при движениях. Определяется гиперрефлексия глубоких рефлексов на конечностях.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие обследования целесообразно назначить и какие результаты можно получить?

19. У ВИЧ-инфицированного больного внезапно возникла серия генерализованных судорожных приступов. Сознание его спутано, дезориентирован, слабо выражены менингеальные симптомы, моторная афазия и правосторонняя гемиплегия. Больному проведена МРТ головного мозга, выявившая в лобных и теменных долях кольцеобразные очаги с перифокальным отёком, имеющие при контрастировании масс-эффект и накапливающие контраст на периферии в виде тонкого ободка.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какими диагностическими методами можно уточнить этиологию заболевания?

20. Больная 55 лет жалуется на снижение памяти, головную боль, бессонницу, дрожание рук, шаткость при ходьбе. Выявлены мозжечковые нарушения в виде статической и динамической атаксии, пирамидные и подкорковые симптомы, лёгкая степень деменции, дизартрия. ЭЭГ-исследование показало высокоамплитудные трехфазные острые волны (1–2 Гц) на фоне общего замедления и уплощения электрической активности. На КТ головного мозга обнаружено расширение подпаутинных пространств в лобных долях. Все описанные явления прогрессируют. Известно, что больная любит употреблять мясо, не прошедшее достаточной термической обработки.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Ответы

1.

1. Менингококковый менингит.
2. В инфекционном отделении.
3. Исследования спинномозговой жидкости путём проведения лумбальной пункции, выявление возбудителя в ликворе.

2.

1. У больного определяются очаговые симптомы в виде центрального левостороннего гемипареза.
2. Герпетический энцефалит.
3. КТ или МРТ головного мозга покажут воспалительные очаги, в основном, в лобной или височной долях, ПЦР позволит выявить ДНК вируса в спинномозговой жидкости.

3.

1. Менингеальный синдром и синдром воспалительных изменений в ликворе.
2. Туберкулёзный менингит.
3. ПЦР на палочку Коха, квантимероновый тест, туберкулиновая проба и методы, выявляющие первичный туберкулёзный очаг (рентгенография легких).

4.

1. Менингеальный синдром и синдром воспалительных изменений в ликворе.
2. Пневмококковый менингит.

3. Назначают антибактериальную терапию, препаратом выбора является пенициллин, при стойкости к нему бактерий переходят к цефалоспоринам III поколения (цефотаксим, цефтриаксон).

5.

1. Вторичный гнойный отогенный менингит.

2. Выявление возбудителя в спинномозговой жидкости, назначение адекватной антибиотикотерапии.

6.

1. Острый миелит грудного отдела спинного мозга.

2. МРТ спинного мозга (выявление воспалительного очага), определение возбудителя в спинномозговой жидкости при помощи серологических реакций и ПЦР.

7.

1. У больной синдром инфекционного заболевания, менингеальный синдром и синдром воспалительных изменений в периферической крови и в ликворе.

2. Гнойный менингит, вероятно менингококковый.

3. Синдром воспалительных изменений в спинномозговой жидкости.

8.

1. Окуло-летаргический синдром.

2. Острая стадия летаргического энцефалита Экономо.

9.

1. Синдром паркинсонизма и синдром, обратный синдрому Аргайля Робертсона.

2. Палеостриатум: бледный шар, чёрная субстанция.

3. Хроническая стадия летаргического энцефалита.

4. Противопаркинсонические средства – циклодол, мидантан, наком, леводопа.

10.

1. Гипотонически-гиперкинетический синдром.

2. Хореические гиперкинезы.

3. Ревматический энцефалит – малая хорея.

11.

1. Поражены передние рога в сегментах С3–Т1 спинного мозга.

2. Клещевой энцефалит.

3. Диагноз подтверждают результаты ПЦР и серологических реакций к вирусу клещевого энцефалита.

12.

1. Герпетический энцефалит.

2. ПЦР укажет на наличие ДНК вируса герпеса в спинномозговой жидкости.

3. Ацикловир по 15 мг/кг каждые 8 часов внутривенно капельно на 100–200 мл изотонического раствора натрия хлорида на протяжении 10–14 дней, интерфероны, специфический противогерпетический иммуноглобулин, дегидратационные и симптоматические средства.

13.

1. Синдром инфекционного заболевания, нижний вялый парапарез.

2. Поражены слизистые оболочки носовой части глотки, пищевой канал, передние рога спинного мозга на уровне пояснично-крестцового утолщения.

3. Острый передний полиомиелит.

4. Вирус полиомиелита.

5. Воздушно-капельный и алиментарный.

14.

1. Синдром Аргайлля Робертсона.

2. Поражены пути Голля в задних канатиках спинного мозга.

3. Сенситивная атаксия.

4. Атактическая стадия спинной сухотки.

15.

1. Нейросифилис: невралгическая стадия спинной сухотки.

2. Позитивные трепонемные реакции в сыворотке крови и спинномозговой жидкости – РИБТ и РИФ.

3. Пенициллин 18-24 млн ЕД в сутки на протяжении 14 дней внутривенно, в дальнейшем в мышцу 2-4 млн ЕД один раз в неделю на протяжении 3-х месяцев.

16.

1. Поражены мозговые оболочки, корешки правого глазодвигательного и слухового нервов.

2. Сифилитический менингит.

17.

1. Нейроборрелиоз (поражение нервной системы при болезни Лайма).

2. Непрямую реакцию иммунофлюoresценции с корпускулярным боррелиозным антигеном .

3. Пенициллин 20-25 000 000 ЕД в сутки внутривенно, цефтриаксон по 1 г дважды в день 2-3 недели или цефотаксим 2 г трижды в день, доксициклин 0,2 г дважды в день 3-4 недели.

18.

1. Начальные проявления СПИД-деменции (для последней характерна триада симптомов – интеллектуально-мнестические нарушения, изменение поведения и двигательные нарушения).

2. КТ или МРТ головного мозга, выявляющие атрофию коры головного мозга, расширение желудочковой системы, мультифокальные очаги в перивентрикулярной области и в семiovальном центре. Очаги не дают масс- эффекта и не накапливают контрастное вещество.

19.

1. Токсоплазмозный энцефалит на фоне ВИЧ-инфекции.

2. ПЦР в крови и ликворе выявит ДНК токсоплазмы.

20.

1. Болезнь Крейтцфельдта - Якоба.

2. Биопсию головного мозга для иммуноцитологического определения в биоптате отложений PrPsc.

4.2. Паразитарные заболевания нервной системы

1. Женщина 25 лет жалуется на головную боль, повышение температуры тела до 37,5°C, увеличение подмышечных лимфатических узлов, появление пятнисто-папулёзной сыпи на коже. Периодически возникает двоение перед глазами. Выявляются симптом Кернига, ригидность затылочных

мышц. Три недели назад игралась с кошкой, на коже руки имеются цар-пины.

1. Какое заболевание можно заподозрить?
2. Какая диагностика этого заболевания?
3. Какое лечение?

2. Больную на протяжении двух недель беспокоят общая слабость, резкая головная боль, рвота, повышение температуры до 40,0° С. Выявлены розо-олёзная сыпь на теле, лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром. В неврологическом статусе: центральный парез мимических мышц справа, правосторонний гемипарез, позитивные менингеальные симптомы. На краниограмме определяются очаги обызвествления. Позитивная проба с токсоплазмином.

1. Какое заболевание возникло у больной?
2. Какие структуры нервной системы поражены?

3. Больной жалуется на постоянную головную боль, рвоту, головокружение, ухудшение зрения. Появились приступы онемения правой руки, которые делятся 3-5 минут и повторяются по несколько раз в день. Наблюдаются психотические нарушения. В ликворе – эозинофилы, лимфоцитарный плеоцитоз. Рентгенография черепа выявила наличие обызвествлённых цист. Заболевание имеет ремитирующий характер с выраженным обострением.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какая диагностика этого заболевания?
3. Укажите методы лечения.

Ответы

1.

1. Острый токсоплазмоз нервной системы.
2. Внутрикожная проба с токсоплазмином, исследования ПЦР и Ig к токсоплазме.
3. Хлоридин (периметамин) по 250 мг трижды в сутки с постепенным снижением дозы до 50-75 мг в сутки; сульфадимезин по 0,5-1,0 мг 4 раза в сутки. Обычно проводят три курса лечения по 7 дней с перерывом между курсами 10 дней.

2.

1. Токсоплазмоз нервной системы.
2. Оболочки и левое полушарие головного мозга, кортико-спинальный и корково-ядерный пути.

3

1. Цистицеркоз нервной системы.
2. Преобладание симптомов раздражения над симптомами поражения, гипертензионный синдром, выявление цистицерков в мышцах и подкожной жировой клетчатке; РСК с цистицерковым антигеном, КТ, МРТ головного мозга.

3. Празиквантель 50 мг на 1 кг массы тела дважды в сутки 2 недели; альбендазол 7,5 мг на 1кг массы тела дважды в день на протяжении месяца. Симптоматические средства, противосудорожные. Хирургическое лечение.

4.3. Демиелинизирующие заболевания нервной системы

1. У пациента 22 лет наблюдалось снижение остроты зрения на правый глаз. После лечения в глазном отделении по поводу ретробульбарного неврита зрение возобновилось. Через год появилась слабость в правой стопе, исчезнувшая без лечения через две недели. Ещё через 3 месяца возникла шаткость при ходьбе. Объективно выявлены интенционный трепет при выполнении пальце-носовой пробы справа, адиадохокинез справа, не вызываются брюшные рефлексы, шаткость в позе Ромберга.

1. Поражением каких структур нервной системы можно объяснить выявленную в неврологическом статусе симптоматику?
2. Какой предварительный клинический диагноз?
3. Какое лечение назначить?

2. У 18-летней студентки после отдыха на море возникли неуверенность и шаткость при ходьбе, замедлилась речь. В неврологическом статусе: мелко-размашистый горизонтальный нистагм, скандированная речь, интенционное дрожание при выполнения пальце-носовой и пяточно-коленной проб.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. Как называется описанная триада симптомов?
3. О каком заболевании можно думать?
4. Какие дополнительные методы обследования подтверждают диагноз?

3. Женщину 28 лет на протяжении последних 6 месяцев беспокоит слабость в ногах. За это время дважды проходила курсы стационарного лечения. Слабость уменьшилась, затем вновь наросла. Недавно появились шаткость при ходьбе, периодическая задержка мочи. В неврологическом статусе обнаружен нижний центральный парапарез с патологическими стопными рефлексами экстензорной и флексорной групп, отсутствие брюшных рефлексов, нарушение мышечно-суставного чувства в пальцах ног.

1. Установите топический диагноз.
2. Какой предварительный клинический диагноз?
3. Какие методы обследования являются целесообразными?

4. У женщины через 3 месяца после родов возникло снижение зрения на правый глаз, появилось чувство онемения в ногах.

1. Для дебюта какого заболевания типичны эти жалобы?
2. Какие дополнительные методы обследования подтверждают диагноз?
3. Какое лечение следует назначить при подтверждении диагноза?

5. У больной через 6 месяцев после родов появилась тяжесть в ногах, возник парез мимических мышц. При осмотре выявлены левосторонний периферический парез мимических мышц, отсутствие брюшных рефлексов, повышение коленных и ахилловых рефлексов, симптом Бабинского с двух сторон.

1. О поражении каких структур свидетельствуют выявленные симптомы?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Какие дополнительные методы обследования следует назначить?
4. Какое лечение необходимо назначить больной?

6. Молодая женщина через месяц после перенесенной острой респираторной инфекции почувствовала головную боль, тошноту, рвоту. Появилось двоение перед глазами. Объективно: температура тела 38,2°C, умеренная ригидность затылочных мышц, двухсторонний симптом Кернига, расходящееся косоглазие справа, левосторонний центральный гемипарез. На МРТ головного мозга – мультифокальные очаги повышенной интенсивности на Т2-взвешенном изображении в белом веществе полушарий, мосту, базальных ядрах, таламусе. В спинномозговой жидкости – незначительный лимфоцитарный плеоцитоз, незначительно повышенный уровень белка.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какой должна быть дальнейшая тактика врача?

7. Молодая женщина 6 месяцев назад лечилась в неврологическом отделении по поводу острого рассеянного энцефаломиелита. После перенесенного заболевания самочувствие удовлетворительное, однако, в неврологическом статусе удерживается симптоматика: асимметрия глубоких рефлексов с нижних конечностей и снижение брюшных рефлексов.

1. О чём может свидетельствовать наличие изменений в неврологическом статусе?
2. Укажите дальнейшую тактику ведения больной.

Ответы

1

1. Поражены мозжечок, мозжечковые пути и пирамидные пути.
2. Рассеянный склероз, ремитирующее течение, стадия обострения.
3. Пульс-терапия метилпреднизолоном, плазмаферез.

2

1. Поражены мозжечок и мозжечковые пути.
2. Триада Шарко.
3. Можно думать о рассеянном склерозе.
4. МРТ головного мозга (очаги демиелинизации), исследование спинномозговой жидкости (наличие олигоклональных иммуноглобулинов класса G), исследования глазного дна (побледнение височных половин дисков зрительных нервов).

3

1. Поражение пирамидных путей и путей глубокой чувствительности.
2. Рассеянный склероз.
3. МРТ головного и спинного мозга (для выявления очагов демиелинизации), исследование глазного дна (побледнение височных половин дисков зрительных нервов), исследование спинномозговой жидкости (выявление олигоклональных иммуноглобулинов класса G).

4

1. Для дебюта рассеянного склероза.
2. МРТ головного и спинного мозга (для выявления очагов демиелинизации), исследование глазного дна (побледнение височных половин дисков зрительных нервов), исследование спинномозговой жидкости (выявление олигоклональных иммуноглобулинов класса G).
3. Пульс-терапия метилпреднизолоном, витамины, ноотропные средства.

5

1. Поражение левого лицевого нерва, двухстороннее поражение пирамидных путей.
2. О рассеянном склерозе.
3. Исследование глазного дна, спинномозговой жидкости и МРТ головного мозга.
4. Пульс-терапия метилпреднизолоном, вазоактивные и дегидратационные препараты.

6

1. Можно думать об остром рассеянном энцефаломиелите.
2. Назначают кортикостероиды, антигистаминные и дегидратационные препараты, гамма-глобулин.

7

1. Изменения в неврологическом статусе свидетельствуют об остаточных явлениях перенесенного острого рассеянного энцефаломиелита в виде указанной неврологической симптоматики.
2. Больной необходимо назначать ноотропные препараты (пирацетам) и средства, улучшающие проводимость нервных импульсов (нейромидин), витамины группы В, осмотр невропатолога в динамике.

4.4. Боковой амиотрофический склероз

1. Больной 50 лет жалуется на слабость мышц верхних конечностей, исхудание кистей. Болеет на протяжении 5 месяцев. Выявлены снижение мышечной силы в руках, гипотрофия тенара, фибриллярные подёргивания в мышцах плечевого пояса, повышение глубоких рефлексов с рук и ног, брюшные – сохранены. Чувствительность и функция газовых органов не нарушены.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. Какой предварительный клинический диагноз?
3. Какое необходимо назначить лечение?

2. У больного 40 лет на протяжении 3 месяцев возникло попёрхивание при приёме пищи, речь стала гнусавой с нечёткой артикуляцией, появились фибриллярные подёргивания и гипотрофия мышц языка, выявляются симптомы орального автоматизма.

1. Как называются описанные симптомы и синдром?
2. Какие структуры нервной системы поражены?
3. О каком заболевании можно думать?

3. У 53-летней женщины 4 месяца назад появились слабость в руках, подёргивания мышц. За медицинской помощью не обращалась. В последнее время стала отмечать изменение голоса, затруднение глотания, появилось попёрхивание при употреблении жидкой пищи. Выявлено снижение силы в руках. Отмечаются атрофии и фибриллярные подёргивания мышц рук и плечевого пояса. Глубокие рефлексы с рук повышенны, экскурсия мягкого нёба ограничена.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. Для какого заболевания типичны такие признаки?

Ответы

1

1. Корково-спинномозговые пути в боковых канатиках и передние рога в шейном утолщении спинного мозга.
2. Боковой амиотрофический склероз.
3. Рилузола глутамат, ретаболил, витамины группы В, витамин Е.

2

1. Дисфагия, дисфония, дизартрия. Преобладает бульбарный синдром. Симптомы орального автоматизма – признаки псевдобульбарного синдрома.
2. Поражены двигательные ядра IX, X, XII пар черепных нервов и корково-ядерные пути.
3. Бульбарная форма бокового амиотрофического склероза.

3

1. Поражены передние рога спинного мозга (в сегментах C5–T1), ядра IX, X пар черепных нервов, корково-спинномозговые пути выше шейного утолщения спинного мозга.
2. Боковой амиотрофический склероз.

4.5. Головная боль. Мигрень

1. Молодую женщину с 14-летнего возраста периодически беспокоят приступы пульсирующей головной боли в левой височной доле, распространяющейся на левый глаз. Приступам предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения полей зрения. Иногда во время приступа бывает рвота. Приступ длится несколько часов. Часто проходит после сна.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Укажите форму заболевания.
3. Какое лечение необходимо назначить для купирования приступа?

2. 30-летнему мужчине беспокоят приступы головной боли, характеризующиеся цикличностью, возникающие ночью. Приступы провоцируются употреблением алкоголя.

1. Какой вид головной боли у пациента?
2. Чем головная боль обусловлена?

3. 35-летнюю женщину на продолжении 3 дней беспокоит приступ интенсивной пульсирующей односторонней головной боли с многократной рвотой. На МРТ головного мозга в левой височной доле нашли очаги ишемии размером до 0,6 см.

1. Какой клинический диагноз у пациентки?
2. Какое лечение необходимо назначить?

4. У женщины после стрессовых ситуаций возникает сжимающая головная боль, сопровождающаяся болью в сердце, чувством напряжения в височной и затылочной областях. В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Обращают на себя внимание дистальный гипергидроз, лабильность вазомоторов, резко сниженный фон настроения.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какая тактика лечения?

5. Невролог расценил головную боль пациентки как психогенную.

1. Укажите критерии диагностики такой боли.

6. У больного после ненормированной нагрузки на работе появилась двухсторонняя диффузная головная боль монотонного, сжимающего характера. Боль не нарушает его физической активности.

1. Какой клинический диагноз можно установить?
2. Какая лечебная тактика?

7. У больной на протяжении последнего месяца дважды наблюдались приступы мигрени, последний расценили как мигренозный статус.

1. На основании каких данных сделан такой вывод?
2. Опасно ли такое состояние для здоровья больной, если да, то чем?

8. Больной жалуется на головную боль, чаще утром. На высоте головной боли часто возникает рвота. Исследование глазного дна выявило застойные диски зрительных нервов.

1. Какого характера головная боль у пациента?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Укажите план дальнейшего обследования и лечения.

9. Больного на протяжении трёх месяцев беспокоит головная боль, особенно утром и вечером. Иногда возникает рвота. Постепенно появились шаткость при ходьбе, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пятконо-коленной проб правыми конечностями, нистагм при взгляде вправо. В позе Ромберга шаткость вправо.

1. Какого характера головная боль у больного?
2. Установите топический диагноз.
3. Установите предварительный клинический диагноз.
4. Опишите возможные изменения на глазном дне.

Ответы

1

1. Мигрень с аурой.
2. Офтальмическая (классическая) форма мигрени.
3. Ацетилсалициловая кислота и её производные в сочетании с кофеином; селективные агонисты серотонина (суматриптан); препараты эрготаминового ряда; нестероидные противовоспалительные средства.

2

1. Пучковая головная боль.
2. Возникает вследствие нарушения обмена серотонина, нарушений эндокринной регуляции, неполноценности симпатической иннервации.

3

1. Мигренозный статус с мелкоочаговым инфарктом мозга.
2. Внутривенное введение седуксена, лазикса, эуфилина, кортикостероидных и антигистаминных препаратов.

4

1. Головная боль напряжения.
2. Ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные средства, гидазепам, психотерапия, при астении – мелипрамин.

5

1. Головная боль двухсторонняя, разлитая. Возникает после эмоционального напряжения, имеет чёткую связь со стрессовыми факторами. Сопровождается ипохондрическим депрессивным настроением.

6

1. Головная боль напряжения.
2. Ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные средства, мидокалм, режим труда и отдыха.

7

1. Это тяжёлый приступ мигрени, не утихающий на протяжении 72 часов или серия тяжёлых последовательных приступов с многократной рвотой.
2. Опасный, так как может возникнуть мигренозный инфаркт головного мозга.

8

1. Гипертензионная головная боль.
2. Опухоль головного мозга, вероятно локализована в задней черепной ямке.
3. МРТ головного мозга, консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

9

1. Гипертензионная головная боль.
2. Поражение правого полушария мозжечка.
3. Опухоль правого полушария мозжечка.
4. Застойные диски зрительных нервов, вторичная атрофия дисков зрительных нервов.

4.6. Детский церебральный паралич

1. У ребёнка двух лет определяется повышение мышечного тонуса и рефлексов на нижних конечностях. При ходьбе опирается на пальцы, перекрециваются голени. Известно о патологическом течении беременности и родов у матери, отставание ребёнка в психомоторном развитии с первых месяцев жизни.

1. Какие нервные структуры поражены?
2. Укажите заболевание.

2. У 4-летнего ребёнка, родившегося с гемолитической желтухой, наблюдаются неуклюжесть, червеобразные движения пальцев рук, насильтственные движения мышц лица, нечёткость речи. Мышечный тонус снижен.

1. Как называются такие непроизвольные движения?
2. Какая патология у ребёнка?

Ответы

1

1. Двухстороннее поражение пирамидных путей в головном мозге.
2. Детский церебральный паралич, диплегическая форма.

2

1. Гиперкинезы.
2. Детский церебральный паралич (гиперкинетическая форма).

5 Раздел

Заболевания периферической нервной системы.
Наследственные заболевания нервной системы. Миастения.
Врожденные дефекты позвоночника и спинного мозга.
Сирингомиелия. Соматоневрологические синдромы

5.1. Заболевания периферической нервной системы

1. Больная жалуется на боль, онемение ног, их слабость, шаткость при ходьбе в сумерках. Страдает сахарным диабетом на протяжении 5 лет. Выявлены гипестезия всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей, слабость мышц кистей и стоп, гипорефлексия сухожильных и периостальных рефлексов на конечностях, мимопадание при выполнении координаторных проб с закрытыми глазами.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Какие структуры нервной системы пострадали?
3. Почему больную беспокоит шаткость при ходьбе в темноте?
4. Укажите тип двигательных расстройств.
5. О каком заболевании можно думать?

2. Больной после травмы плечевого сплетения жалуется на ограничение активных движений в правом плечевом суставе, не может поднять руку до горизонтального уровня, согнуть в плечевом суставе. В неврологическом статусе выявлено отсутствие сгибательно-локтевого и снижение карпоподиального рефлексов справа, болезненность при пальпации в правой надключичной ямке, гипалгезию на наружной поверхности правого плеча.

1. Как называется такое нарушение двигательной функции?
2. Поражение каких структур нервной системы наблюдается у больного?
3. Укажите клинический диагноз.

3. Больной жалуется на жгучую боль в стопах, шаткость при ходьбе в темноте. Длительно злоупотреблял алкоголем. В неврологическом статусе выявлены дистальный гипергидроз, цианоз кистей и стоп, гипестезия всех видов чувствительности в дистальных отделах нижних и верхних конечностей по типу «перчаток» и «носков». Мышечная сила в конечностях достаточная.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Какие структуры нервной системы поражены?
3. Укажите клинический диагноз.

4. У больного 33 лет после переохлаждения повысилась температура тела до 37,8°C. Появились боль в пояснице, слабость ног. Осмотр выявил положительный симптом Ласега с обеих сторон, снижение мышечной силы в

ногах, арефлексию коленных и ахилловых рефлексов, гиперестезию на стопах. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз ($12,4 \times 10^9$ л), в спинномозговой жидкости – белково-клеточная диссоциация.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. Какое заболевание можно заподозрить?
3. Какие патологические признаки могут возникнуть при прогрессировании заболевания?

5. Больная после длительной работы на огороде в положении на корточках жалуется на слабость мышц правой стопы, свисание ее, ощущение ползания мурашек в стопе и пальцах. В неврологическом статусе выявлены парез мышц разгибателей стопы, свисающая стопа, гипалгезия по наружной поверхности голени, тыльной поверхности стопы и I-IV пальцев.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Какой характер пареза мышц?
3. Какие структуры нервной системы поражены?
4. Укажите клинический диагноз.

6. Больной с ожирением III степени жалуется на жгучую боль по передне-боковой поверхности правого бедра и ощущение онемения в этой области, усиливающиеся при ходьбе и стоянии. Выявлена гипалгезия по передне-наружной поверхности бедра.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Поражение каких структур у больного?
3. Укажите клинический диагноз.

7. Больному сняли гипсовую повязку после перелома внутреннего отростка плеча. Наблюдается «когтистая лапа»: в проксимальных фалангах IV и V пальцев резкое разгибание, в средних и дистальных – сгибание, гипотрофия мышц между II и V пальцами, гипалгезия в V и половине IV пальцев.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Какие структуры нервной системы пострадали?
3. Укажите клинический диагноз.

8. У больного после травмы (порез стеклом кожи и мягких тканей нижней части предплечья) наблюдаются признаки «обезьяньей лапы»: гипотрофия тенара, нарушение сгибания в кулак первых трех пальцев, гипалгезия на ладонной поверхности в области первых трех пальцев.

1. Укажите тип нарушения чувствительности.
2. Поражения каких нервных структур у больного?
3. Укажите клинический диагноз.

9. Больной, страдающий сахарным диабетом, жалуется на двоение перед глазами. Выявлено птоз, расходящееся косоглазие, экзофтальм справа.

1. Какие структуры нервной системы поражены у больного?
2. Какие еще симптомы могут быть у больного?
3. Укажите клинический диагноз.

10. Больной 23 лет после переохлаждения отмечает боль и ощущение покалывания мурашек по ходу нервных стволов верхних и нижних конечностей, слабость в них, неподвижность мимических мышц. Субфебрильная температура тела. Осмотр выявил положительный симптом Ласега с обеих сторон, двусторонний периферический парез мимических мышц, снижение мышечной силы в ногах и руках, арефлексию глубоких рефлексов на руках и нижних конечностях.

1. Поражение каких структур нервной системы у больного?
2. Какое заболевание можно заподозрить?
3. Будут ли изменения в спинномозговой жидкости?
4. Какая тактика врача в данном случае?

11. У больного стреляющая боль и парестезии в верхнем отделе правой ягодицы, на наружной поверхности бедра, тыльной поверхности стопы, в большом пальце справа, возникшие после поднятия тяжести. В неврологическом статусе выявлена гипалгезия в области большого пальца, на тыле стопы и передненаружной поверхности голени, слабость мышц разгибателей 1-го пальца стопы. Пациент не может ходить и стоять на пятке с разогнутой стопой.

1. По какому типу нарушена чувствительность у больного?
2. Поражение каких структур нервной системы у больного?
3. Укажите клинический диагноз.

12. Больной, перенесший травму правой плечевой области, жалуется на слабость кисти и ощущение онемения в ней. В неврологическом статусе выявлено парез мышц правой кисти, отсутствие правого разгибательно-локтевого рефлекса, гипотрофию мышц правой кисти, гипалгезию на внутренней поверхности правого предплечья, в области кисти и пальцев, синдром Бернара-Горнера справа.

1. Укажите признаки синдрома Бернара-Горнера.
2. Поражение каких структур нервной системы у больного?
3. Укажите заболевание.

13. У пациента после переохлаждения возникла боль, и появились высыпания на коже левой половины лба. При осмотре выявлены пузырьковые высыпания на коже левой половины лба, спинки носа слева, обнаружена гипалгезия в области иннервации верхней веточки левого тройничного нерва.

1. Как называются такие высыпания на коже?
2. Какие структуры нервной системы пострадали?
3. О каком заболевании можно думать?

14. Больной жалуется на «перекошенное» лицо, ощущение сильной боли в области левой ушной раковины. На ушной раковине выявлены пузырьковые высыпания. Обнаружен периферический парез мимических мышц левой половины лица с нарушением вкуса на левой половине языка.

1. Какие структуры нервной системы пострадали?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Какое лечение нужно назначить?

15. У пациента после переохлаждения появилась боль в заушной области, через два дня возникла асимметрия лица. При осмотре выявлено – на лбу справа при поднятии брови не образуются складки, правый глаз не закрывается, правый угол рта опущен, при оскале зубов он неподвижен. Больной не может свистнуть, надуть правую щеку, отмечается слезотечение из правого глаза. Имеется усиление восприятия звуков правым ухом, а также снижение вкуса на правой половине языка.

1. Как называется такая патология мышц?
2. Какие структуры и на каком уровне поражены?
3. Установите клинический диагноз.

16. Больной жалуется на поперхивание во время еды, носовой оттенок голоса, шаткость при ходьбе, усиливающуюся в темноте. Месяц назад перенес дифтерию. В неврологическом статусе выявлено: свисание мягкого неба при фонации, снижение глоточного рефлекса и рефлекса с мягкого неба, отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, гипалгезия и батианестезия на стопах, шаткость в позе Ромберга.

1. Какие синдромы возникли у больного?
2. Поражение каких структур нервной системы обусловило такую патологию?
3. Какое заболевание у пациента?

17. Больной, злоупотребляющий алкоголем, после продолжительного сна в неудобной позе жалуется на невозможность разгибания правой кисти, не может отвести правый палец в сторону. Нарушена болевая чувствительность на тыльной поверхности I и II пальцев. Правая кисть свисает.

1. По какому типу нарушена чувствительность?
2. Укажите топический диагноз.
3. Какое заболевание у пациента?

18. Больной, занимающийся велоспортом, жалуется на онемение в области IV и V пальцев левой руки. Выявлена слабость мышц сгибателей пальцев кисти и гипалгезия на IV и V пальцах.

1. Поражение какого нерва наблюдается у больного?
2. Укажите причину этой патологии.

19. Больная 55 лет, доярка с 30-летним стажем, жалуется на онемение I, II, III пальцев правой руки, боль в ладони, усиливающуюся ночью, при поднятии руки вверх и уменьшающуюся при ее опускании.

1. О поражении какого нерва можно думать?
2. Укажите причину поражения этого нерва.

20. Больной жалуется на боль в правой стопе и пальцах, усиливающуюся при ходьбе, нажатии на педаль автомобиля. Выявлен отек ниже внутренней лодыжки правой стопы.

1. Какой нерв поражен?
2. Какая причина такой патологии?

21. Больная 55 лет жалуется на интенсивную боль в средней части левой половины лица, в верхней челюсти. Боль возникает приступообразно, длится несколько секунд, провоцируется чисткой зубов, употреблением пищи. Боль появляется при дотрагивании к носогубной складке слева. В неврологическом статусе патологии не выявлено.

1. Укажите топический диагноз.
2. Какие обследования необходимо провести больной?
3. Какой клинический диагноз?
4. Какие препараты купируют болевой приступ?

Ответы

1.

1. Периферический полиневритический тип расстройств чувствительности.
2. Периферические нервы в дистальных отделах конечностей.
3. Шаткость обусловлена появлением сенситивной атаксии вследствие поражения волокон глубокой чувствительности.
4. Периферический парез кистей и стоп.
5. Диабетическая полиневропатия.

2

1. Периферический парез мышц правой верхней конечности.
2. Поражение верхнего первичного ствола правого плечевого сплетения.
3. Верхняя плечевая плексопатия Дюшенна-Эрба.

3.

1. Периферический полиневритический тип расстройств чувствительности.
2. Поражены периферические нервы в дистальных отделах конечностей.
3. Вегетативно-сенсорная форма алкогольной полиневропатии.

4.

1. Поражение спинно-мозговых корешков пояснично-крестцового отдела и периферических нервов нижних конечностей.
2. Острую воспалительную демиелинизирующую полирадикулоневропатию Гийена-Барре.

3. Симптомы поражения периферических нервов верхних конечностей и черепных нервов.

5

1. Периферический мононевритический тип расстройств чувствительности.

2. Периферический парез мышц разгибателей правой стопы.

3. Поражение правого малоберцового нерва.

4. Невропатия правого малоберцового нерва.

6.

1. Периферический мононевритический тип нарушения чувствительности.

2. Поражение левого наружного кожного бедренного нерва.

3. Синдром ущемления левого наружного кожного бедренного нерва (парестетическая мералгия Бернгардта-Рота).

7.

1. Периферический мононевритический тип нарушения чувствительности.

2. Поражение локтевого нерва.

3. Нейропатия локтевого нерва.

8.

1. Периферический мононевритический тип нарушения чувствительности.

2. Поражение срединного нерва.

3. Травматическая невропатия срединного нерва.

9.

1. Поражение правого глазодвигательного нерва.

2. Могут быть мидриаз, нарушение конвергенции и аккомодации, прямой и содружественной реакции зрачков на свет.

3. Нейропатия правого глазодвигательного нерва.

10.

1. Поражение спинномозговых корешков шейного и пояснично-крестцового отделов и периферических нервов верхних и нижних конечностей, двустороннее поражение лицевого нерва.

2. Острая демиелинизирующая полирадикулонейропатия Гийена-Барре.

3. Исследование спинномозговой жидкости выявит белково-клеточную диссоциацию.

4. Назначение внутривенной терапии иммуноглобулинами класса G (0,4 г/кг в сутки) ежедневно на протяжении 5 дней, плазмаферез.

11.

1. Сегментарный тип расстройств чувствительности.

2. Сдавление правого корешка L₅ грыжей диска L_{IV}–L_V.

3. Острая вертеброгенная радикулопатия корешка L₅.

12.

1. Частичный птоз верхнего века, миоз и энофтальм.

2. Поражение нижнего первичного ствола правого плечевого сплетения и волосков, идущих от цилиоспинального центра.

3. Правосторонняя нижняя плечевая плексопатия Клюмпке-Дежерина.

13.

1. Герпетические высыпания.

2. Узел левого тройничного нерва.

3. Герпетический ганглионит узла левого тройничного нерва.

14.

1. Левый коленчатый узел и левый лицевой нерв в костном канале.

2. Герпетический ганглионит левого коленчатого узла.

3. Ацикловир по 800 мг 5 раз в сутки, гамма-глобулин, нестероидные противовоспалительные и противоотечные препараты.

15.

1. Периферический парез мимических мышц.

2. Поражен правый лицевой нерв в его канале выше отхождения волокон n.stapedii.

3. Нейропатия правого лицевого нерва.

16.

1. Бульбарный, полиневритический синдромы и сенситивная атаксия.

2. Поражение IX и X пар черепных нервов и периферических нервов в дистальных отделах ног.

4. Постдифтерийная полинейропатия.

17.

1. Периферический мононевритический тип расстройств чувствительности.

2. Поражение лучевого нерва.

3. Невропатия правого лучевого нерва.

18.

1. Поражение левого локтевого нерва.

2. Вероятно имеется сдавление локтевого нерва в локтевом канале.

19.

1. Поражение правого срединного нерва.

2. Сдавление срединного нерва в запястном канале.

20.

1. Поражение правого большеберцового нерва.

2. Сдавление нерва в правом тарзальном канале.

21.

1. Раздражение левого верхнечелюстного нерва.

2. Обследование больной для определения причины раздражения тройничного нерва: рентгенография придаточных пазух носа, осмотр ЛОР- врача, стоматолога.

3. Невралгия II ветви левого тройничного нерва (верхнечелюстного нерва).

4. Карбамазепин, дифенин, депакин, амитриптилин.

5.2 Наследственные заболевания нервной системы

1. Ученик 10 класса отмечает слабость в ногах. Не может долго стоять, топчется на одном месте, не может стоять на пятках, при ходьбе высоко поднимает ноги. Отмечается исхудание мышц нижних отделов голеней, деформация стоп (по типу стопы Фридрайха). Выявлено отсутствие ахилловых рефлексов, полиневритический тип нарушения чувствительности на ногах по типу «носков».

1. Какое заболевание можно заподозрить?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

2. Больной 18 лет жалуется на слабость рук и ног, преимущественно в проксимальных отделах. Отмечается похудение мышц, затруднение при ходьбе. Болеет около 5 лет, заболевание постепенно прогрессирует. Выявлена незначительная атрофия мышц плечевого и тазового поясов. Лопатки «крыловидные», глубокие рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов не выявлено. Усилен поясничный лордоз, походка «утиная», положительный тест «вставания лестницей».

1. Определите локализацию патологического процесса.
2. Укажите клинический диагноз.
3. Какие методы диагностики его подтвердят?
4. Какое лечение назначите?

3. У больного с экстрапирамидной ригидностью, гиперкинезами, изменением психики и снижением интеллекта окулистом выявлено кольцо Кайзера-Флейшера зеленовато-коричневого цвета.

1. О каком заболевании идет речь? Укажите форму заболевания.
2. Какие исследования целесообразно провести больному для уточнения диагноза.
3. Какое лечение назначить?

4. У больного 18 лет постепенно возник нижний спастический парапарез. Выявляются симптомы Бабинского, Россолимо, клонусы стоп, спастическая походка. Отмечаются сухожильные и мышечные контрактуры. Функция органов малого таза не нарушена. Интеллект сохранен. МРТ головного мозга изменений не выявила.

1. Какие структуры нервной системы пострадали?
2. О каком заболевании можно думать?
3. Какое лечение назначите больному?

5. У больного 12 лет выявили нарушение мышечно-суставной, вибрационной чувствительности и атаксию в руках и ногах. Наблюдается деформация стоп и позвоночника. Стопы полые, подъем высокий. Болезнь медленно прогрессирует.

1. Как называется такая деформированная стопа?

2. Какие структуры нервной системы поражены?
 3. Какой клинический диагноз?
 4. Какое лечение назначите?
- 6. Девочка 14 лет жалуется на слабость в мышцах ног при ходьбе и незначительных физических нагрузках. Определяются «осиная талия», «крыловидные лопатки», выраженный поясничный лордоз, вставание «лестницей» при подъеме с лежачего положения в вертикальное. Походка «утиная».**
1. О каком заболевании можно думать?
 2. Какие дополнительные методы исследования подтверждают диагноз?
- 7. 50 летний мужчина стал невнимательным, раздражительным, неопрятным. Из-за забывчивости не справляется со своими служебными обязанностями. При осмотре выявляется постоянное двигательное беспокойство, все время жестикулирует, гримасничает, совершает хаотические движения руками.**
1. Какие структуры нервной системы поражены?
 2. Какое заболевание заподозрите?
 3. Какие исследования необходимо провести больному с целью уточнения диагноза?
 4. Какое лечение необходимо назначить?
- 8. У юноши 18 лет выявлены миопатическое лицо, поперечная улыбка, «губы тапира», «крыловидные» лопатки. Эти симптомы возникли постепенно на протяжении последних 3 лет. Снижены сгибательные и разгибательные локтевые рефлексы.**
1. Для какого заболевания характерны эти признаки?
 2. Каковы диагностические критерии этой болезни?
 3. Как лечить больного?
- 9. У мальчика 2 лет наблюдается гипотрофия мышц бедер, псевдогипертрофия икроножных мышц. Ребенку трудно подниматься по лестнице, не может прыгать. Наблюдаются деформация позвоночника и грудины.**
1. О каком заболевании можно думать?
 2. Какие дополнительные обследования подтверждают диагноз?
 3. Укажите лечение.
- 10. Врач направил 21-летнего юношу с подозрением на рассеянный склероз на консультацию к окулисту. Окулист выявил у него кольца Кайзера-Флейшера.**
1. Какое заболевание можно диагностировать у пациента?
 2. Нужны ли другие обследования?
 3. Укажите тактику лечения пациента.

Ответы

1.

1. Невральная амиотрофия Шарко–Мари.
2. Генеалогический анамнез, электромиография (снижение скорости проведения импульса по периферическим нервам).
3. С полинейропатиями различного генеза (для амиотрофии Шарко–Мари не характерна боль в конечностях, отсутствуют вегетативные расстройства).

2.

1. Патологический процесс локализуется в поперечно-полосатых мышцах.
2. Первичная прогрессирующая мышечная дистрофия, ювенильная форма Эрба–Рота.
3. Наследственный анамнез, электромиография, биопсия мышц, повышение КФК в крови.
4. Ретаболил, витамины группы В, витамин Е, пентоксифиллин, ЛФК, массаж.

3.

1. Гепато–церебральная дистрофия. Экстрапирамидно–корковая форма.
2. Анализ крови на содержание церулоплазмина и анализ мочи на количество меди.
3. Купренил, гепатопротекторы, исключить из рациона продукты с большим содержанием меди.

4.

1. Поражены пирамидные пути в грудном отделе спинного мозга.
2. Семейный спастический паралич Штрюмпеля.
3. Мидокалм, баклофен, витамины группы В, ЛФК, массаж, ноотропные препараты. Ортопедическое лечение.

5.

1. Стопа Фридрайха.
2. Поражены пучки Голля и Бурдаха в задних канатиках спинного мозга и спинномозжечковые пути в боковых канатиках спинного мозга.
3. Семейная атаксия Фридрайха.
4. Симптоматическое лечение: пирацетам, церебролизин, витамины С, Е, РР, ЛФК, массаж.

6.

1. Первичная прогрессирующая мышечная дистрофия, ювенильная форма Эрба–Рота.

2. Генеалогический анамнез, электромиография, повышение КФК в крови.

7.

1. Поражены подкорковые узлы – хвостатое ядро, склерупа, кора головного мозга.
2. Хорея Гентингтона.
3. Генеалогический анамнез, КТ головного мозга (признаки атрофии коры головного мозга), ЭЭГ, (отсутствие альфа-ритма с преобладанием низкоамплитудной биоэлектрической активности мозга), генетическое обследование – выявление патологического гена.

4. Нейролептические средства (галоперидол, аминазин), парлодел, сибазон, амитриптилин. Постоянный медицинский контроль.

8.

1. Первичная прогрессирующая мышечная дистрофия, плече-лопаточно-лицевая форма Ландузи-Дежерина.

2. Начало заболевания в возрасте 15-20 лет. Клинико-генеалогический анамнез (аутосомно-доминантный тип наследования). Электромиография. Повышение КФК в крови.

3. Для улучшения трофики мышц – ретаболил, церебролизин, актовегин, солкосерил, пентоксифиллин, ЛФК, массаж.

9.

1. Первичная прогрессирующая мышечная дистрофия, псевдогипертрофическая форма Дюшенна.

2. Клинико-генеалогический анамнез, повышение КФК в 30-40 раз в сыворотке крови, ЭМГ, биопсия мышц, ДНК-диагностика.

3. Улучшение трофики мышц (милдронат, ретаболил, церебролизин), улучшение микроциркуляции (пентоксифиллин, эуфиллин), витамины группы В, ЛФК, массаж.

10.

1. Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вестфала-Вильсона-Коновалова).

2. Да. Необходимо проверить количество церулоплазмина в крови – определяется его снижение, а также количество выделения меди с мочой (увеличенено).

4. Пенициламин, сульфат цинка, эссенциале, карсил. Диета с ограничением содержания животного белка, орехов, шоколада, грибов.

5.3. Миастения

1. У больного 30 лет через три недели после перенесенного гриппа постепенно появились общая мышечная слабость, затруднение при глотании, гнусавость, усиливающиеся после нагрузки соответствующих мышц.

1. Какой предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

3. Укажите методы лечения.

2. Через три недели после перенесенного ОРВЗ больная 33 лет начала отмечать во второй половине дня слабость в конечностях и периодическое двоение перед глазами. Выявлен непостоянный частичный птоз, усиливающийся при взгляде вверх, расходящееся косоглазие с обеих сторон.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какие дополнительные методы обследования подтверждают диагноз?

3. Какое лечение используют при этом заболевании?

3. Больной, страдающий генерализованной формой миастении после перенесенной ОРВИ, внезапно отметил нарушение глотания, стало трудно дышать.

1. О каком осложнении болезни можно думать?
2. Какая тактика врача?
3. Какое лечение необходимо провести больному?

4. Больной с генерализованной формой миастении, почувствовав слабость во всем теле и нарушение глотания, принял двойную дозу калимина. Через 40 минут состояние его ухудшилось. Выявлены сужение зрачков, снижение фотопреакции, повышенное слюноотделение, брадикардия, фасцикулярные подергивания в различных группах мышц. Отмечались рвота и понос.

1. О каком осложнении миастении можно думать?
2. Какая тактика врача?
3. Какое лечение необходимо назначить больному?

5. Больная 32 лет жалуется на неприятные ощущения за грудиной, усиливающиеся при наклоне туловища. В последние две недели отмечает, что к вечеру ей стало тяжело жевать и глотать, появляется гнусавость голоса.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Данные, каких дополнительных методов обследования подтверждают диагноз?

Ответы

1.

1. Миастения.
2. Проба на утомляемость мышц, проба с прозерином, КТ средостения, МРТ ствола мозга, электромиография.
3. Антихолинэстеразные средства – прозерин, калимин, нейромидин. Препараты калия, кортикостероидные средства, плазмаферез. Аминокислоты, витамины группы В, токоферола ацетат. Тимэктомия.

2.

1. Миастения, глазная форма.
2. Пробы с нагрузкой глазных мышц усиливают симптоматику. Прозериновая проба, КТ органов средостения (для исключения тимомы), ЭМГ.
4. Препараты калия, калимин, нейромидин, прозерин, кортикостероидные препараты, плазмаферез, при выявлении тимомы – тимэктомия.

3.

1. У больного развился миастенический криз.
2. Госпитализация больного в отделение интенсивной терапии.
3. Прозерин внутривенно 1-2 мл 0,05% раствора в 20 мл 40% раствора глюкозы, или внутримышечно убretид 1мл, плазмаферез. При необходимости – переводят на аппаратное дыхание.

4.

1. Холинергический криз.
2. Госпитализация больного в отделение интенсивной терапии, отмена антихолинэстеразных препаратов.
3. 1 мл 0,1% раствора атропина подкожно каждые два часа до появления сухости во рту. При необходимости интубация и перевод на аппаратное дыхание.

5.

1. Миастения, бульбарная форма.
2. МРТ органов средостения (для выявления тимомы, при выявлении – тимэктомия), электромиография.

5.4. Врожденные дефекты позвоночника и спинного мозга.

Сирингомиелия

1. Больной 35 лет жалуется на снижение слуха, слабость в руках и ногах. Эти явления беспокоят на протяжении трех лет. Пациент низкого роста, с короткой шеей, имеется «гордое» положение головы, низкая линия роста волос на шее. В неврологическом статусе – снижение слуха, повышение сухожильных и периостальных рефлексов с конечностями. Повышение мышечного тонуса в конечностях по спастическому типу. Определяется двусторонний симптом Бабинского.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования его подтверждают?
3. Какая тактика лечения?

2. Ребенок 6 лет жалуется на частую головную боль, затруднение при глотании. Выявляются увеличенные размеры головы, гипотрофия мышц языка, грудино-ключично-сосцевидных мышц, нистагм при взгляде вниз, шаткость при ходьбе. Со слов родителей эти явления наблюдаются с рождения.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Чем обусловлен этот синдром?
3. Какие дополнительные методы обследования подтверждают клинический диагноз?

3. Больная 52 лет жалуется на слабость рук, нарушение чувствительности в них. На обеих руках видны следы от частых ожогов и порезов, мышцы кистей гипотрофичны. Выявлена гипестезия болевой и температурной чувствительности на обеих руках и верхней части грудной клетки при сохранении тактильной чувствительности в этих участках. Сухожильные рефлексы на руках отсутствуют, на ногах – высокие, симптом Бабинского с обеих сторон.

1. Укажите тип нарушения чувствительности.
2. Какие структуры нервной системы поражены?
3. Какой клинический диагноз?
4. Какие дополнительные методы обследования его подтверждают?

4. Больной 40 лет жалуется на слабость правой руки, снижение болевой чувствительности в ней и правой половине грудной клетки, нечеткость речи. Эти нарушения беспокоят около 6 месяцев. Определяется гипотрофия мелких мышц правой кисти, потеря болевой и температурной чувствительности в сегментах С5-Т8 справа в виде «полукуртки» и на наружной сегментарной зоне Зельдера справа с сохранением тактильной чувствительности в этих участках. Снижены сгибательно-локтевой и разгибательно-локтевой рефлексы на правой руке. Наблюдается гипергидроз и акроцианоз правой кисти. Выявляются синдром Бернара-Горнера справа, гипотрофия правой половины языка, дизартрия.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. Какой предварительный диагноз?
3. Укажите дальнейшую тактику врача.

Ответы

1.

1. Синдром Клиппеля-Фейля – «синдром короткой шеи».
2. Рентгенография шейного отдела позвоночника (снижение высоты тел позвонков, отсутствие межпозвоночных дисков на этом уровне).
4. Симптоматическое лечение, при развитии тетрапареза – хирургическое вмешательство, направленное на устранение компрессии спинного мозга.

2.

1. Синдром Арнольда – Киари II типа.
2. Данная патология является пороком развития ствола головного мозга (каудальное смещение моста, продолговатого мозга, червя мозжечка в расширенное большое затылочное отверстие).
5. МРТ головного мозга и шейного отдела спинного мозга поможет выявить эту патологию.

3

1. Чувствительность нарушена по сегментарному диссоциированному типу.
2. Задние и передние рога спинного мозга в шейно-грудном отделе и пирамидный путь в боковых канатиках на этом же уровне.
3. Сиингомиелия.
4. МРТ спинного мозга выявит сиингомиелитическую полость в области пораженных сегментов.

4.

1. Задний, передний и боковые рога правой половины спинного мозга в шейно-грудном отделе, каудальная часть правого ядра спинномозгового пути тройничного нерва, ядро правого подъязычного нерва.
2. Сиингомиелия, сиингобульбия.
3. Провести МРТ шейно-грудного отдела спинного мозга и МРТ головного мозга с целью выявления полости в пораженных сегментах. При подтверждении диагноза назначить аминокислотные препараты, витаминотерапию, антихолинэстеразные средства, массаж, ЛФК. Консультация нейрохирурга для решения вопроса о шунтировании.

5.5. Неврологические нарушения при соматических заболеваниях

1. Больной, страдающий сахарным диабетом, внезапно упал, потерял сознание. При осмотре выявлены узкие зрачки. Дыхание неравномерное, пульс частый, кожа сухая и горячая, изо рта – запах ацетона. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено, мышечный тонус равномерно низкий, рефлексы снижены.

1. Какие обследования нужно срочно назначить больному?
2. Можно ли заподозрить у больного инсульт?
3. Укажите тактику лечения.

2. Больной, страдающий сахарным диабетом, жалуется на боль жгучего характера в кистях рук и стопах, онемение и ощущение «ползания мурашек» в них. При обследовании определяется сухость и шелушение кожи конечностей, похудение голеней. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют, снижены все виды чувствительности в дистальных отделах конечностей.

1. Какие структуры нервной системы поражены?
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Укажите план лечения больного.

3. У больного появились сильная боль в эпигастральной области, головная боль, тошнота, повторная рвота. При осмотре: состояние больного тяжелое, оглушение сменяется возбуждением, положительный симптом Кернига с двух сторон, непостоянный двусторонний симптом Бабинского. Исследование спинномозговой жидкости патологии не выявило. Терапевтом диагностирован острый панкреатит.

1. С какой целью больному проводилось исследование ликвора?
2. Какой клинический диагноз?
3. Составьте схему лечения.

4. У больного с предсердно-желудочковой блокадой наблюдаются приступы головокружения, потемнения в глазах, общей слабости, была потеря сознания.

1. Как называются такие приступы?
2. Какие еще неврологические нарушения могут быть у больных с нарушением сердечного ритма?

5. Женщина, страдающая В12-дефицитной анемией, поступила в неврологическое отделение с жалобами на слабость в ногах, ощущение онемения стоп, шаткую походку. При обследовании выявлены нижний спастический парапарез с высокими рефлексами, нарушение глубоких видов чувствительности в пальцах ног.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте схему лечения.

6. У 18-летнего юноши страдающего лимфогранулематозом возникли признаки поражения поперечника спинного мозга на уровне С8 – Т1 сегментов.

1. Может ли неврологическая симптоматика быть осложнением основного заболевания?

7. У больного с острым лейкозом возникли резкая головная боль, тошнота, рвота. Положительные менингеальные симптомы.

1. Какое осложнение болезни можно заподозрить?

2. Как его подтвердить?

8. Студента, болеющего гастритом, часто беспокоят головная боль, быстрая утомляемость, раздражительность, потливость, усиление перистальтики. Юноша высокого роста, астенического телосложения, кисти рук, стопы холодные, на ощупь влажные. Выявляется лабильное с тенденцией к гипотонии асимметричное артериальное давление.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Укажите тактику лечения.

9. Молодого больного, страдающего хроническим пиелонефритом, беспокоит постоянная боль в пояснице, отдающая в паховую область. Выявляются умеренно выраженные симптомы натяжения. Выпадений чувствительности и изменений рефлексов не обнаружено.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какая тактика лечения?

Ответы

1.

1. Исследование содержания глюкозы в крови.

2. У больного отсутствует характерная для инсульта очаговая неврологическая симптоматика. Клинические проявления свидетельствуют о возникновении гипергликемической комы.

3. Введение инсулина.

2.

1. Поражены периферические нервы в дистальных отделах конечностей.

2. Диабетическая полинейропатия.

3. Лечение сахарного диабета. Витаминотерапия (особенно витамины группы В), α-липоевая кислота, кавинтон, никотиновая кислота, трентал, пирацетам, милдронат, актовегин, солкосерил. Физиотерапевтические методы лечения.

3.

1. Люмбальную пункцию с исследованием спинномозговой жидкости проводили для исключения менингита или субарахноидального кровоизлияния.

2. Острая токсическая (эндогенно обусловленная острым панкреатитом) энцефалопатия.

3. Голод, лед на живот, антибиотики, дегидратация, дезинтоксикация, ферментные, спазмолитические, седативные препараты.

4.

1. Синкопальные приступы.
2. Эпилептические приступы, нарушение мозгового кровообращения (ТИА, инсульт).

5.

1. В12-дефицитная анемия, фуникулярный миелоз.
2. Витамин В12 – по 1000 мкг внутримышечно ежедневно на протяжении 15-20 дней, затем по 1000 мкг один раз в месяц на протяжении всей жизни, другие витамины группы В, никотиновая кислота, нейромидин, пирацетам или энцефабол, церебролизин.

6.

1. Да. Спинной мозг может сдавливаться лимфогрануломатозными узлами.

7.

1. Серозный менингит (менингеальный синдром – один из распространенных проявлений поражения нервной системы при остром лейкозе).
3. Необходимо провести спинномозговую пункцию. В ликворе выявляется плеоцитоз.

8.

1. Вегетативно-сосудистая дистония по гипотоническому типу (соматогенно обусловленная).
2. Лечение основного заболевания (гастрита), режим учебы и отдыха, общеукрепляющие средства (занятия ЛФК, контрастный душ с утра, закаливание), витаминотерапия, тонизирующие препараты, адаптогены.

9.

1. Вторичная люмбалгия.
2. Лечение хронического пиелонефрита.

Учебное издание

Соколова Лариса Ивановна
Ильяш Татьяна Ивановна
Прокопив Мария Мирославовна и др.

Клинические задачи по неврологии
Практикум