

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
Высшего профессионального образования  
**Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И.И.Мечникова**

**Кафедра неврологии имени академика С.Н.Давиденкова**

**Е.Б.Панина, Е.В.Ерашева, М.П.Топузова, О.И.Тимонина**

**СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ  
ПО НЕВРОЛОГИИ**

*Учебно-методическое пособие*

*Санкт-Петербург*

*2015*



## ВВЕДЕНИЕ.

Учебно-методическое пособие «Сборник ситуационных задач по неврологии» содержит 170 заданий с ответами по частной неврологии. Федеральный государственный образовательный стандарт, в рамках которого происходит обучение студентов в настоящее время, основной задачей преподавания обозначил выработку у обучающихся профессиональных компетенций. Одним из методов достижения этой цели являются задания в форме ситуационных задач. Ситуационные задачи представляют современную форму дидактического материала, используются для обучения студентов, и являются удобным инструментом контроля усвоения знаний и умений по изучаемой дисциплине. Сборник содержит разделы по цереброваскулярным заболеваниям (отдельно представлена ангиотопическая диагностика), головной боли, заболеваниям периферической и экстрапирамидной нервной системы, нейроинфекциям, демиелинизирующим и нервно-мышечным заболеваниям, черепно-мозговой и спинальной травмам, опухолям головного и спинного мозга и влиянию факторов внешней среды и экзогенных интоксикаций на нервную систему.

Большая часть ситуационных задач ориентирована на выработку знаний, умений и владений, которые потребуются врачам, работающим в амбулаторном звене практической медицины, в первую очередь врачам общего профиля. Каждая задача требует ответов на несколько вопросов, что позволяет развивать способности обучающихся к аналитической обработке изложенного материала, клиническому мышлению и моделирует будущую профессиональную деятельность. Задания имеют разный уровень сложности и охватывают все разделы частной неврологии, что позволяет использовать их для обучения студентов разных медицинских специальностей.

Материал учебно-методического пособия может быть использован для контроля уровня усвоения материала, самостоятельной работы, тренировки и самоконтроля в процессе обучения.

Сборник ситуационных задач предназначен для студентов медицинских ВУЗов, обучающихся по направлениям подготовки (специальностям) 060101 «лечебное дело», 060105 «медико-профилактическое дело» и 060201 «стоматологическое дело».

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
АНГИОТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	5
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	7
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ.....	13
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	18
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	25
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	28
ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ, ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ И НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	32
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, ИНТОКСИКАЦИЙ И ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ.....	37
НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ.....	39
ЭПИЛЕПСИЯ.....	41
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА.....	43
ОПУХОЛИ ЦНС.....	46
СПИНАЛЬНАЯ ТРАВМА.....	48
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	50
ЛИТЕРАТУРА.....	93

## АНГИОТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1. У пациента 69 лет, страдающего гипертонической болезнью, внезапно, после сна, возникла слепота на левый глаз и слабость в правых конечностях.  
Задания:
  - 1) Назовите синдромальный диагноз.
  - 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
2. Пациентка 72 лет, страдает артериальной гипертензией, постоянную гипотензивную терапию не принимает. Сегодня утром появились неловкость и онемение в правой верхней конечности, асимметрия лица (опущение правого угла рта).  
Задания:
  - 1) Назовите синдромальный диагноз.
  - 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
3. У мужчины 60 лет с длительным стажем курения и гипертонической болезни, утром после сна появилось онемение и слабость в левой нижней конечности. К вечеру слабость в ноге усилилась и постепенно присоединилась неловкость в проксимальном отделе левой верхней конечности.  
Задания:
  - 1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
4. У пациента с длительным анамнезом гипертонической болезни, ожирением, внезапно на фоне повышения артериального давления развилась слабость в правых конечностях. В неврологическом статусе выявлено: правосторонний центральный гемипарез, периферический парез мимических мышц слева.  
Задания:
  - 1) Назовите синдромальный диагноз и область поражения в головном мозге.
  - 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
5. Мужчина 59 лет доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно утратил сознание. На момент осмотра: сопор, левая щека «парусит» при дыхании, левая нога ротирована кнаружи, симптом Бабинского слева, ригидность затылочных мышц.  
Задания:
  - 1) Предположите область поражения и сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
6. Мужчина 60 лет с ИБС, нестабильным течением гипертонической болезни, доставлен машиной скорой помощи в стационар с симптомами: центральный гемипарез и гемигипестезия справа, птоз слева, расходящееся косоглазие слева, зрачки S>D.  
Задания:
  - 1) Назовите синдромальный диагноз и область поражения головного мозга.
  - 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
7. Женщина 65 лет, страдающая пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, доставлена в стационар с симптомами: центральный монопарез правой руки, центральный парез языка справа, частичная моторная афазия.  
Задания:
  - 1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
8. Женщина 57 лет, доставлена в стационар с жалобами на головокружение, шаткость при ходьбе. В неврологическом статусе: нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, при

выполнении координаторных проб – выраженный интенционный тремор в левых конечностях.

Задания:

1) Назовите топический диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

**9.** Мужчина 68 лет, страдающий пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, внезапно ослеп на оба глаза. При осмотре других неврологических симптомов не выявилось.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

**10.** Женщина 79 лет с длительным анамнезом гипертонической болезни доставлена в отделение реанимации с симптомами: правосторонняя гемиплегия, правосторонняя гемигипестезия, сенсомоторная афазия.

Задания:

1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

**11.** Мужчина 64 лет, проснувшись утром, не смог открыть правый глаз. Подойдя к зеркалу, увидел, что правое веко опущено, подняв его, почувствовал двоение в глазах, заметил косоглазие. Также ощутил слабость в левых конечностях.

Задания:

1) Назовите синдромальный и топический диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

**12.** Мужчина 58 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью, доставлен в стационар с остро развившимися симптомами: слабость и онемение левых конечностей, выпадение левых половин полей зрения.

Задания:

1) Назовите синдромальный диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

**13.** Женщина 75 лет с сахарным диабетом 2 типа и кризовым течением гипертонической болезни, внезапно на фоне повышения артериального давления почувствовала головокружение. При неврологическом осмотре выявлено: горизонтальный нистагм, дисметрия слева, при выполнении координаторных проб – интенционный тремор слева.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

**14.** Пациентка 80 лет, поступила в неврологический стационар с остро развившимися симптомами: правосторонний гемипарез с преобладанием в ноге и проксимальном отделе руки, недержание мочи.

Задания:

1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

**15.** Пациент 73 лет с пароксизмальной формой мерцательной аритмии поступил с жалобами на нарушение зрения. При неврологическом осмотре: правосторонняя гомонимная гемианопсия с сохранностью центральных полей зрения. Других неврологических симптомов нет.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

## ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**16.** Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемианопсию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

**17.** 55ти летний мужчина страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось, головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм. рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Нужна ли коррекция терапии? Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

**18.** Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации?
- 6) Возможные осложнения и исходы заболевания?

**19.** Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексy D>S, симптом Бабинского справа.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?

**20.** На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?

**21.** Мужчина 54х лет, работает преподавателем в ВУЗе, вызвал скорую помощь, так как внезапно у него нарушилось зрение на правом глазу, и возникла слабость и онемение в левых конечностях. К моменту приезда скорой помощи (через 20 минут), жалобы прошли. Пациент рассказал, что это уже третий эпизод за последние полгода. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное; зрение на оба глаза в норме. В неврологическом статусе: глубокие рефлексы S>=D, другой неврологической симптоматики не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 6) Составьте план профилактических мероприятий.
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

**22.** Студент медицинского университета, по ночам работает медицинским братом в бригаде «скорой помощи», помогает матери-инвалиду воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон, плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Объясните, с чем связаны жалобы пациента.
- 4) Предложите меры профилактики и тактику лечения. Какие немедикаментозные методы лечения можно предложить?

**23.** Больная 67 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарушение памяти, частые головные боли, головокружение, периодическое поперхивание при еде, иногда испытывает неустойчивость при ходьбе, начала пользоваться палочкой. Данные жалобы появились около 3х лет назад и постепенно прогрессировали. Много лет страдает гипертонической болезнью, лечится нерегулярно. Объективно выявляется легкая дисфония и дизартрия, язык слегка девирует вправо, атрофий в языке нет. Выраженные симптомы орального автоматизма.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?



4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

**24.** Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78летнюю мать. Мама жалоб не предъявляет, но дочь рассказала, что последний год мама перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери нарушения памяти отмечаются в течении 5-6ти лет, она потеряла интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Задания:

- 1) Поставьте клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

**25.** Пациент 74х лет в течение 20ти лет страдает гипертонической болезнью. Вечером при просмотре новостной программы по телевизору, появились головокружение, тошнота, слабость и онемение в левых конечностях. Внучка измерила АД – 190/110 мм.рт.ст., дала таблетку «от давления». Ночью жалобы продолжали беспокоить, и внучка вызвала скорую помощь. В приемном отделении больницы врач выявил: общее самочувствие удовлетворительное, ЧСС 72 в 1 мин., ритм синусовый, горизонтальный нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, левосторонний центральный гемипарез до 4 баллов. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитационных мероприятий и вторичной профилактики?

**26.** Мужчина 64-х лет, утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке. Через 1,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД- 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента). На ЭКГ, выполненной на дому, ЧСС 68 в мин., ритм синусовый, выявлены признаки диффузного кардиосклероза.

Задания:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз?
- 2) Поставьте топический диагноз?
- 3) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 4) Нужна ли экстренная госпитализация, если «да» в какое отделение?
- 5) Какие обследования необходимо провести, как быстро, в какой последовательности, и какова их информативность?
- 6) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 7) Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики инвалидизации.

**27.** Женщина 65 лет, страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, принимает кордарон и дигоксин. Во время прогулки, внезапно почувствовала «перебои» в сердце, не смогла говорить, с трудом понимала обращенную речь, появилась асимметрия лица. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице через день сохраняется субтотальная сенсомоторная афазия, центральный парез лицевой мускулатуры справа, акцент глубоких рефлексов справа.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные осложнения и исходы заболевания?
- 6) Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.

**28.** Мужчина 58 лет с ревматическим митральным пороком сердца внезапно утратил сознание, возник генерализованный судорожный припадок. Был госпитализирован. При осмотре на отделении: несколько заторможен, вял, не помнит, что с ним случилось, речь правильная, но замедленная, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 4) Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.
- 5) Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности?

**29.** Пациент 42 лет внезапно почувствовал слабость в левых конечностях, не успел ухватиться за ближайшую опору, упал. Через 40 минут был доставлен в специализированный городской сосудистый центр, где 6 месяцев назад перенес операцию по протезированию митрального клапана сердца. При осмотре выявлено: левосторонняя гемиплегия, игнорирование левой половины тела и пространства. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?
- 6) Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.
- 7) Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности?

**30.** Пациентка 74 лет, страдающая гипертонической болезнью, пытаясь снизить повышенное АД, самостоятельно приняла большое количество гипотензивных препаратов. При вставании с постели внезапно потеряла сознание. Придя в себя, не помнит, что с ней произошло, не узнает свою дочь и свою комнату. При осмотре врачом специализированной (неврологической) бригады скорой помощи выявлено: АД 105/60 мм.рт.ст., левосторонняя гомонимая гемианопсия, зрительная агнозия, ретроградная амнезия. На ЭКГ: ритм синусовый, признаки очагового кардиосклероза. От госпитализации категорически отказалась. На следующий день самочувствие несколько улучшилось. Через день была отвезена сыном в частный консультативный центр, где было выполнено дуплексное сканирование церебральных сосудов. По заключению выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 90 %, левой внутренней сонной артерии до 70 %.

Задания:

- 1) Поставьте топический и предположительный клинический диагноз?
- 2) Какой механизм сосудистого нарушения можно предположить?
- 3) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

**31.** У мужчины 70 лет, страдающего гипертонической болезнью, не смотря на регулярный прием препаратов из группы сартанов и бета-блокаторов, периодически АД поднимается до 180/110 мм.рт.ст. 2 дня назад внезапно почувствовал ощущение «каши во рту» при попытке что-то сказать, и неловкость в кисти левой руки. Данные проявления с тех пор не выросли и не уменьшились. Известно, что неделю назад были подобные проявления, которые возникли на фоне повышения АД и полностью регрессировали через несколько часов. Так как жалобы сохранились, обратился в поликлинику.

Задания:

- 1) Назовите вероятные неврологические синдромы на основании описанных жалоб.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

**32.** Женщина 69 лет внезапно во время завтрака почувствовала себя плохо, ощутила выливание жидкой пищи через правый угол рта, выронила ложку из правой руки. Через 25 минут данные симптомы самостоятельно регрессировали. Подобные проявления уже возникали неделю назад, также самостоятельно регрессировали через 15 минут. Известно, что 4 недели назад перенесла острый инфаркт миокарда. Вызвала скорую помощь.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 6) План профилактических мероприятий?

**33.** Мужчина 65 лет, страдающий гипертонической болезнью, сахарным диабетом II типа, ожирением, поссорился с дочерью. Внезапно почувствовал сильную головную боль, тошноту, упал. При осмотре в больнице: сопор, АД 220/110 мм. рт. ст. Выявлены положительные симптом Кернига с обеих сторон и ригидность мышц затылка, глубокие рефлексы S>D, симптом Бабинского слева.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?
- 6) Составьте план вторичной профилактики, включая диетные рекомендации.

**34.** Молодой человек 23 лет в спортивном зале занимался на тренажере, поднимая штангу, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль, выпустил штангу из рук (штанга упала на опору). Возникла рвота. Машиной скорой помощи был доставлен в стационар. При осмотре в больнице: кома I. Положительные менингеальные симптомы.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?

**35.** Женщина 55 лет во время работы на садовом участке внезапно почувствовала «кинжальную» головную боль, преимущественно в левой части головы, тошноту, была неоднократная рвота, не принеся облегчения. Госпитализирована в ближайшую районную больницу. При осмотре: АД – 180/100 мм.рт.ст., сонлива, лицо гиперемировано, менингеальных симптомов нет. Выявлен правосторонний глубокий гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия правых полей зрения.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитации и профилактики инвалидизации?
- 6) Возможные исходы заболевания?

**36.** Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива. При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлекс орального автоматизма.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитации?

**37.** Мужчина 68 лет наблюдается в поликлинике в связи с перенесенным 2 года назад тромботическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии. Инсульт произошел на фоне дислипидемии, ожирения I. В неврологическом статусе имеется легкий левосторонний гемипарез с повышенным мышечным тонусом. Пациент полностью себя обслуживает.

Задания:

- 1) Нужна ли реабилитация?
- 2) Предложите тактику вторичной профилактики.
- 3) Предложите диетические рекомендации.
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение, ФТЛ, ЛФК?

**38.** Женщина 63 лет полгода назад перенесла ТИА. Медицинские документы были утеряны. Со слов пациентки в тот эпизод у нее была слабость и онемение правой руки, нарушалась речь. Врач назначил дуплексное сканирование церебральных сосудов. Заключение: стеноз левой внутренней сонной артерии 85%, правой – 60%.

Задания:

- 1) Объясните, что это за обследование и его информативность.
- 2) Предложите тактику лечения.
- 3) Предложите тактику вторичной профилактики.
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**39.** Мужчина 59 лет проходит плановую диспансеризацию в поликлинике. Имеет стаж курения 35 лет. Страдает аллергией на шерсть домашних животных. При обследовании у него выявлено:

АД – 160/95 мм.рт.ст., уровень холестерина – 7,9 ммоль/л, холестерол-ЛПВП-0,87 ммоль/л, холестерол-ЛПНП- 5,80 ммоль/л , нарушение толерантности к глюкозе.

Задания:

- 1) Перечислите факторы риска ЦВБ у данного больного?
- 2) Показана ли госпитализация?
- 3) Нужно ли поставить пациента на диспансерный учет, и если да с какой целью?
- 4) Предложите план первичной профилактики ЦВБ.
- 5) Составьте рацион питания.
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение, ФТЛ, ЛФК?

## ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

**40.** Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов.

Задания:

- 1) Предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.
- 7) Какой совет можно дать пациентке для предотвращения приступов?

**41.** Женщина 25 лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.

**42.** Муж вызвал неотложную помощь к своей 26ти летней жене в связи с затянувшимся приступом головной боли. Рассказал приехавшему врачу, что последние 2 года ее беспокоили частые приступы головной боли, был поставлен диагноз мигрень. При возникновении приступа женщина принимала комбинированный анальгетик, иногда он помогал, иногда нет. Последний приступ развился 3 дня назад и продолжается без улучшения. Периодически боль уменьшается, но не проходит полностью, а затем возникает с еще большей интенсивностью, была многократная рвота. Врач нашел пациентку в темной комнате, в сознании, но заторможенную, лежащую с закрытыми глазами, стонущую. Пульс 92 уд. в мин., АД – 130/ 80

мм.рт.ст. При осмотре явных признаков поражения нервной системы врач не выявил, менингеальных симптомов не обнаружил.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) САК, опухоль головного мозга, менингит
- 5) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 7) Назначьте лечение.

**43.** Женщина 26ти лет обратилась к врачу в поликлинику в связи с тем, что за последний год у нее было два приступа нарушения зрения в виде выпадения правых половин полей зрения, приступ продолжается около получаса и ничем больше не сопровождается. Женщина рассказала, что ее бабушка и мать в молодом возрасте страдали приступообразными головными болями, были ли у них нарушения зрения, она не знает. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.

**44.** Женщина 36ти лет, бухгалтер, большую часть рабочего времени проводит за компьютером, часто берет работу на дом. Обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что последние 2 года ее часто (3-5 дней каждую неделю) беспокоят головные боли. Боль имеет стягивающий характер (похожа на «обруч»), средней интенсивности, во время головной боли ее сильно раздражают громкие звуки. Головная боль продолжается несколько часов, иногда целый день, полностью прекращается или уменьшается после приема комбинированного анальгетика.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

**45.** Женщина 34 х лет обратилась к врачу в связи с тем, что в течение 10ти лет ее беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, средней интенсивности, двухсторонняя, тупая, последнее время головная боль усилилась. Несколько лет назад пациентка делала обследование: была осмотрена офтальмологом, выполнила МРТ головного мозга и ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. Патологии выявлено не было. Сама пациентка связывает ухудшение с плохими жилищными условиями, после развода с мужем, живет в коммунальной квартире и регулярно конфликтует с соседями. Перспектив на изменение жилищных условий пока нет. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики, последний год вынуждена принимать аналгин или пентальгин по два, иногда три раза в день. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы, кроме симметричного оживления глубоких рефлексив.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.

- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Нужно ли повторить обследования?
- 6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

**46.** Молодая женщина, 25 лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон, обычно утром просыпается без болей. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. Времени идти в поликлинику у женщины нет, и она обратилась к соседу, который работает врачом в кабинете общей практики. Врач при осмотре не выявил клинических признаков поражения внутренних органов и нервной системы.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 5) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

**47.** Женщина 67 лет обратилась в поликлинику в связи с частыми (почти каждый день) приступами стреляющей боли в области щеки, нижних зубов, нижней челюсти слева. Боль острая, интенсивная, продолжается около 30 секунд, прием анальгетиков возникновение приступа не предотвращает. Женщина проконсультировалась со стоматологом, врач не выявил патологии со стороны зубов.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 5) Назначьте лечение.

**48.** Мужчина 50 лет обратился к участковому врачу в связи с болями в области левой половины лба и левого глаза. Боль носит постоянный характер, но периодически усиливается до очень интенсивной. Мужчина вспомнил, что полгода назад в этой области отмечались высыпания в виде нескольких пузырьков, которые сопровождалась болями и онемением. К врачу он не обращался и через две недели все прошло. При осмотре врач выявил в области лба несколько пятен депигментации, другой симптоматики не обнаружил.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 5) Назначьте лечение.

**49.** Женщина 55 лет, страдающая гипертонической болезнью в течение 5 лет, проснувшись утром, почувствовала головную боль, тупого давящего характера, больше выраженную в затылочной области. Женщина померила АД, оказалось – 130/85, приняла свои обычные лекарства, головная боль не прошла и вскоре она заметила выпадение левых половин полей

зрения, тогда она вызвала такси и доехала до поликлиники. Врач при сборе анамнеза выяснил, что мать пациентки страдала мигренью. Неврологический осмотр выявил левостороннюю гемианопсию. Врач дал рекомендации по соблюдению диеты (исключение шоколада, красного вина, сыра чеддер), назначил прием препарата из группы триптанов и рекомендовал повторное обращение через месяц.

Задания:

- 1) Какую ошибку совершил врач?
- 2) Поставьте топический диагноз.
- 3) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 4) Требовалась ли госпитализация?
- 5) Консультации, каких специалистов необходимо было назначить?
- 6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 7) Назначьте лечение.

**50.** Мужчина 52х лет обратился к врачу в связи с появившейся у него 1,5 месяца назад головной болью, из-за которой он просыпается в 5 часов утра, головная боль носит распирающий характер, четко не локализуется. Все это время головная боль носила нарастающий характер, а в последнее время присоединилась рвота. Участковый врач сразу послал пациента к офтальмологу, который выявил правостороннюю верхнеквадрантную гемианопсию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.

**51.** Мужчина 40 лет на станции метро внезапно почувствовал «кинжальную» головную боль, утратил сознание, была рвота. Сотрудники метрополитена вызвали скорую помощь. К приезду скорой помощи мужчина начал контактировать с окружающими, жаловался на нестерпимую головную боль, сообщил врачу, что ничем раньше не болел. Врач скорой помощи выявил оглушение, наличие менингеальных симптомов, двухсторонний симптом Бабинского.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Обоснуйте выбор методов обследования.
- 6) Назначьте лечение.

**52.** Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью 40 минут, возникающих каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 5) Назначьте лечение.



**53.** Женщина 25-ти лет обратилась к врачу в связи с жалобами на повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение и ощущение нехватки воздуха. Поводом обращения послужил приступ, накануне вечером. Приступу предшествовала тревога и головная боль, а затем развился ознобоподобный тремор, сердцебиение (ЧСС-110 в 1 мин.), похолодание конечностей, повысилась АД до 150/90 мм.рт.ст., возник страх смерти. Приступ продолжался около часа. Обследование выявило небольшую асимметрию АД, акрогипергидроз и акрогипотермию. ЭКГ в пределах нормы. Неврологический статус без особенностей.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Назначьте лечение.

**54.** Женщина 37 лет, страдающая ожирением II, регулярно принимает оральные контрацептивные препараты. Последние два года ее беспокоят приступы головных болей, из-за которых просыпается рано утром, к середине дня головная боль проходит. Иногда головная боль сопровождается тошнотой. КТ головного мозга патологии не выявила. При ЛП: давление 230 мм водного столба, состав ликвора нормальный.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Перечислите факторы риска возникновения заболевания
- 3) Консультация, какого специалиста необходима?
- 4) Назначьте лечение.

**55.** Мужчина 31 года, полгода назад был избит, лечился с диагнозом сотрясение головного мозга. В течение всего этого периода продолжала беспокоить упорная головная боль средней интенсивности, периодическая тошнота. Сегодня утром жена не смогла разбудить его и вызвала скорую помощь. Врач скорой помощи выявил soporозное состояние и анизокорию.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 5) Назначьте лечение.

**56.** Мужчина 62х лет, страдающий гипертонической болезнью в течение 15 лет, жалуется на частые головные боли, тупые, средней интенсивности, диффузного двухстороннего характера. Раньше головная боль возникала только на фоне подъема артериального давления, последние три года с давлением не связана. Кроме головной боли беспокоит легкая неустойчивость при ходьбе, нарушения памяти и внимания. На МРТ выявлена заместительная наружная и внутренняя гидроцефалия, мелкоочаговые множественные изменения вещества мозга.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Определите характер головной боли.
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 5) Какие дополнительные обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение.

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**57.** У мужчины 42 лет появились сильные опоясывающие боли в левой половине грудной клетки, в связи с чем, был госпитализирован в кардиологическое отделение. Экстренные исследования ЭКГ и биохимического анализа крови не выявили сердечной патологии. Через два дня в левой половине грудной клетки, на уровне соска, в зоне болей появились высыпания в виде пузырьков. Осмотр невролога выявил зону гипестезии в этой же области.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Лечение?
- 4) Какими препаратами наиболее целесообразно купировать болевой синдром?

**58.** После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Консультация, каких специалистов может потребоваться?
- 5) Лечение?
- 6) Предложите план реабилитационных мероприятий.
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

**59.** Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

Задания:

- 1) Какое заболевание можно предположить?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Перечислите факторы внешней среды, которые могут вызвать данное заболевание.
- 4) Какие мероприятия должны быть предприняты на производстве?
- 5) Какие обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?
- 6) Тактика лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Предложите профилактические мероприятия.

**60.** Женщина 72 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. Пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. При осмотре: суставы стоп деформированы, больше справа, кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены.

Задания:

- 1) Поставьте синдромальный и топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Предложите план обследования?
- 4) Нужны ли консультации каких-либо специалистов?
- 5) Предложите план лечения? Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 6) Предложите профилактические мероприятия.

**61.** Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голени, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились около 5ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками. Врач выявил: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 4) План обследования?
- 5) Лечение?
- 6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 7) Предложите профилактические мероприятия.

**62.** Студентка медицинского училища обратилась к врачу с жалобами на слабость, сердцебиение, нарушение зрения (нечеткость видения предметов), «осиплость» голоса. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад, болело горло, повышалась температура. Лечилась самостоятельно, т. к. не хотела пропускать практические занятия в детской инфекционной больнице. При объективном осмотре выявлено снижение глоточного рефлекса, дисфония, снижение ахилловых рефлексов, нарушение мышечно-суставного чувства в стопах. Нарушений функций тазовых органов нет.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 4) Предложите план обследования?
- 5) Консультации, каких специалистов вам могут понадобиться?
- 6) Предложите тактику лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Существуют ли методы первичной профилактики?
- 9) Возможные исходы заболевания?

**63.** Мужчина 35 лет поступил с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. Два дня назад отметил затруднение при подъеме по лестнице. В неврологическом статусе: мышечный тонус в ногах снижен, снижена сила в дистальных отделах конечностей – до 4 баллов, в проксимальных отделах – до 3 баллов. Глубокие рефлексы с ног не вызываются. Патологических стопных рефлексов нет. Отмечается легкая слабость в проксимальных отделах рук. Глубокие рефлексы на руках снижены, больше в проксимальных отделах. Умеренно выражены симптомы натяжения (с-м Лассега с 50°) с двух сторон, других чувствительных нарушений нет. Функция тазовых органов не нарушена.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 4) Возможные осложнения и исходы заболевания?
- 5) План обследования
- 6) Лечение?
- 7) План реабилитационных мероприятий.
- 8) Может ли потребоваться экспертиза трудоспособности?
- 9) Рекомендации после восстановления?

**64.** У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега  $\angle 40^\circ$  справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Нуждается ли в экстренной госпитализации?
- 4) План обследования?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 7) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 9) Возможные исходы заболевания?

**65.** Студент четвертого курса работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент переключивания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. На следующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.

Задания:

- 1) Поставьте клинический диагноз?
- 2) Предложите тактику лечения?
- 3) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 4) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.
- 5) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 6) Предложите план профилактических мероприятий.

**66.** Больной 52 лет, находясь в деревне, во время физической нагрузки (занимался ремонтом дома) внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отметил нарушение мочеиспускания. Для уменьшения боли принял парацетамол, однако состояние не изменилось. На следующий день обратился к врачу. При

осмотре: Тонус в ногах снижен, асимметричный дистальный нижний парапарез, коленные рефлексы очень низкие, рефлексы с ахилловых сухожилий не вызываются, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Обследование?
- 4) Тактика ведения (лечения) больного?
- 5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

**67.** У больного 40 лет после физической нагрузки появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра справа. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, снижение правого ахиллова рефлекса, симптом Лассега  $\angle 40^\circ$  справа.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какие обследования целесообразно провести?
- 3) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**68.** Женщина 28 лет, поднимая на руки своего трехлетнего сына, внезапно, почувствовала сильную боль в пояснице. С трудом смогла разогнуться. В связи с сохранением боли, на следующий день обратилась к врачу. При осмотре: выпрямлен поясничный лордоз, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Тонус и сила в ногах не изменены. Глубокие рефлексы с ног живые, симметричные. Чувствительных нарушений не выявлено, симптом Лассега отрицателен с обеих сторон.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какие рекомендации по лечению в домашних условиях вы можете дать?
- 3) Какие обследования вы бы рекомендовали провести?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**69.** Больной 49 лет, работающий грузчиком, во время подъема каменной столешницы внезапно почувствовал резкую слабость и жгучие боли в ногах, возникло нарушение мочеиспускания. Напарник привез его в поликлинику, на осмотр к дежурному врачу. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез до 3 баллов, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 3) Какие обследования целесообразно провести?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

**70.** Женщина 32 лет обратилась к терапевту, в связи с тем, что после десяти часов работы за компьютером, почувствовала сильную боль в шее, больше справа. При осмотре выявлено

выраженное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, при пальпации болезненность и напряжение мышц задней поверхности шеи. Других неврологических симптомов нет.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Нужны ли проводить дополнительные методы обследования (какие?) для оказания экстренной помощи?
- 3) Принципы лечения?

**71.** Рабочий 45 лет в момент поднятия мешка с песком почувствовал выраженную слабость в ногах, боли по внутренней поверхности бедра, возникло нарушение мочеиспускания. При осмотре: периферический асимметричный нижний парез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Предложите наиболее информативные методы обследования.
- 3) Тактика лечения?
- 4) Возможные исходы заболевания?

**72.** У мужчины 26 лет, на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Других нарушений при осмотре не выявлено.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный диагноз.
- 2) Предложите наиболее целесообразные методы терапии.
- 3) Нужны ли дополнительные методы обследования (какие и для чего)?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

**73.** После подъема тяжести, у мужчины 40 лет возникла сильная боль в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра и голени, доходящая до большого пальца стопы слева. При осмотре: напряжение мышц поясничной области, слабость разгибателей I пальца. Рефлексы на ногах сохранены, симметричны. Симптом Лассега слева, с угла 40°.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Какие методы обследования целесообразно провести?
- 4) Тактика лечения?

**74.** Мужчина 32 лет обратился к врачу с жалобами на боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующую в плечо, по лучевому краю предплечья, к большому пальцу правой руки. При осмотре выявлены слабость и гипотрофия двуглавой мышцы плеча, тенара, снижение бицепс-рефлекса справа. Гипестезия в области лучевого края предплечья.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Предложите методы обследования.
- 4) План лечения?

**75.** У больного 39 лет в течение двух месяцев сохраняются интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра, до IV, V пальцев справа. Боль не купируется нестероидными противовоспалительными препаратами, миорелаксантами, антиконвульсантами, антидепрессантами, медикаментозными блокадами, методами физиотерапии и мануальной терапии. На МРТ выявлена грыжа диска L5-S1, размером 11 мм., компремирующая дуральный мешок.

Задания:

- 1) Сформулируйте клинический диагноз.
- 2) Нужна ли консультация каких либо специалистов и цель консультаций?
- 3) Тактика лечения?
- 4) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 5) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**76.** Больному 40 лет в медицинском центре после обследования невролога и проведения исследования МРТ был поставлен диагноз «Спондилогенная радикулопатия S1 справа». На повторный прием к неврологу попасть не смог и обратился к семейному врачу за рекомендациями по лечению.

Задания:

- 1) Предложите тактику лечения.
- 2) Нужна ли больному госпитализация?
- 3) Какие рекомендации по профилактике осложнения спондилогенной патологии можно предложить?

**77.** Пациентка 26 лет жалуется на внезапно возникшую острую боль в пояснице, возникшую после физической нагрузки. Диагноз: «Люмбаго».

Задания:

- 1) Предложите наиболее целесообразное медикаментозное лечение.
- 2) Какие рекомендации вы могли бы дать пациентке?

**78.** Пациентка 55 лет длительное время (более 4 месяце) страдает болевым синдромом на фоне спондилогенной компрессионной радикулопатии S6 справа. Повторные курсы терапии НПВП, миорелаксантов, хондропротекторов, ФТЛ, ЛФК, перестали оказывать достаточный терапевтический эффект.

Задания:

- 1) Предложите дальнейшую тактику лечения.
- 2) Нужны ли какие-то методы дополнительного обследования и с какой целью?
- 3) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**79.** Пациенту 39 лет. Диагноз: «Дорсопатия, Грыжи дисков L4-L5, L5-S1 с компрессией корешков конского хвоста, нижним периферическим парапарезом, нарушением функций тазовых органов».

Задания:

- 1) Предложите тактику лечения.
- 2) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 3) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**80.** Больной 27 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, боль в икроножных мышцах, онемение стоп, нарушение походки. В последние пять лет ежедневно выпивает по 500-мл. водки. При обследовании: резкое снижение мышечной силы в стопах; гипотония, гипотрофия икроножных мышц. Рефлексы с ахилловых сухожилий не вызываются, коленные – угнетены. Гипестезия в дистальных отделах ног. Снижена вибрационная чувствительность в стопах.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Какие обследования можно провести для уточнения диагноза?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо провести?
- 5) План лечения?

**81.** Больная 48 лет находилась на лечении в стационаре по поводу алкогольной полинейропатии нижних конечностей, куда была госпитализирована из-за невозможности самостоятельно передвигаться, вследствие развившегося пареза в ногах (преимущественно в дистальных отделах). После перевода больной на амбулаторный этап лечения у пациентки сохраняется парез в стопах до 3 баллов, гипестезия до нижней трети голени, ахилловы рефлекс не вызываются, коленные рефлекс значительно снижены.

Задания:

- 1) Предложите наиболее эффективное медикаментозное лечение.
- 2) Какие методы не медикаментозной терапии можно использовать для лечения?
- 3) Консультации, каких специалистов могут вам понадобиться?
- 4) Предложите план профилактических мероприятий.
- 5) Возможные исходы заболевания?

**82.** Пациент 52 лет с избыточной массой тела, страдающий гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом II типа, жалуется на «жжение» в стопах. При осмотре выявлено снижение глубоких рефлекс на руках и ногах. Гипестезия в дистальных отделах ног. При обследовании выявлен повышенный уровень глюкозы в крови.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятное сопутствующее заболевание нервной системы.
- 2) Нужна ли консультация, какого либо специалиста?
- 3) Тактика лечения пациента.
- 4) Предложите план профилактических мероприятий.
- 5) Возможные исходы заболевания?

**83.** Мужчина 36 лет, обратился с жалобами на появившуюся неделю назад неуверенность при ходьбе т.к. «плохо чувствует пол», слабость в руках. Три месяца назад лечился самостоятельно от «ангины», после чего сохранялась легкая осиплость голоса в течение месяца. При объективном осмотре: ЧСС 96 (в покое), снижение силы в проксимальных отделах нижних конечностей до 3 баллов, верхних конечностей до 4 баллов. Глубокие рефлекс не вызываются. Снижено мышечно-суставное чувство в стопах, легкая гипестезия в пальцах стоп.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Какие методы дополнительных исследований необходимо провести для уточнения диагноза?
- 4) Консультация, каких специалистов может потребоваться?
- 5) Тактика лечения пациента.
- 6) Возможные исходы заболевания?

**84.** Больной 38 лет обратился к терапевту с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. В неврологическом статусе: снижение силы в дистальных отделах ног – до 4<sup>х</sup> баллов, в проксимальных отделах – 2 балла. Глубокие рефлекс с ног угнетены. Вялый парез в проксимальных отделах рук. Симптомы натяжения (с-м Лассега с <50°). Двухсторонний парез мимической мускулатуры. Функция тазовых органов не нарушена. Парадоксальный тип дыхания. ЧСС – 108 в мин.



Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Возможные исходы заболевания?

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**85.** В поликлинику обратился сварщик с жалобами на скованность и замедленность движений. Стаж по специальности 22 года, работал на судостроительном заводе, сваривал детали корпусов судов. Объективно врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, повышен мышечный тонус по типу «зубчатого колеса», мелкоамплитудный тремор головы и пальцев рук. При проведении психометрического тестирования обнаружены умеренные когнитивные расстройства.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Возможные исходы заболевания?

**86.** Студент 18 лет, обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 7 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза. Объективно врачом общего профиля было выявлено: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координаторных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен?
- 3) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 6) Принципы терапии?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 9) Возможные исходы заболевания?

**87.** Мужчина 47 лет начал замечать появление пританцовывающих насильственных движений при ходьбе. К врачу обратился через 6 месяцев по настоянию родственников. Объективно при осмотре врачом общего профиля было выявлено: крупноамплитудные, быстрые, хаотические

насильственные движения в конечностях, произвольные движения в мимической мускулатуре, языке, обращает на себя внимание снижение интеллекта, конфликтность в поведении. Со слов жены, известно, что отец больного страдал подобным заболеванием.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?
- 9) Медико-генетический прогноз для сына 23-х и дочери 17-ти лет?

**88.** Девочка 13 лет жалуется на повышенную утомляемость, снижение памяти, концентрации внимания, тревожность, плаксивость, насильственные движения в мышцах лица, плечевом поясе, верхних конечностях, которые беспокоят пациентку около месяца. Из анамнеза известно, что больная страдает суставной формой ревматизма с частыми обострениями. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: больная неусидчива, гримасничает, не может удержать высунутый из полости рта язык при зажмуренных глазах, эмоционально лабильна. В неврологическом статусе генерализованный хореический гиперкинез на фоне диффузной мышечной гипотонии, вегетативная дисфункция.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Обследование?
- 4) Лечение?

**89.** Девочка 11 лет пришла с мамой в поликлинику, в коридоре врач общего профиля обратил внимание на имеющийся у девочки генерализованный дистонический гиперкинез: вращательный штопорообразный – шеи с поворотом головы влево и назад, туловища, нижних конечностей с подошвенным сгибанием пальцев и ротацией стопы внутрь, верхних конечностей – сгибание кистей в кулак и приведение большого пальца. При дальнейшем осмотре: наблюдается усиление гиперкинеза в вертикальном положении и попытке целенаправленного движения, исчезновение симптомов во сне и при определенных жестах, повышение мышечного тонуса по пластическому типу в конечностях, больше в левой ноге, нарушение статики и походки. Поражения ЧМН, пирамидной, мозжечковой и сенсорной систем не выявлено. Со слов матери, с 8 лет у девочки при ходьбе возникала неловкость в левой ноге, в последующем присоединилось усиление сокращения мышц и неправильная установка стопы. Через год наблюдалось вовлечение мышц шеи и рук, через 2 года – мышц туловища. В семье подобных случаев заболевания не было.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Обследование?
- 4) Лечение?

**90.** Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмашистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная,

микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба. Отец пациента имел схожие симптомы.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

**91.** Больной 58 лет утром жалуется на тремор в кистях рук и ногах, быструю утомляемость, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение начала движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 года. Из анамнеза известно, что состоит на учете в психоневрологическом диспансере, длительное время принимает нейролептики. При осмотре: мелкоразмашистый тремор в кистях по типу «счета монет», мелкоразмашистый тремор ног, уменьшающийся при движениях, периоральный тремор, тихая, монотонная речь, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу.

Задание:

- 1) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 4) Принципы терапии?
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**92.** У молодого человека 19 лет появилось дрожание правой руки при выполнении некоторых движений. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: пациент расторможен, неуместно шутит, речь дизартричная, с элементами скандированной, крупноамплитудное дрожание правой руки по типу «взмах крыла» при выполнении пальце-носовой пробы, интенция при выполнении пяточно-коленной пробы с обеих сторон, мышечная ригидность в конечностях, выраженные рефлексы орального автоматизма, патологические кистевые симптомы Россолимо с обеих сторон, симптомы Бабинского, Бехтерева и Жуковского с обеих сторон, сухожильные рефлексы оживлены справа и слева, до клонусов коленных чашечек и стоп, брюшные рефлексы сохранены. Осмотр офтальмолога выявил кольца бурой окраски по краю радужной оболочки глаза. Известно, что сестра больного страдает гепатитом неясной этиологии, состоит на учете у гастроэнтеролога.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 3) Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен?
- 3) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 6) Принципы терапии?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

9) Возможные исходы заболевания?

**93.** Мужчина 36 лет обратился в поликлинику с жалобами на скованность и замедленность движений, нарушения походки, эмоциональную нестабильность. Из анамнеза известно, больной длительно употреблял эфедрон, последние 1,5 года не употребляет. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: эмоционально лабилен, гипомимия, ригидность мышц верхних и нижних конечностей, брадикинезия, нарушение походки, частые падения.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

**94.** Мужчина 59 лет, обратился в поликлинику с жалобами на насильственные крупноразмашистые бросковые движения в правых конечностях, возникшие около месяца назад, слабость и неловкость в правых конечностях. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад перенес инсульт, клиническая картина которого была представлена умеренным правосторонним гемипарезом. По данным МРТ головного мозга, выполненного в остром периоде инсульта, был обнаружен геморрагический очаг в области субталамического ядра и смежных с ним структур слева.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Принципы терапии?
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

### **ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**95.** Во время эпидемии гриппа, к 48 летнему мужчине была вызвана скорая помощь. Жена рассказала, что заболел остро, температура поднялась до 39С, беспокоила сильная головная боль, рвота. Постепенно стал сонлив, перестал отвечать на вопросы, жена рассказала, что были судороги. Из анамнеза известно, что неделю назад вернулся из командировки с Дальнего Востока. При объективном осмотре врач выявил: лицо гиперемировано, ЧСС – 110 в мин., на теле – геморрагическая сыпь. При неврологическом осмотре: сознание спутано, левосторонний центральный гемипарез, ригидность мышц шеи, верхний симптом Брудзинского положительный.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Предложите дополнительные методы обследования.

- 6) Предложите план лечения.
- 7) Возможные исходы заболевания?

**96.** 3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кроватке, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм<sup>3</sup>, преобладают нейтрофилы.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 6) Возможные исходы заболевания?

**97.** Студент 5 курса медицинского ВУЗа, через 14 дней после окончания цикла инфекционных болезней, заболел эпидемическим паротитом. На фоне высокой температуры, через 3 дня после припухания желез, появилась интенсивная головная боль, сопровождающаяся рвотой. В связи с ухудшением состояния повторно вызвал участкового врача. При осмотре выявлены положительные менингеальные симптомы.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 6) Существуют ли меры первичной профилактики?
- 7) Возможные исходы заболевания?

**98.** У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм<sup>3</sup>, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.
- 6) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 7) Возможные исходы заболевания?

**99.** Женщина 39 лет, проживающая в Санкт-Петербурге, доставлена в больницу в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что две недели назад была с друзьями в походе, жили в палатке. При поступлении: жалуется на головную боль и выраженную слабость в руках. Объективно: сознание спутанное, высокая температура, умеренно выраженный менингеальный синдром, выявляются периферические парезы мышц шеи и верхних

конечностей. Анализ ликвора: давление 350 мм водного столба, бесцветный, белок 2,0 г/л, цитоз 40 в 1 мм<sup>3</sup> (лимфоциты)

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.
- 6) Существуют ли меры первичной профилактики?
- 7) Возможные исходы заболевания?

**100.** Родители 9ти летнего ребенка вызвали врача на дом. Рассказали, что в течение 2,5 недель у сына была небольшая температура 37,2- 37,5, плохо себя чувствовал, болела голова, была однократная рвота. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 3 кг, часто жаловался на утомляемость, ухудшилась успеваемость в школе, появился частый кашель. Врач выявил: умеренно выраженный менингеальный синдром, легкое расходящееся косоглазие и легкий птоз справа. Мальчика срочно госпитализировали. Анализ ликвора: давление 400 мм водного столба, жидкость бесцветная, через 24 часа появилась неясная фибриновая сетка, белок 0,65 г/л, цитоз 200 в 1 мм<sup>3</sup>, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Возможные исходы заболевания?

**101.** В летнем детском спортивном лагере у троих детей возраста от 6 до 9 лет в течение 2-х суток повысилась температура до 38 градусов, появилась сильная головная боль, головокружение, повторная рвота. У одного ребенка развился судорожный припадок. При осмотре: состояние у всех средней тяжести, гиперемированная окраска лица с бледным носогубным треугольником, умеренно выраженные менингеальные симптомы. В анализе ликвора ребенка, которого первым доставили в районную больницу: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 350 мм вод.ст., 400 клеток в 1мкл, преобладают лимфоциты, белок – 0,2 г\л.

Задание:

- 1) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 2) Предложите дополнительные методы обследования.
- 3) Предложите план лечения.
- 4) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 5) Возможные исходы заболевания?

**102.** Пациент 69 лет амбулаторно наблюдается у ЛОР врача в связи с правосторонним гнойным средним отитом. Из назначенной терапии пользуется местными каплями с аминогликозидным антибиотиком и сам делает согревающие компрессы. Внезапно его состояние резко ухудшилось, появилась сильная головная боль, больше справа, головокружение, рвота. Доставлен в ЛОР отделение больницы, где в приемном отделении выявлен менингеальный симптомокомплекс. Проведена люмбальная пункция. В анализе ликвора: мутный, давление 280 мм вод.ст., 800 клеток в 1мкл (нейтрофилы), белок – 0,9 г\л, сахар – 2,1 мкмоль\л.

Задание:

- 1) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 2) Предложите дополнительные методы обследования.

3) Предложите план лечения.

**103.** Во время летних каникул, находясь у бабушки в деревне в Белоруссии, 14-летний подросток регулярно пил козье молоко, которое покупала бабушка в соседней деревне. Внезапно у него возник озноб, поднялась температура до 39 градусов, заболела голова, была рвота. На второй день болезни был жидкий стул, боли в животе. Через 2 дня температура снизилась, но еще через 2, вновь поднялась, стал сонлив и спутан, в связи с чем доставлен в больницу. В больнице определили положительные симптомы ригидности шейных мышц, Кернига и Брудзинского. Очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. В анализе ликвора: бесцветный, прозрачный, давление –350 мм вод.ст., цитоз- 200 кл. в 1 мкл, смешанного х-ра, с преобладанием лимфоцитов.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.

**104.** Сестра вызвала скорую помощь своему 30 летнему брату, так как у него развился эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что пациент ВИЧ инфицирован. Пациента срочно госпитализировали. Во время осмотра пациент жалуется на сильную головную боль, сонлив, спутан, на вопросы отвечает не по существу. Объективно: сенсорная афазия Вернике, правосторонний гемипарез. В анализе ликвора: легкая ксантохромия, цитоз-300 в 1 мл, белок-2,0 г/л, давление 280 мм вод.ст. На МРТ-признаки поражения лобных и височных долей головного мозга (некроз, геморрагии, отек).

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
- 4) Предложите дополнительные методы обследования.
- 5) Предложите план лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

**105.** Мужчина 51 года был госпитализирован с подозрением на стенокардию из-за выраженного болевого синдрома в левой половине грудной клетки. Проведенное обследование (биохимические анализы крови, ЭКГ, Эхо-КГ) патологии не выявило. Через 2 дня у пациента слева на уровне сосков появились пузырьковые высыпания в виде опоясывающей полосы, в этой же области зона гипестезии.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Предложите план лечения.
- 4) Возможные исходы заболевания?

## ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ, ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ И НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**106.** Студент 18 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на общую слабость, недомогание, нарушение зрения (нечеткость, снижение остроты), неприятные ощущения в глазах. Данные симптомы появились 2 дня назад после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисэмбриогенеза. Менингеальных знаков нет, глубокие рефлексы оживлены, брюшные рефлексы вялые, патологических рефлексов нет, чувствительных расстройств не выявлено, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Заключение офтальмолога: ретробульбарный неврит.

Задание:

- 1) О каком заболевании следует думать, учитывая клинические данные и заключение офтальмолога?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Топический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

**107.** Женщина 24 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на слабость в нижних конечностях (больше в правой) и возникающие из-за этого частые спотыкания и даже падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастали. При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клонусы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева, Жуковского с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и миопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

**108.** Программист 27 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на дрожание верхних конечностей, усиливающееся при целенаправленных движениях, затрудняющие профессиональную деятельность и самообслуживание (прием пищи, застегивание пуговиц, бритье, умывание и т.п.), шаткость при ходьбе, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, ощущение прохождения тока по спине и конечностям при наклоне головы вперед. Данные симптомы, постепенно нарастая, появились около 3-х месяцев назад после ДТП, в котором получил черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга). Известно, что 5 лет назад в период весенней сессии на фоне умственной нагрузки и переутомления (написание дипломной работы, сдача экзаменов) возникло



ухудшение зрения (ощущение нечеткости и пятна в поле зрения правого глаза), которое самопроизвольно регрессировало через 1-1,5 недели.

При осмотре: несколько расторможен, эйфоричен, интенционный тремор верхних конечностей, адиадохокинез, дисметрия, горизонтальный нистагм, дизартрия с элементами скандирования, глубокие рефлексы высокие  $D \geq S$ , с расширением рефлексогенных зон, симптомы орального автоматизма, патологические знаки Бабинского, Жуковского справа и слева. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Вибрационная чувствительность отсутствует ниже гребней подвздошных костей, гемигипестезия поверхностной чувствительности справа, походка атактическая.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**109.** Девушка 20 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, ощущение двоения в глазах, особенно при нахождении в душном, жарком помещении или после незначительной физической нагрузки или даже после чашки горячего чая. Известно, что за последние 1,5 года дважды перенесла эпизоды невротии лицевого нерва, сначала справа, затем слева. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисморфогенеза, недостаточность конвергенции, недоведение правого глаза до внутренней спайки при полной сохранности отведения другого глаза, монокулярный нистагм слева (межъядерный офтальмопарез). Легкая недостаточность функции мимической мускулатуры с обеих сторон. Легкий правосторонний силовой гемипарез. Тонус мышц в правых конечностях повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы  $D > S$ , высокие. Рефлексы орального автоматизма, патологические знаки Россоломо верхний, Бабинского справа. Интенция и мимопромахивание при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?

**110.** Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Данные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы. При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**111.** Женщина 65 лет предъявляет жалобы на затруднение при глотании, частые поперхивания, слюнотечение, нарушение речи, плаксивость, подергивания в мышцах лица и шеи, затруднение удержания головы. При осмотре: слабость, атрофия и фасцикуляции в мышцах лица, языка, грудинноключично-сосцевидных и трапециевидных мышцах, дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственные эмоции (плач, смех), оживление нижнечелюстного рефлекса и глубоких рефлексов конечностей с обеих сторон. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**112.** Женщина 28-ти лет в течение нескольких дней стала отмечать неустойчивость при ходьбе и неловкость в руках, стало «неудобно» печатать на компьютере. Обратилась в поликлинику, врач выявил неустойчивость в позе Ромберга и отправил пациентку к неврологу. В неврологическом статусе: нистагм, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и коллено-пяточной пробы справа, повышение тонуса в нижних конечностях по спастическому типу, двухсторонний симптом Бабинского. При осмотре глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. При повторном осмотре через три дня выраженность координаторных нарушений существенно уменьшилась.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**113.** У 20-ти летней девушки внезапно развилось нарушение зрения до слепоты справа, болезненность при движении правого глазного яблока. Обратилась к окулисту, был поставлен диагноз правосторонний ретробульбарный неврит. Назначено лечение кортикостероидами, которое оказало быстрый эффект, зрение восстановилось. Девушка вновь пришла к врачу общей практики за дальнейшими рекомендациями.

Задание:

- 1) Консультации каких специалистов показаны в данной ситуации?
- 2) Требуется ли дальнейшее наблюдение пациентки, если да, то с какой целью?
- 3) Какие дополнительные методы обследования необходимы?

**114.** 29-ти летняя мать привела на осмотр к педиатру своего единственного 6 летнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице. При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексы снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16ти лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Что такое приемы Говерса?
- 3) Тип наследования данного заболевания?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 6) Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?
- 7) Предложите тактику лечения.
- 8) Возможные исходы заболевания?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**115.** У мужчины 55 лет 2 года назад начали худеть кисти рук (стали велики перчатки), а последнее время заметил «поперхивание» при еде. Обратился в поликлинику и сразу был направлен к неврологу. При неврологическом осмотре: фибриллярные подергивания в языке и верхних конечностях, парез мягкого неба, отсутствие глоточного рефлекса, гипотрофия мышц верхних конечностей. Глубокие рефлексы на руках и ногах высокие, двухсторонний симптом Бабинского. Нарушений чувствительности нет. Функции тазовых органов не нарушены.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**116.** Женщина 27 лет после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век. Обратилась к знакомому неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?

- 3) Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**117.** Женщина 35ти лет стала жаловаться на нарушение мочеиспускания – когда возникает позыв, не может долго терпеть и если рядом нет туалета, возникает самопроизвольное мочеиспускание. Женщина обследовалась у уролога и гинеколога, причин для данных жалоб выявлено не было. Ее направили к неврологу, который выявил признаки нижнего спастического парапареза и назначил дообследование. Офтальмолог выявил частичную атрофию дисков зрительных нервов. На МРТ с контрастированием головного и спинного мозга: множественные паравентрикулярные очаги демиелинизации разной давности; очаг демиелинизации на уровне Т 7.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

**118.** У 30ти летняя женщина обратилась к врачу из-за появившегося двоения в глазах. Врач выявил расходящееся косоглазие, правосторонний птоз. Назначил дообследование: проба с введением прозерина клиническую картину не изменила; ЭНМГ без отклонений от нормы. МРТ ангиография: патологии не выявлено. МРТ головного мозга: множественные очаги демиелинизации паравентрикулярно и в области ствола головного мозга. Анализ крови на сахар-4,2 ммоль/л.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) О каких диагнозах подумал врач, назначив перечисленное обследование?
- 3) Поставьте клинический диагноз по результатам обследования.

**119.** Больная 37 лет, находится под наблюдением по поводу рассеянного склероза, получает копаксон. Внезапно у нее развивается головокружение, атаксия при ходьбе (не может пройти без посторонней помощи), усиливается слабость и спастика в нижних конечностях.

Задание:

- 1) Предложите тактику лечения.

**120.** Пациент 31 года в течение 8 лет лечится с диагнозом гепато-церебральная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). В течение последних двух лет неоднократно нарушал режим приема лекарств в связи с чем возникло существенное ухудшение состояния и доза препарата была повышена до 1500 мг d-пеницилламина в день. На этом фоне через несколько месяцев, привычные для пациента симптомы (тремор рук и нарушения речи) существенно улучшились. Но он начал замечать повышенную мышечную утомляемость, стало трудно подниматься по ступенькам из-за слабости в ногах, присесть, с трудом может достать что-то с верхней полки шкафа.

Задание:

- 1) Предположите причину вновь появившихся симптомов.

2) Предложите тактику дальнейшего ведения пациента.

**121.** У мужчины 69 лет постоянно находящемся в доме для престарелых, из-за болезни Альцгеймера, врачи заметили постепенное развитие слабости во всех конечностях, нарастающую мышечную атрофию, ухудшилась и стала малопонятной речь. Приглашенный на консультацию врач невролог выявил: гипотрофию языка, фибриллярные подергивания в языке, спастический тетрапарез с 2х сторонними патологическими симптомами Бабинского, выраженной гипотрофией мышц, фасцикулярными подергиваниями, симптомы орального автоматизма.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 4) Предложите тактику лечения.
- 5) Возможные исходы заболевания?

**122.** Пациентка 48 лет страдает генерализованной миастенией (III класс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На этом фоне у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, выросла слабость и появилась выраженная одышка.

Задание:

- 1) Объясните с чем связано ухудшение состояния.
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Предложите тактику лечения.
- 4) Возможные исходы заболевания?

### **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, ИНТОКСИКАЦИЙ И ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ**

**123.** Мужчина 56 лет проходит курс лечения по поводу легочного туберкулеза, получает рифампицин и изониазид. Пожаловался лечащему врачу на онемение пальцев рук и ног, чувство «мурашек» в них. Врач пригласил на консультацию невролога, который выявил гипестезию в дистальных отделах конечностей. Других изменений в неврологическом статусе нет.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Назначьте дополнительные обследования.
- 4) Предложите план терапевтических мероприятий.

**124.** Через 3 недели после удаления опухоли ЖКТ, пациент начал курс химиотерапии препаратами цисплатины. После третьего курса начал жаловаться на чувство покалывания в руках и ногах, усиливающееся на холоде. Врач объяснил пациенту с чем связаны его жалобы.

Задание:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Нужны ли дополнительные обследования.
- 3) Какой совет можно дать пациенту?

**125.** Родители 4х летнего ребенка заметили, что у него снизился слух. Три месяца назад мальчик перенес правосторонний средний гнойный отит, лечился аминогликозидными антибиотиками в виде внутримышечных инъекций и ушных капель. Ребенка привели на осмотр к ЛОР врачу, который не выявил видимой патологии со стороны среднего уха, но подтвердил, что слух справа резко снижен.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужны ли дополнительные обследования.
- 4) Назначьте лечение.

**126.** 35 летний мужчина, нигде не работающий, обратился в приемное отделение больницы. Жалуется на нарушение походки: наступает на наружный край стоп, не может удержать равновесие и часто падает. Рассказал, что длительно злоупотреблял алкоголем и эфедроном, который изготовлял дома и вводил внутривенно. При неврологическом осмотре выявлено: гипомимия, брадикинезия, дистония стоп, постуральные нарушения. Так как больной подошел по тематике, которой занимаются на неврологическом отделении, его госпитализировали и сделали МРТ. На МРТ выявлены области «свечения» в подкорковых ядрах.

Задание:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Назначьте лечение.

**127.** Мужчина 24х лет доставлен из ночного клуба в приемное отделение больницы после генерализованного судорожного припадка. При осмотре: множественные следы /свежие и старые/ от в/в инъекций на руках и ногах, кома 1 ст., ЧСС – 120 в 1 мин., АД=160/100 мм Hg, t=38<sup>0</sup>C. Двухсторонний мидриаз. Левосторонняя гемиплегия, глубокие рефлексy S>d, симптом Бабинского с 2х сторон, ригидность мышц шеи, 2х сторонний симптом Кернига. При люмбальной пункции: давление ликвора 300 мм водного столба, равномерно окрашен кровью во всех порциях.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужны ли дополнительные обследования?
- 3) Назначьте лечение.

**128.** Пациент 51 года в течение 20-ти лет работает электросварщиком. Последние полгода стал хуже справляться с работой из-за выраженной медлительности. При неврологическом осмотре выявлено: маскообразное лицо, речь тихая монотонная, двухсторонняя мышечная ригидность. МРТ головного мозга патологии не выявила.

Задание:

- 1) Топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужны ли дополнительные обследования?
- 4) Назначьте лечение.

**129.** Мужчина 49 лет (грузчик в магазине) обратился в поликлинику с жалобами на шаткую походку. Два дня назад на работе потерял сознание, со слов, работающих с ним грузчиков, были судороги. В тот день к врачу не обращался, остался спать в подсобном помещении на работе. Врач обратил внимание на внешний вид пациента- выглядит старше своих лет, лицо одутловатое, отсутствует большое количество зубов, стойкий запах перегара изо рта, одежда неопрятная. В неврологическом статусе выявлена неустойчивость в позе Ромберга, грубая

атаксия при выполнении колено-пяточной пробы с двух сторон, других неврологических симптомов нет. На КТ – атрофия мозжечка.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужны ли дополнительные обследования?
- 3) Назначьте лечение.

**130.** Мужчина 58 лет работает с локальной вибрацией (отбойный молоток), в течение 10 лет. Хронических заболеваний внутренних органов не имеет. Обратился к врачу с жалобами на замедленность движений, изменения походки (уменьшилась длина шага, иногда трудно сразу остановиться), мелкое дрожание в пальцах правой кисти при волнении. Врач выявил легкие признаки олиго-брадикинезии, статический тремор в пальцах правой кисти.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужны ли дополнительные обследования?
- 4) Назначьте лечение.

**131.** Больной 48 лет, страдающий хроническим панкреатитом, обследовался в поликлинике в связи с возникшим сильным болевым синдромом в голених и стопах. Так как было выявлено повышение уровня глюкозы, его госпитализировали на эндокринологическое отделение. Жена пациента рассказала, что последние несколько лет он ежедневно выпивает по 200 – 400 мл водки. Врачи на отделении, после физикального и лабораторного обследования, выявили у пациента полиорганную патологию: цирроз печени, миокардиодистрофию, хронический панкреатит, вторичный сахарный диабет. Врач невролог выявил отсутствие Ахилловых рефлексов и гиперпатию на стопах.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужны ли дополнительные обследования?
- 4) Назначьте лечение.

## НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

**132.** Мужчина 44 лет получил удар по голове тяжелым предметом, кратковременно утратил сознание. Придя в сознание, жалуется на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота, обстоятельства травмы не помнит. Был доставлен в стационар машиной скорой помощи. При осмотре: заторможен, сонлив, на вопросы отвечает только после повторения, команды выполняет правильно, но замедленно, сухожильные рефлексy справа повышены, отмечается симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости.

Задание:

- 1) Тип нарушения сознания?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Дообследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

**133.** Мужчина 59 лет, доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно упал, утратил сознание, возникли тонико-клонические судороги. При осмотре: лицо гиперемировано, на вопросы не отвечает, команды не выполняет, глаза открывает только на громкий звук или болевые раздражители, защитные реакции координированы, ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Задание:

- 1) Определите тип нарушения сознания?
- 2) Какую помощь можно оказать на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Какое обследование необходимо провести?
- 5) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 6) Тактика лечения в стационаре?

**134.** Пенсионерка 70 лет, находилась в поликлинике, ожидала приема эндокринолога. Окружающие заметили, что женщина стала заторможена, на вопросы отвечала односложно, затем перестала реагировать на происходящее, завалилась на бок из положения сидя. Из анамнеза известно: длительное время страдает сахарным диабетом 2 типа, корректируемым диетой. Последние дни жаловалась на общую слабость, тошноту, жажду, снижение аппетита. При осмотре: без сознания, кожа сухая, дыхание учащенное, шумное, глаза не открывает, на болевые раздражители возникли тонические сокращения мышц, которые сменились атонией, глубокие рефлексы угнетены, двусторонние патологические рефлексы, менингеальных знаков нет. Уровень глюкозы крови 41 ммоль/л.

Задание:

- 1) Определите тип нарушения сознания?
- 2) Какую помощь можно оказать на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Какое обследование необходимо провести?
- 5) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 6) Тактика лечения в стационаре?

**135.** Студентка 18 лет, находясь в переполненном вагоне метро в компании других студентов, пожаловалась на чувство дурноты, легкую тошноту, потемнение в глазах, внезапно потеряла сознание, не упала, т.к. была подхвачена друзьями, стоящими рядом. Известно, что несколько дней готовилась к экзамену, мало спала, нерегулярно питалась. Подобные эпизоды случались и ранее.

Задание:

- 1) Помощь на месте?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Дифференциальный диагноз?
- 4) Дообследование?
- 5) Рекомендации?

**136.** Мужчина 43 лет, доставлен в стационар в бессознательном состоянии из дома. Со слов родственников: длительное время злоупотребляет алкоголем. Последнее время стал эмоционально неустойчив (вспышки эйфории, чувства тревоги сменяются апатией, вялостью), периодически бывал дезориентирован, временно не узнавал родственников, сегодня возник судорожный припадок. Была вызвана скорая помощь, по прибытии которой пациент был возбужден, вырывался, пытался бежать, был агрессивно настроен на осмотр. Обращал на себя внимание тремор рук, атаксия. После чего стал заторможен, сонлив. При обследовании: неопрятен, кожа желтушная, множественные петехиальные кровоизлияния. На вопросы не отвечает, на боль реагирует некоординированными реакциями, сухожильные рефлексы



низкие, выраженные рефлексы орального автоматизма, симптом Бабинского с обеих сторон, менингеальных знаков нет.

Задание:

- 1) Тип нарушения сознания?
- 2) Помощь на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Дообследование?
- 5) Клинический диагноз?
- 6) Лечение в стационаре?

## ЭПИЛЕПСИЯ

**137.** Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

Задание:

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

**138.** Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1-2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобноносовых областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил.

Задание:

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

**139.** У мужчины 52 лет после бессонной ночи наблюдается серия судорожных тонико-клонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противосудорожные препараты принимает нерегулярно.

Задание:

- 1) Первая помощь?

- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

**140.** Мужчина 46 лет, жалуется на утренние головные боли, приступы, сопровождающиеся подергиваниями в правых конечностях (начинаются в правой ноге, распространяются на правую руку). Сознание не теряет. Приступы повторяются 1-2 раза в день, впервые возникли 3 месяца назад. Из анамнеза известно, что 4 года назад получил закрытую черепно-мозговую травму – ушиб головного мозга. По данным КТ: наружная и внутренняя гидроцефалия. На ЭЭГ: комплексы «острая медленная волна» в лобно-теменной области левого полушария.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Лечение?

**141.** Девушка 16 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на эпизоды выключения сознания. Знает об этих эпизодах от знакомых и родственников: во время разговора замолкает, в течение нескольких секунд на обращенную речь не реагирует. Падения, судороги, потерю мочи отрицает. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день, продолжительность 10-20 секунд. Подобные приступы отмечаются у отца больной. КТ головного мозга патологии не выявило. На ЭЭГ: пароксизмальные разряды «пик медленная волна» с частотой 3/с, с генерализацией по конвексу.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Лечение?

**142.** Мужчина 30 лет, обратился к врачу общего профиля по причине того, что в течение месяца у него возникают ощущения онемения и покалывания в правых конечностях, чувство прохождения «электрического тока» в них с последующей утратой сознания и развитием тонико-клонических судорог и непроизвольного мочеиспускания, после приступа сознание пациента спутанное, сам припадок пациент не помнит.

Задание:

- 1) Обследование?
- 2) Первая помощь?
- 3) Действие врача скорой помощи?
- 4) Топический диагноз?
- 5) Клинический диагноз?
- 6) Лечение?

**143.** Женщина 38 лет, внезапно упала в людном месте, громко стонет, произносит трудноразличимые слова, часто дышит, затем на несколько секунд замирает и лежит неподвижно, еще через несколько секунд тело пациентки выгибается с высоким подниманием таза, отмечается мотание головой из стороны в сторону, асинхронные движения рук и ног. Приступ длится около 10 минут. Сразу после приступа – пациентка в сознании, активно отвечает на вопросы. В неврологическом статусе патологических изменений не выявлено.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Лечение?

**144.** Студентка 16 лет, обратилась к врачу общего профиля с жалобами на эпизоды утраты сознания, которым предшествует ощущение дурноты, тошноты, «мелькания мушек», звона в ушах. Если успеваешь принять горизонтальное положение, то сознание не утрачивается. Такие приступы беспокоят несколько месяцев, чаще при нахождении в душном помещении. В неврологическом статусе патологической симптоматики не выявлено. Пациентка астенического телосложения, отмечаются лабильность пульса, акрогипергидроз. На ЭЭГ – без патологии.

Задание:

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Обследование?

## **ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА**

**145.** Женщина 56 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударила головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Была доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение. При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения.

**146.** Мужчина 48 лет, был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь. Был доставлен в стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие. При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки. При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Правила транспортировки?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения.

**147.** Мужчина 38 лет, доставлен в стационар из дома. Был обнаружен соседкой, спящим на лестничной площадке у двери своей квартиры. Проснулся достаточно легко. В связи с неадекватностью поведения была вызвана скорая помощь. В приемном отделении сообщил, что после работы употреблял алкоголь с друзьями, как дошел до дома не помнит. Жалуется на светобоязнь. При осмотре: лицо гиперемировано, определяется горизонтальный нистагм, запах алкоголя. Содержание этанола в крови – 2,1 промилле. Имеется подпапоневротическая гематома левой затылочной области. Зрачки D=S. Движения глазных яблок ограничены из-за болезненности. Заторможен, гиподинамичен, не интересуется окружающим. Незначительный парез в левой руке. Определяются менингеальные знаки. На рентгенограммах черепа выявлен линейный перелом затылочной кости слева. Эхо-ЭС - смещение м-эха 2мм.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

**148.** Женщина, 37 лет, доставлена в больницу скорой помощи. Известно, что наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о поребрик тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием. При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа. В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

**149.** Неизвестный мужчина, около 60 лет доставлен в стационар скорой помощью. Со слов очевидцев был обнаружен лежащим в сквере, где пролежал без движения около часа. При осмотре выявлена подкожная гематома левой височной области. Без сознания, на болевые раздражения не реагирует. Произвольной двигательной активности не определяется. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексy низкие, определяется мышечная гипотония. Зрачки узкие, фотореакции угнетены. Менингеальных симптомов нет. На рентгенограммах черепа травматических костных изменений не выявлено. Смещение М-эха 2 мм. При люмбальной пункции в первой порции получен ликвор с примесью крови, которая исчезла в последующих порциях. Содержание этанола в крови 4 промилле.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

**150.** Молодой человек, 21 года, поступил в приемный покой ночью. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью. При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексy повышены справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. На КТ обнаружены небольшие очаги размозжения в левых лобной и височной долях. В режиме «костного окна» выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

**151.** Больная 65 лет осмотрена неврологом в терапевтическом отделении, куда поступила с диагнозом гипертоническая болезнь, затяжное течение гипертонического криза. Лечится у

терапевта в течение 2 недель, за это время артериальное давление стабилизировалось на цифрах 130/80 мм рт. ст. Однако в последние 3 дня появились сонливость, заторможенность, затруднение речи, слабость в правой руке, в связи с чем была направлена в терапевтический стационар. При сборе анамнеза у родственников удалось выяснить, что 3 недели назад пациентка упала со стула, ударилась головой. Была кратковременная утрата сознания. По факту травмы за медицинской помощью не обращалась. После травмы стала беспокоить головная боль. Невролог срочно направил пациентку на КТ, где над всем левым полушарием головного мозга обнаружено инкапсулированное гиподенсное объемное образование, смещение срединных структур вправо на 7 мм.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

**152.** Мужчина, 32 лет. На производстве упал со стремянки, ударился головой. Придя домой, рассказал о случившемся жене. Так как впереди намечались выходные дни, за медицинской помощью обращаться не стал, сославшись на то, что «отлежится» дома. Жаловался на головную боль, по поводу чего принял «обезболивающее» и лег спать. Жена допоздна «засиделась» у соседки, а вернувшись домой, обнаружила мужа лежащим без сознания на полу. В 2 ч 15 мин был доставлен в стационар вызванной скорой помощью. При поступлении – кома I, правосторонний гемипарез, анизокория S>D. Эхо-энцефалоскопия – смещение М-эха слева направо 10 мм. На краниограммах обнаружен перелом затылочной кости справа.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

**153.** Во время драки 29ти летний мужчина получил несколько ударов по голове. Во время одного из ударов «отключился» на несколько минут. Когда дошел до дому и начал умываться, обратил внимание, что на полотенце остаются следы крови и светлой жидкости. Стал хуже видеть на правый глаз, что заставило его вызвать скорую помощь. Врач определил положительные менингеальные симптомы.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

**154.** При спуске с горы, лыжник упал, на несколько секунд потерял сознание. Самостоятельно доехал с горы. Жалуется на головную боль, тошноту, была однократная рвота. На попутной машине добрался до ближайшего травмпункта, где был осмотрен травматологом и сделана рентгенограмма черепа. При осмотре: сознание ясное, гематома в правой лобной области, признаков очагового поражения ЦНС нет. На Rg черепа: признаков повреждения костей свода черепа нет.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

## ОПУХОЛИ ЦНС

**155.** Жена 26 летнего мужчины рассказала врачу общей практики, что в течение трех месяцев он жалуется на ночную головную боль, распирающего характера. Появилось неадекватное поведение, немотивированные поступки, дурашливость, сменяющаяся приступами агрессии. В последнее время стала замечать пошатывание в положении стоя и сидя. При осмотре выявлено оживление глубоких рефлексов слева. Осмотр офтальмолога выявил на глазном дне признаки «застойных» дисков, больше справа.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Топический диагноз?
3. Консультации каких специалистов целесообразны для уточнения диагноза?
4. Какие методы диагностики можно рекомендовать для уточнения диагноза?
5. О каких возможных методах лечения вы можете информировать родственников больного?

**156.** У женщины 40 лет четыре месяца назад появились периодически возникающие приступы «ползания мурашек» в левой половине туловища. Около месяца испытывает снижение болевых ощущений в правой половине туловища, часто не может попасть рукой в левый рукав одежды, испытывает затруднения при одевании обуви на левую ногу. В связи с этим обратилась к врачу семейной медицины. При осмотре: снижение всех видов чувствительности слева.

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Рекомендации по тактике обследования?

**157.** Родственники 64 летней пациентки заметили, что в течение трех месяцев, она все хуже понимает обращенную к ней речь, отвечает «бессмыслицей» на вопросы. При осмотре: частичная сенсорная афазия, глубокие рефлексы немного выше справа. Известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью (ГБ II АГ2 Риск ССО2).

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Какие методы обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?

**158.** Больной 45 лет жалуется на опоясывающие боли на уровне пупка существующие 4 месяца. В последнее время стал отмечать нарастающую слабость в правой ноге, появилось легкое затруднение при мочеиспускании. При осмотре: Тонус в правой ноге повышен, глубокие рефлексы на нижних конечностях повышены D>S, симптом Бабинского справа, проводниковая гипестезия с уровня пупка слева, снижена вибрационная чувствительность в правой ноге.

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?

**159.** У больного 49 лет, 1,5 месяца назад появилось затруднение в подборе слов, нарушилось письмо, 2 недели назад заметил, что из правой руки стали выпадать предметы. В последние две недели стала так же беспокоить сильная, постоянная головная боль, усиливающаяся в утреннее время, сопровождающаяся тошнотой. В неврологическом статусе: оглушение, частичная моторная афазия, центральный парез правых конечностей.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Клинический диагноз?
- 3.Консультация каких специалистов может потребоваться?
- 4.Нужна ли госпитализация
- 5.Обследование?
- 6.Лечение?

**160.** Больного в течение 5 месяцев беспокоит постепенно нарастающая головная боль, усиливающаяся под утро, в последнее время присоединилась рвота, снижение зрения на оба глаза и пошатывание при ходьбе влево. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Тонус в левых конечностях снижен, координаторные пробы плохо выполняет левыми конечностями (интенционный тремор, мимопопадание). При обследовании офтальмологом выявлены застойные диски зрительного нерва с двух сторон.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3.Обследование?
4. Нужна ли госпитализация?
- 5.Лечение?

**161.** Женщина 49 лет страдает упорной головной болью распирающего характера 4 месяца. Полгода назад начались и повторяются два раза в месяц приступы клонических судорог в левой стопе, с последующим преходящим парезом стопы. Объективно: слева повышение глубоких рефлексов, положительный симптом Бабинского. Глазное дно: расширение вен сетчатки.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Как называется неврологический синдром, при котором возникают локальные судороги, без потери сознания?
- 3.Предположительный клинический диагноз?
- 4.Обследование?
- 5.Лечение?

**162.** У мужчины 54 лет в течение месяца периодически появляются насильственные повороты головы влево, клонико-тонические судороги в левой руке без потери сознания, после которых в течение нескольких часов сохраняется слабость в левой руке. При осмотре: Со стороны черепных нервов: выявляется сглаженность левой носогубной складки глубокие рефлексы S>D, симптом Бабинского слева.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Предположительный клинический диагноз?
- 3.Обследование?
- 4.Лечение?

**163.** Пациентка 39 лет жалуется на сильную головную боль, частую рвоту, шаткость при ходьбе. При осмотре: Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Силовых парезов в конечностях нет. Тонус в левых конечностях снижен, в позе Ромберга падает влево, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и коленно-пяточной проб слева.

Задание:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Предположительный клинический диагноз?
- 3.Обследование?

#### 4. Лечение?

**164.** Флейтист 56 лет, работающий в симфоническом оркестре, обнаружил, что не узнает ранее известные ему мелодии произведений классической музыки, однако, может играть пользуясь нотами (партитурой). В связи с этим, обратился за консультацией к семейному врачу. При сборе анамнеза, врач выяснил, что, в течение последних двух месяцев мужчину беспокоит упорная головная боль, сопровождающаяся тошнотой. Головная боль не связана с колебаниями артериального давления, прием анальгетиков не влияет на интенсивность головной боли. Отмечает уменьшение головной боли после приема диуретиков. При элементарном неврологическом осмотре очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Предположительный клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Нужна ли консультация каких либо специалистов?
5. Лечение?

### СПИНАЛЬНАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ

**165.** Мужчина 48 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал. Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Тактика лечения.

**166.** 59-ти летний мужчина начал замечать, что испытывает неудобство при управлении автомобилем, стало трудно давить на педали правой стопой. Обратился к врачу. К этому времени появились боли «жгучего» характера по задней поверхности нижних конечностей. На выполненных рентгенограммах были выявлены дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Назначен курс лечения мильгаммой, вольтареном и физиотерапией. Однако состояние продолжало ухудшаться, присоединилась слабость в левой стопе, нарушение мочеиспускания. Направлен на консультацию к неврологу, который выявил нижний дистальный периферический парапарез, гипестезию болевой и температурной чувствительности в сегментах L5-S3 с двух сторон.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Тактика лечения.

**167.** Во время взлета у самолета взорвались шасси, пилот сумел затормозить, избежав серьезной аварии. Никто из пассажиров не пострадал, но одна стюардесса была госпитализирована с подозрением на спинальное повреждение. 25-ти летняя пациентка рассказала, что, несмотря на ремень безопасности, ее резко бросило вперед. Жалобы при поступлении: отсутствие движений и чувствительности в ногах. При неврологическом исследовании выявлена нижняя



параплегия с отсутствием всех глубоких рефлексов и анестезия ниже реберной дуги с 2х сторон. Через 12 часов пациентка начала двигать левой стопой и появилась болевая чувствительность на правой ноге. На левой ноге сохранилась аналгезия и термоанестезия, правая нога осталась полностью парализованной, появилась спастичность мышц, клonus правой стопы и симптомом Бабинского.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Правила транспортировки?
- 3) Как называется состояние, развившееся у пациентки сразу после травмы и в течение в первых 12 часов?
- 4) Как называется клинический синдром, выявленный у пациентки через 12 часов?
- 5) Какие обследования необходимо провести?
- 6) Тактика лечения.

**168.** 66ти летняя пациентка госпитализирована из-за постепенно, в течение 1,5 месяцев, нарушившейся походки; 3 недели назад начала пользоваться палочкой, а 2 дня назад перестала ходить. Нарушения тазовых функций нет. Неврологическое обследование выявило: сила в верхних конечностях достаточная, глубокие рефлексы и чувствительность на верхних конечностях сохранены. В нижних конечностях определяется слабость до 2х баллов с повышением мышечного тонуса, оживлением коленных и ахилловых рефлексов, 2х сторонним симптомом Бабинского. Отсутствует болевая и вибрационная чувствительность ниже линии сосков с 2х сторон, нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Тактика лечения.

**169.** Мужчина 42х лет был сбит автомобилем. При попытке подняться почувствовал онемение и неловкость в нижних конечностях, о чем рассказал врачу скорой помощи. Сотрудники бригады скорой помощи помогли пациенту подняться на ноги и пересесть в машину скорой помощи. Был доставлен в больницу, где сразу выполнили КТ позвоночника и спинного мозга. На КТ повреждений не выявлено. Жалобы, которые беспокоили пациента, прошли в течение часа. Осмотр невролога не выявил очаговых неврологических симптомов.

Задание:

- 1) Были ли допущены ошибки на догоспитальном этапе?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
- 4) КТ каких отделов позвоночника и спинного мозга необходимо было выполнить?
- 5) Предложите тактику лечения.

**170.** Во время дальнего плавания в открытом океане матрос упал в трюм с высоты 3х метров. Осмотр судового врача сразу же после травмы выявил нижнюю параплегию, атонию мышц ног, арефлексию коленных и Ахилловых рефлексов, проводниковую анестезию с уровня сосков, задержку мочеиспускания, резкие боли в грудном отделе позвоночника. Через 3 дня тонус мышц повысился, появились глубокие рефлексы и симптом Бабинского с 2-х сторон, остальные симптомы сохранялись.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Как называется состояние, развившееся у пациента сразу после травмы?
- 3) Как называется клинический синдром, выявленный у пациента через 3 дня?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Тактика лечения.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

### АНГИОТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1. Ответ:
  - 1) Оптико-пирамидный синдром.
  - 2) Левая внутренняя сонная артерия.
  
2. Ответ:
  - 1) Брахио-цефальный синдром
  - 2) Корковые ветви левой средней мозговой артерии.
  
3. Ответ:
  - 1) Правая передняя мозговая артерия.
  
4. Ответ:
  - 1) Альтернирующий синдром Мийяра-Гублера. Левая половина Варолиева моста.
  - 2) Стволовая ветвь базилярной артерии.
  
5. Ответ:
  - 1) Правое полушарие головного мозга. Субарахноидальное пространство. Бассейн правой внутренней сонной артерии.
  
6. Ответ:
  - 1) Альтернирующий синдром Вебера. Левая половина четверохолмия (средний мозг).
  - 2) Вертебрально-базилярный бассейн.
  
7. Ответ:
  - 1) Корковые ветви левой средней мозговой артерии.
  
8. Ответ:
  - 1) Поражение мозжечка слева
  - 2) Левая вертебральная (мозжечковая) артерия.
  
9. Ответ:
  - 1) Затылочные доли с двух сторон.
  - 2) Бифуркация базилярной артерии.
  
10. Ответ:
  - 1) Левая средняя мозговая артерия (основной ствол).
  
11. Ответ:
  - 1) Альтернирующий синдром Вебера. Правая половина ствола на уровне четверохолмия.
  - 2) Вертебрально-базилярный бассейн справа. Стволовая ветвь базилярной артерии

12. Ответ:

- 1) Поражение внутренней капсулы справа.
- 2) Правая средняя мозговая артерия.

13. Ответ:

- 1) Левая половина мозжечка.
- 2) Вертебрально-базилярный бассейн слева. Мозжечковая артерия.

14. Ответ:

- 1) Левая передняя мозговая артерия.

15. Ответ:

- 1) Левая затылочная доля
- 2) Левая задняя мозговая артерия.

## ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

16. Ответ:

- 1) Синдром поражения правой внутренней капсулы.
- 2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).
- 3) Персонал поликлиники должен вызвать скорую помощь и госпитализировать пациентку как можно быстрее, желательно в ближайший сосудистый центр.
- 4) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 5) В остром периоде:
  - а) базисная недифференцированная терапия инсульта  
При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
  - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
  - в) тромболитическая терапия (при отсутствии противопоказаний)
  - г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)  
В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:
    - д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия)  
Ранняя реабилитация.
  - б) Вторичная профилактика инсульта:
    - А) антигипертензивная терапия
    - Б) дезагрегантная терапия
    - В) антикоагулянтная терапия
    - Г) гиполипидемическая терапияВторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
    - А) отказ от вредных привычек
    - Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела

- В) регулярные физические нагрузки
- Г) соблюдение режима труда и отдыха

Профилактика инвалидизации:

- А) Своевременная госпитализация
- Б) Адекватное лечение

В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:

- а) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ
  - б) физиотерапия, массаж
  - в) эрготерапия
  - г) занятия с логопедом
- 7) Экспертиза трудоспособности потребуется.

**17. Ответ:**

- 1) Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.
- 2) Госпитализация показана.
- 3) Методы выбора коррекции терапии:
  - А) выбрать комбинированную терапию - добавить гипотензивные препараты других групп: бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или диуретики.
  - Б) заменить ингибитор АПФ на препарат из группы сартанов (лазап, атаканд, эдарби).
- 4) Санаторно-курортное лечение не показано
- 5) После выписки из больницы пациент трудоспособен

**18. Ответ:**

- 1) Поражение правого полушария головного мозга.
- 2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.
- 3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения:
  - А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.)
  - Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
  - В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
  - Г) хирургическое лечение (по показаниям).
  - Д) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) Профилактика инвалидизации:
  - А) Своевременная госпитализация
  - Б) Адекватное лечение
  - В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:
    - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ
    - Б) физиотерапия, массаж
    - В) эрготерапия
    - Г) Занятия с логопедом
  - б) а) исходы: смертность достигает 60-70%, вероятно инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.
  - б) осложнения: отек и дислокация мозга, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии

**19. Ответ:**

- 1) Ишемический инсульт (предположительно кардиоэмболический) в бассейне левой средней мозговой артерии.
- 2) Госпитализация обязательна.
3. КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта  
При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:  
б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).  
в) тромболитическая терапия (при отсутствии противопоказаний)  
г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)  
В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:  
д) хирургическое лечение (стентирование, эндартерэктомия)
- 5) См. задачу №16

**20. Ответ:**

- 1) Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое).
- 2) Срочная госпитализация, поддержание витальных функций во время транспортировки.
- 3) ЛП, КТ или МРТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ТК УЗДГ.
- 4) Тактика лечения:  
А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы).  
Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)  
В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)  
Г) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) смертность достигает 40%, в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает

**21. Ответ:**

- 1) Оптико-пирамидный синдром.
- 2) Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой внутренней сонной артерии.
- 3) Госпитализация показана.
- 4) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭКГ мониторинг, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 5) А) при обнаружении гемодинамически значимых стенозов – эндоваскулярная хирургия (напр. стентирование).  
Б) при отсутствии стенозов – дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)  
В) нейропротективная терапия  
Г) при выявлении заболевания внутренних органов (например, кардиогенной патологии) соответствующее лечение.
- б) См. задачу №16

**22. Ответ:**

- 1) Астенический невроз. Синдром вегетативной дисфункции (перманентное течение).
- 2) Госпитализация не показана.
- 3) Жалобы пациента могут быть связаны с неблагоприятным сочетанием двух факторов: конституциональной вегетативной дисфункции и факторов внешней среды (недостаток отдыха, хроническое эмоциональное напряжение)
- 4) Нормализация режима труда и отдыха. Прогулки, водные процедуры, занятия физкультурой, аутотренинг. Магний В6. При необходимости короткий курс транквилизаторов.

**23. Ответ:**

- 1) ЦВБ. ХНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия II.
- 2) Госпитализация не показана.
- 3) МРТ головного мозга.
- 4) Коррекция гипотензивной терапии. Дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг. При ухудшении когнитивных функций: мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин).

**24. Ответ:**

- 1) ЦВБ. ХНМК. Сосудистая деменция.
- 2) Госпитализация не показана.
- 3) МРТ головного мозга.
- 4) Мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин), дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг.

**25. Ответ:**

- 1) ЦВБ. Ишемический инсульт в вертебрально-базилярном бассейне справа.
- 2) Госпитализация показана.
- 3) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта  
б) коррективка гипотензивной терапии.  
в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)  
г) в случае выявления гемодинамически значимых стенозов решение вопроса о хирургическом лечении  
д) ранняя реабилитация.
- 5) Вторичная профилактика инсульта:  
А) антигипертензивная терапия  
Б) антитромбоцитарная терапия  
В) антикоагулянтная терапия  
Г) гиполипидемическая терапия  
Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:  
А) отказ от вредных привычек

Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела

В) регулярные физические нагрузки

Г) соблюдение режима труда и отдыха

Профилактика инвалидизации:

1. Своевременная госпитализация

2. Адекватное лечение

3. Ранняя и поздняя реабилитация:

А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)

Б) физиотерапия, массаж

В) эрготерапия

**26. Ответ:**

1) Частичная моторная афазия, центральный монопарез правой руки.

2) Поражение левой лобной доли.

3) Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии (корковые ветви).

4) Срочная госпитализация в сосудистый центр

5) КТ головного мозга в течение первых 2-4-х часов, позволит исключить кровоизлияние и направить пациента на тромболизис. ЭКГ, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)

В дальнейшем показано МРТ головного мозга для выявления ишемического очага, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография для выявления изменения просвета сосудов, ЭХО кардиография,

6) А) тромболизис

Б) базисная недифференцированная терапия инсульта

В) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)

Г) в случае выявления гемодинамически значимых стенозов решение вопроса о хирургическом лечении

7) Вторичная профилактика инсульта:

А) антигипертензивная терапия

Б) антитромбоцитарная терапия

В) антикоагулянтная терапия

Г) гиполипидемическая терапия

Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:

А) отказ от вредных привычек

Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела

В) регулярные физические нагрузки

Г) соблюдение режима труда и отдыха

Профилактика инвалидизации:

1. Своевременная госпитализация

2. Адекватное лечение

3. Ранняя и поздняя реабилитация:

А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)

Б) физиотерапия, массаж

В) эрготерапия

Г) занятия с логопедом

**27. Ответ:**

- 1) Поражение левого полушария (лобно-теменно-височная обл.).
- 2) Ишемический инсульт в бассейне корковых ветвей левой средней мозговой артерии (предположительно тромбо-эмболический).
- 3) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта  
При подтверждении ишемического характера инсульта:
  - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
  - в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
- 5) а) смертность достигает 15-25%, стойкая инвалидизация остается у 30-40%, возможно полное выздоровление  
б) осложнения: отек мозга и сдавление мозгового ствола, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии, уроинфекция, пролежни
- 6) См. задачу №16

**28. Ответ:**

- 1) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно тромбо-эмболический).
- 2) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 3) а) базисная недифференцированная терапия инсульта  
При подтверждении ишемического характера инсульта:
  - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
  - в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
- 4) См. задачу №16
- 5) вероятность стойкой инвалидизации 30-40%.

**29. Ответ:**

- 1) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).
- 2) Операция по протезированию митрального клапана
- 3) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр).
- 4) В остром периоде:
  - а) базисная недифференцированная терапия инсульта  
При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
  - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
  - в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний)
  - г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
 В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:
  - д) эндоваскулярная хирургия (стентирование)



- 5) смертность достигает 15-25%, , стойкая инвалидизация остается у 30-40%, возможно полное выздоровление
- 6) См. задачу №16
- 7) вероятность стойкой инвалидизации 30-40%

**30. Ответ:**

- 1) Правая затылочная доля. Ишемический (предположительно гемодинамический) инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии.
- 2) Гемодинамический инсульт на фоне резкого снижения АД
- 3) а) эндоваскулярное хирургическое лечение (стентирование).
  - б) антикоагулянтная терапия (варфарин)
  - в) строгий контроль приема антикоагулянтов и гипотензивных препаратов
  - г) нейропротективная терапия, нейропсихологический тренинг.

**31. Ответ:**

- 1) Дизартрия из-за центрального пареза языка, центральный монопарез левой кисти.
- 2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (корковые ветви).
- 3) Срочная госпитализация
- 4) КТ или МРТ головного мозга и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 5) а) базисная недифференцированная терапия инсульта  
При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
  - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
  - в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:
  - г) эндоваскулярная хирургия (стентирование)Ранняя реабилитация, занятия с логопедом.
- д) коррекция гипотензивной терапии

**32. Ответ:**

- 1) Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой средней мозговой артерии.
- 2) Госпитализация показана.
- 3) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭКГ мониторинг, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 4) А) при обнаружении гемодинамически значимых стенозов – эндоваскулярная хирургия (напр. стентирование).  
Б) при отсутствии стенозов – дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)  
В) нейропротективная терапия  
Г) при выявлении заболевания внутренних органов (например, кардиогенной патологии) соответствующее лечение

**33. Ответ:**

- 1) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозно-субарахноидального кровоизлияния в правом полушарии головного мозга.
- 2) Артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение
- 3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения:
  - А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.)
  - Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
  - В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
  - Г) хирургическое лечение (по показаниям).
  - Д) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) смертность достигает 60-70%, вероятно инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.
  - б) Вторичная профилактика инсульта:
    - А) антигипертензивная терапия
    - Б) антитромбоцитарная терапия
    - В) гиполипидемическая терапияВторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
    - А) отказ от вредных привычек
    - Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела
    - В) регулярные физические нагрузки
    - Г) соблюдение режима труда и отдыха
  - 3) А) ограничение животных (насыщенных) жиров с пищей
  - Б) увеличение продуктов богатых растительной клетчаткой пищевыми волокнами
  - В) увеличение доли растительных белков (бобовые, орехи) по отношению к животным
  - Г) уменьшение поступления холестерина с пищей (яйца, печень)
  - Д) уменьшение потребления легкоусвояемых (сахар) углеводов
  - Е) увеличение потребления сложных углеводов (фрукты, овощи)
  - Ж) ограничение алкоголя
- 3) ограничение соли (6-8 гр. в сутки)
- И) приготовление на пару, гриле или варка

**34. Ответ:**

- 1) Геморрагический инсульт по типу субарахноидального кровоизлияния (вероятно аневризматическое).
- 2) Госпитализация обязательна.
- 3) КТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения:
  - а) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
  - б) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
  - в) хирургическое лечение при обнаружении аневризмы.
  - г) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) смертность достигает 40%, в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает

**35. Ответ:**

- 1) Левая внутренняя капсула
- 2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.
- 3) КТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения после подтверждения геморрагического характера инсульта:
  - а) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
  - б) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
  - в) хирургическое лечение (по показаниям).
  - г) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) Вторичная профилактика инсульта:
  - А) антигипертензивная терапияВторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
  - А) отказ от вредных привычек
  - Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела
  - В) регулярные физические нагрузки
  - Г) соблюдение режима труда и отдыхаПрофилактика инвалидизации:
  1. Своевременная госпитализация
  2. Адекватное лечение
  3. Ранняя и поздняя реабилитация:
    - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)
    - Б) физиотерапия, массаж
    - В) эрготерапия
    - Г) занятия с логопедом
  - б) смертность достигает 60-70%, вероятна инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.

**36. Ответ:**

- 1) ЦВБ. ХНМК. Сосудистая деменция, (необходим дифференциальный диагноз с болезнью Альцгеймера).
- 2) Госпитализация не показана.
- 3) МРТ головного мозга.
- 4) Мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин), дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг. Эрготерапия, нейропсихологический тренинг.

**37. Ответ:**

- 1) реабилитация показана:
  - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)
  - Б) физиотерапия, массаж
- 2) Вторичная профилактика инсульта:
  - А) антигипертензивная терапия
  - Б) антитромбоцитарная терапия
  - В) гиполипидемическая терапияВторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
  - А) отказ от вредных привычек

- Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела
- В) регулярные физические нагрузки
- Г) соблюдение режима труда и отдыха
- 3) А) ограничение животных (насыщенных) жиров с пищей
- Б) увеличение продуктов богатых растительной клетчаткой пищевыми волокнами
- В) увеличение доли растительных белков (бобовые, орехи) по отношению к животным
- Г) уменьшение поступления холестерина с пищей (яйца, печень)
- Д) уменьшение потребления легкоусвояемых (сахар) углеводов
- Е) увеличение потребления сложных углеводов (фрукты, овощи)
- Ж) ограничение алкоголя
- 3) ограничение соли (6-8 гр. в сутки)
- И) приготовление на пару, гриле или варка
- 4) показано

**38. Ответ:**

- 1) Неинвазивное ультразвуковое исследование, позволяющее оценить как морфологические изменения сосудов (просвет, стенки), так и скорость кровотока. Позволяет выявить стеноз, окклюзию сосуда, наличие атеросклеротических бляшек, сосудистых мальформаций и т.д.
- 2) Эндоваскулярное хирургическое лечение (например стентирование)
- 3) Вторичная профилактика инсульта для этой пациентки:
  - а) антикоагулянтная терапия
 Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
  - А) отказ от вредных привычек
  - Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела
  - В) регулярные физические нагрузки
  - Г) соблюдение режима труда и отдыха.

**39. Ответ:**

- 1) Артериальная гипертензия, дислипидемия, нарушение углеводного обмена, курение.
- 2) Госпитализация не показана
- 3) Диспансерный учет нужен для коррекции факторов риска и профилактики ЦВБ
- 4) Первичная профилактика:
  - а) мониторинг АД и антигипертензивная терапия
  - б) отказ от вредных привычек
  - в) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела
  - г) регулярные физические нагрузки
  - д) соблюдение режима труда и отдыха
  - е) при недостаточности диеты- гиполипидемическая терапия
- 5) А) ограничение животных (насыщенных) жиров с пищей
- Б) увеличение продуктов богатых растительной клетчаткой пищевыми волокнами
- В) увеличение доли растительных белков (бобовые, орехи) по отношению к животным
- Г) уменьшение поступления холестерина с пищей (яйца, печень)
- Д) уменьшение потребления легкоусвояемых (сахар) углеводов
- Е) увеличение потребления сложных углеводов (фрукты, овощи)
- Ж) ограничение алкоголя
- 3) ограничение соли(6-8 гр. в сутки)
- И) приготовление на пару, гриле или варка
- б) Показано

## ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

### 40. Ответы:

- 1) Мигрень с аурой.
- 2) Госпитализация не требуется.
- 3) Консультация офтальмолога и невролога.
- 4) ТИА, головная боль напряжения
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).
- 7) Не употреблять в пищу продукты богатые тирамином (красное вино, сыр, шоколад и т.д.)

### 41. Ответы:

- 1) Мигрень без ауры.
- 2) Госпитализация не требуется.
- 3) Консультация офтальмолога, невролога, гинеколога.
- 4) Головная боль напряжения, объемный процесс головного мозга, сосудистая мальформация
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).

### 42. Ответы:

- 1) Мигрень без ауры. Мигренозный статус.
- 2) Требуется госпитализация.
- 3) Консультация невролога.
- 4) САК, опухоль головного мозга, менингит
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Ввести препараты из группы спорыньи (дигидроэрготамин в/в), противорвотные (церукал), кортикостероиды (дексаметазон), транквилизаторы (седуксен), солевые растворы и мочегонные (лазикс) по результатам исследования электролитного баланса.

### 43. Ответы:

- 1) Мигрень с аурой. (Мигренозная аура).
- 2) Госпитализация не требуется
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) ТИА
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.
- 6) Динамическое наблюдение, при редких приступах лечение не требуется, в случае учащения или трансформации в типичную мигрень с аурой стандартное лечение (см. задачи 40 и 41)

### 44. Ответы:

- 1) Хроническая головная боль напряжения.
- 2) Госпитализация не требуется
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.

6) Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация, анальгетики или препараты группы НПВП (не допускается длительный ежедневный прием), при необходимости антидепрессанты.

**45. Ответы:**

- 1) Хроническая головная боль напряжения. Абузусная головная боль.
- 2) Госпитализация не обязательна.
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции
- 5) Требуется повторить МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.
- 6) Отменить прием анальгетиков. Препараты выбора антидепрессанты или миорелаксанты. Возможно лечение у психотерапевта, нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация.

**46. Ответы:**

- 1) Эпизодическая головная боль напряжения.
- 2) Госпитализация не требуется
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.
- 5) Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация, анальгетики или препараты группы НПВП (не допускается длительный ежедневный прием), при необходимости антидепрессанты.

**47. Ответы:**

- 1) Невралгия III ветви тройничного нерва слева.
- 2) Госпитализация желательна.
- 3) Консультация невролога, ЛОР врача, стоматолога
- 4) МРТ головного мозга, придаточных пазух, МРТ ангиография.
- 5) При выявлении вазоневрального конфликта можно предложить хирургическое лечение; прием антиконвульсантов (габапентин, прегабалин, карбамазепин).

**48. Ответы:**

- 1) Постгерпетическая невралгия I ветви тройничного нерва слева.
- 2) Госпитализация желательна.
- 3) Консультация невролога, ЛОР врача.
- 4) МРТ головного мозга, придаточных пазух, МРТ ангиография, обследование на герпетическую инфекцию (At, ПЦР)
- 5) Прием антиконвульсантов (габапентин, прегабалин, карбамазепин), ФТЛ.

**49. Ответы:**

- 1) Врач поставил неправильный диагноз «мигрень с аурой» и назначил соответствующее лечение. Врач не учел возраст пациентки, наличие гипертонической болезни, нетипичный для мигрени характер головной боли, и самое главное, стойкий характер очаговой симптоматики (гемианопсии). Врач обязан был госпитализировать пациентку в экстренном порядке.

- 2) Поражение зрительной лучистости справа
- 3) Ишемический инсульт в бассейне задней мозговой артерии справа.
- 4) Госпитализация обязательна.
- 5) Консультация невролога, офтальмолога.
- 6) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.
- 7) Лечение ишемического инсульта (см. задачи соответствующего раздела).

**50. Ответы:**

- 1) Поражение зрительной лучистости слева (височная, затылочная доли)
- 2) Опухоль головного мозга.
- 3) Госпитализация обязательна.
- 4) Консультация невролога, нейрохирурга.
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.
- 6) Хирургическое лечение.

**51. Ответы:**

- 1) Поражение (раздражение) оболочек головного мозга.
- 2) Субарахноидальное кровоизлияние (аневризматическое).
- 3) Госпитализация обязательна.
- 4) Консультация невролога, нейрохирурга.
- 5) МРТ головного мозга для подтверждения наличия кровоизлияния в субарахноидальное пространство и исключение кровоизлияния в паренхиму мозга. МРТ ангиография для выявления аневризм.
- 6) А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы).  
Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)  
В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)  
Г) базисная недифференцированная терапия инсульта.

**52. Ответы:**

- 1) Кластерная головная боль.
- 2) Госпитализация желательна.
- 3) Консультация невролога, офтальмолога, ЛОР врача.
- 4) МРТ головного мозга.
- 5) Триптаны, препараты спорыньи (эрготамин), назальный спрей с лидокаином, антиконвульсанты (прегабалин, габапентин)

**53. Ответы:**

- 1) Синдром вегетативной дисфункции. Паническая атака.
- 2) Госпитализация не нужна.
- 3) Приступ купируется транквилизаторами (бензодиазепины), бета-блокаторами (анаприлин).  
Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, при необходимости антидепрессанты на курсовой прием.

**54. Ответы:**

- 1) Синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии.
- 2) Прием оральных контрацептивов, ожирение
- 3) Офтальмолога.

4) Заменить оральные контрацептивы на методы местной контрацепции. Снизить вес. Прием диакарба. В случае обнаружения выраженного отека дисков зрительных нервов – кортикостероиды, при неэффективности – хирургическое лечение.

**55. Ответы:**

- 1) Хроническая субдуральная гематома. Гипертензионно-дислокационный синдром.
- 2) Срочная госпитализация на нейрохирургическое отделение.
- 3) Консультация невролога, офтальмолога, нейрохирурга.
- 4) МРТ головного мозга.
- 5) Хирургическое лечение.

**56. Ответы:**

- 1) ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия II.
- 2) Головная боль сосудистого генеза.
- 3) Госпитализация не требуется.
- 4) Консультация невролога, офтальмолога.
- 5) Биохимическое исследование крови (липидный спектр, коагулограмма, глюкоза), дуплексное сканирование сосудов головного мозга.
- 6) Коррекция гипотензивной терапии. По результатам обследования все мероприятия по первичной профилактике инсульта. Прием вазоактивных и нейропротективных препаратов.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**57. Ответ:**

- 1) Спинномозговой ганглий пятый грудной слева.
- 2) Герпетический ганглионит
- 3) Фармакотерапия: противовирусные препараты (ацикловир, фамцикловир), анальгетики, НПВС, анестезирующие кремы (местно), антиконвульсанты, антидепрессанты. Нефармакологические методы: физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия.
- 4) НПВС (неселективные ингибиторы ЦОГ, или преимущественно ингибирующие ЦОГ2, или селективные ингибиторы ЦОГ2 (с учетом риска осложнений со стороны ЖКТ и кардиоваскулярного риска), антиконвульсанты (карбамазепин, габапентин). При постгерпетической невралгии: антиконвульсанты и антидепрессанты.

**58. Ответ:**

- 1) Корешок S1 слева
- 2) Рентгенография или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- 3) Спондилогенная радикулопатия S1 слева. Мышечно-тонический синдром.
- 4) Невролог, нейрохирург.
- 5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антиконвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические



процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; Иглорефлексотерапия.

6) Реабилитационные мероприятия в стадии обострения заболевания имеют преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая дезадаптирует больного. Ведущими средствами реабилитации являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия.

7) Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде). Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гирудотерапия, антигомотоксическая терапия, психотерапия, направленная на обучения способам произвольного уменьшения болевых ощущений.

8) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

#### 59. Ответы:

1) Полинейропатия при экзогенной интоксикации, сенсорно-моторно-вегетативная.

2) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей

3) Промышленные яды, используемые при производстве. Наиболее частыми причинами развития интоксикаций являются соединения тяжелых металлов, ФОС, отравление СО.

4) Обследование предприятия на предмет соблюдения безопасности технологического процесса, и использования средств индивидуальной защиты работниками подразделения.

5) Токсикологическое исследование, ЭНМГ, ЭКГ.

6) Дезинтоксикационная терапия, тиамин, и другие витамины группы В., при необходимости коррекция дефицита магния (магне-В6) при сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктацид, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. При парезах: препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин).

7) ФТЛ, физические упражнения (ЛФК).

8) Первичная профилактика должна быть связана с экспертизой гигиены труда, выявлением проф. вредности на производстве и соблюдением технологического процесса.

#### 60. Ответы:

1) Множественное поражение нервов нижних конечностей

2) Диабетическая полинейропатия, с преимущественным поражением нижних конечностей, моторно-сенсорно-вегетативная. Диабетическая стопа

3) Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, суточные колебания глюкозы, ЭНМГ.

4) Консультация хирурга, эндокринолога.

5) Поддержание нормального содержания глюкозы крови, препараты инактивирующие свободные радикалы ; активирующие альтернативные метаболические пути: α-липоевая кислота (тиоктацид, эспа-липон), мексидол, дезагреганты (пентоксифиллин) витамины В1, В6, Е, ацетил-Л-карнитин, коррекция болевого синдрома с использованием антидепрессантов (имипрамин, дулоксетин, цитолопрам, параксетин), антиконвульсантов (габапентин, карбамазепин), коррекция вегетативной дисфункции.

Немедикаментозные методы лечения ФТЛ, ЛФК, ортопедические мероприятия.

6) Повышение комплаенса к лечению, коррекция диеты, ортопедическая обувь.

#### 61. Ответы:

1) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей.

2) Полинейропатия нижних и верхних конечностей алкогольная (сенсорно-моторная).

- 3) Экстренная госпитализация не требуется.
- 4) Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ билирубин, глюкоза). При необходимости УЗИ печени, поджелудочной железы. ЭНМГ.
- 5) Полный отказ от алкоголя и обеспечение адекватной богатой витаминами диетой. Парентеральное введение тиамина, и других витаминов группы В., с последующим переходом на прием внутрь, прием фолиевой кислоты. Коррекция дефицита магния (магне-В6). При сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктацид, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. Антиконвульсанты (габапентин) и антидепрессанты (амитриптиллин, тебантин) для купирования боли. При выраженном парезе препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин), ФТЛ, физические упражнения, для укрепления мышц, предотвращения развития «конской стопы».
- 6) ФТЛ, физические упражнения, для укрепления мышц.
- 7) Полный отказ от алкоголя под руководством нарколога, участие в реабилитационной группе, основанной по принципу групп общества «Анонимные алкоголики», семейная психотерапия.

**62. Ответы:**

- 1) Поражение ЧН IX, X. Поражение нервов нижних конечностей.
- 2) Дифтерийная полинейропатия
- 3) Экстренная госпитализация показана
- 4) Серологические тесты, ЭНМГ, исследование ЦСЖ.
- 5) Инфекционист, невролог
- 6) В первые 48 часов в острой стадии инфекции показано введение антитоксической сыворотки. При необходимости – ИВЛ, зондовое питание. Дезинтоксикационная терапия. Антибактериальная терапия (эритромицин внутрь или бензилпенициллин в/м в течение 14 дней. Профилактика аспирационной и гиповентиляционной пневмонии. Основой лечения в позднем периоде (текст задачи) служит симптоматическая терапия.
- 7) ФТЛ, ЛФК
- 8) Профилактика проводится дифтерийным анатоксином, входящим в состав АКДС, АДС. Бывших в контакте – изолируют на 7 дней.
- 9) Полное восстановление, ослабление тонких движений, утрата способности к самостоятельному передвижению, в острой стадии инфекции летальный исход, вызванный дифтерийным миокардитом, параличом дыхательных и бульбарных мышц.

**63. Ответ:**

- 1) Множественное поражение корешков и нервов конечностей.
- 2) Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром Гийена-Барре.)
- 3) Да
- 4) Летальный исход у больных, требующих ИВЛ. Непосредственной причиной смерти могут быть тяжелая дыхательная недостаточность, тяжелые нарушения ритма сердца (вплоть до остановки кровообращения), ТЭЛА. Может сформироваться стойкое остаточное явление в виде слабости и гипотрофии мышц, выраженных дизэстезий в дистальных отделах конечностей, болезненные мышечные спазмы, повышенная утомляемость. Часто – полное восстановление.
- 5) Исследование ЦСЖ, клинический анализ крови, исследования уровня электролитов, печеночные пробы, тесты на СКВ, ВИЧ, ЭНМГ через 2-3 недели.
- 6) Плазмаферез (4-6 сеансов, кратность: через 1-2 дня), иммуноглобулин в/в по 0,4 г/кг/сут в течение 5 суток, для профилактики тромбоза глубоких вен голени (при развитии плегии в ногах) введение фраксипарина 0,3 мл п/к 1-2 р/день, или гепарин 2,5-5 тыс ЕД п/к, 2р/день. Поддержание адекватного водно-электролитного баланса.

При нарастании явлений дыхательной недостаточности – ИВЛ. При необходимости терапия, направленная на коррекцию кардиальных нарушений, осложнений со стороны ЖКТ.

Ранняя реабилитация.

7) В раннем периоде - комплекс лечебных мероприятий, раннее расширение двигательного режима, в т.ч. пассивные движения.

8) Да

9) Воздержаться от вакцинации, способной спровоцировать рецидив заболевания.

**64. Ответ:**

1) Корешок L5 справа.

2) Спондилогенная радикулопатия L5 справа. Мышечно-тонический синдром.

3) Нет

4) МРТ пояснично-крестцового отдела.

5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма).

6) Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия.

7) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

8) Возможно.

9) а) Благоприятный (полное восстановление), б) При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение трех месяцев и при выявлении пролапса диска возможно оперативное лечение с последующим курсом реабилитации.

**65. Ответ:**

1) Люмбаго.

2) Немедикаментозное: Постизометрическая релаксация, «сухое» тепло, ИРТ, Медикаментозное: миорелаксанты, короткий курс НПВП при отсутствии противопоказаний.

3) Постизометрическая релаксация, «сухое» тепло, ИРТ

4) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок

5) Нет, но возможно.

6) Регулярные физические упражнения направленные на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок

**66. Ответ:**

1) Поражение конского хвоста.

2) Да, необходима.

3) МРТ пояснично-крестцового отдела

- 4) До уточнения характера поражения: НПВС, салуретики, антиагреганты. При выявлении признаков сдавления конского хвоста – хирургическое лечение.
- 5) Ограничительный.
- 6) На момент обращения – нет. При возможности самостоятельного обслуживания в послеоперационный период, да.
- 7) а) полное восстановление, б) частичная утрата функций и ограничение жизнедеятельности, в) стойкая утрата функций

**67.** Ответ:

- 1) Спондилогенная радикулопатия S1 справа.
- 2) МРТ, КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- 3) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.
- 4) Да.

**68.** Ответ:

- 1) Люмбаго.
- 2) Сухое тепло, местно-согревающая мазь, миорелаксанты.
- 3) МРТ пояснично-крестцового отдела.
- 4) На период интенсивного болевого синдрома - ограничительный, затем расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.
- 5) Нет

**69.** Ответ:

- 1) Синдром поражения конского хвоста.
- 2) Экстренная госпитализация.
- 3) МРТ пояснично-крестцового отдела
- 4) До уточнения характера поражения: НПВС, салуретики, антиагреганты. При выявлении признаков сдавления конского хвоста – хирургическое лечение.
- 5) Ограничительный, с исключением подъема дополнительного груза.
- 6) Да
- 7) На момент осмотра – нет
- 8) а) полное восстановление, б) частичная утрата функций и ограничение жизнедеятельности, в) стойкая утрата функций.

**70.** Ответ:

- 1) Цервикаго.
- 2) Нет
- 3) Сухое тепло, согревающая мазь местно. Упражнения для постизометрической релаксации мышц, миорелаксанты. При выраженном болевом синдроме и отсутствии противопоказаний – короткий курс НПВС.

**71.** Ответ:

- 1) Синдром поражения конского хвоста.
- 2) МРТ.
- 3) Оперативное лечение.

4)а) полное восстановление, б) частичная утрата функций и ограничение жизнедеятельности, в) стойкая утрата функций.

**72. Ответ:**

- 1) Люмбалгия.
- 2) Сухое тепло, согревающая мазь местно. Упражнения для постизометрической релаксации мышц, миорелаксанты. При выраженном болевом синдроме и отсутствии противопоказаний – короткий курс НПВС.
- 3) При купировании болевого синдрома – не целесообразно. При длительном сохранении болевого синдрома КТ поясничного отдела позвоночника для исключения травматического повреждения.
- 4) Ограничительный на период острой и интенсивной боли.
- 5) Да
- 6) Нет
- 7) Полное восстановление.

**73. Ответ:**

- 1) Корешок L5 слева.
- 2) Спондилогенная радикулопатия L5 слева.
- 3) МРТ пояснично-крестцового отдела.
- 4) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антиконвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гомеопатическое лечение.

**74. Ответ:**

- 1) Корешок С6 справа
- 2) Спондилогенная радикулопатия С6 справа.
- 3) МРТ шейного отдела спинного мозга.
- 4) Медикаментозное: НПВП: при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2;,(целебрекс). Антиконвульсанты; Миорелаксанты центрального действия; Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции); Салуретики (для снятия отека). Паравертебральные блокады, витамины группы В. Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия.

**75. Ответ:**

- 1) Радикулопатия S1, вследствие грыжи диска L5-S1, с выраженным болевым синдромом.
- 2) Консультация нейрохирурга, для решения вопроса тактики лечения.
- 3) Хирургическое лечение.
- 4) Да
- 5) На текущий момент- нет.

**76. Ответ:**

- 1) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия.
- 2) В экстренной госпитализации не нуждается, однако, при наличии мест в неврологическом отделении для сокращения сроков лечения возможна госпитализация.
- 3) Дозированная физическая нагрузка, систематическое выполнение комплекса специальных упражнений, хондропротективная терапия.

**77. Ответ:**

- 1) Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд, короткий курс НПВС.
- 2) Ограничение двигательного режима в первые дни (до купирования выраженного болевого синдром). Регулярное выполнение комплекса упражнений, для укрепления мышц спины, принципы правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

**78. Ответ:**

- 1) Дополнить терапию препаратами из группы антидепрессантов, а при наличии невропатического характера боли – антikonвульсантами.
- 2) КТ или МРТ шейного отдела позвоночника и спинного мозга для исключения неопластического процесса, патологического травматического повреждения, формирования пролапса межпозвонкового диска.
- 3) Вопрос может быть решен после дообследования пациентки и отсутствия противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

**79. Ответ:**

- 1) Хирургическое лечение. НПВС, салуретики, антиагреганты до хирургического вмешательства.  
Отказ от оперативного вмешательства грозит стойкой утратой функций вплоть до отсутствия движений в ногах и утратой контроля над работой тазовых органов, трофическими нарушениями в области крестца.
- 2) Да
- 3) Нет

**80. Ответ:**

- 1) Множественное поражение нервов нижних конечностей.
- 2) Алкогольная полинейропатия, с преимущественным поражением нижних конечностей (моторно-сенсорная)
- 3) Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ билирубин, глюкоза). При необходимости УЗИ печени, поджелудочной железы. ЭНМГ.
- 4) Нарколог, гастроэнтеролог.
- 5) Полный отказ от алкоголя и обеспечение адекватной богатой витаминами диетой. Парентеральное введение тиамина, и других витаминов группы В., с последующим переходом на прием внутрь, прием фолиевой кислоты. Коррекция дефицита магния (магне-В6). При сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспалипон, тиогама), эссенциале, гепа – мерц и др. Антikonвульсанты и антидепрессанты для купирования боли. При выраженном парезе

препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин), ФТЛ, физические упражнения.

**81. Ответ:**

- 1) Бенфотиамин (жирорастворимое производное тиамин) или комбинированный препарат витаминов группы В (мильгамма), препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин, нейромидин)
- 2) ФТЛ, лечебная физкультура
- 3) Консультация гастроэнтеролога, кардиолога, нарколога.
- 4) Отказ от алкоголя.
- 5) а) Полное восстановление функций, б) частичная утрата функций с сохранением пареза в ногах.

**82. Ответ:**

- 1) Полинейропатия диабетическая (моторно-сенсорная).
- 2) Эндокринолог, невролог
- 3) Коррекция терапии для нормализации глюкозы крови, препараты инактивирующие свободные радикалы ; активирующие альтернативные метаболические пути:  $\alpha$ -липоевая кислота (тиоктаcid, эспа-липон), мексидол, дезагреганты (пентоксифиллин) витамины В1, В6, Е, препараты, влияющие на тканевое дыхание (актовегин), ацетил-L-карнитин. При возникновении болевого синдрома – антиконвульсанты.
- 4) Стойкая коррекция уровня гликемии на фоне гипогликемической терапии, соблюдении режима двигательной активности, снижение массы тела.
- 5) а) полный регресс субъективных ощущений, б) уменьшение выраженности субъективных ощущений, в) прогрессирование признаков полинейропатии с формированием синдрома «диабетической стопы».

**83. Ответ:**

- 1) Поражение IX, X пары черепных нервов, периферических нервов нижних и верхних конечностей.
- 2) Дифтерийная полинейропатия.
- 3) Серологические исследования, исследование ЦСЖ, ЭНМГ.
- 4) Невролога, отоларинголога, инфекциониста.
- 5) лечение, направленное на восстановление функции (медикаментозное: препараты  $\alpha$ -липоевой кислоты, витамины группы В и т.д.), препараты антигомотоксической терапии и не медикаментозное (ФТЛ, ЛФК)
- б) а) полное восстановление функций, б) стойкая частичная утрата функций

**84. Ответ:**

- 1) Поражение периферических нервов и корешков верхних и нижних конечностей.
- 2) Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (Синдром Гийена-Барре).
- 3) Да
- 4) Исследование ЦСЖ, , ЭНМГ через 2-3 недели.
- 5) Плазмаферез (4-6 сеансов, кратность: через 1-2 дня), иммуноглобулин в/в по 0,4 г/кг/сут в течение 5 суток, для профилактики тромбоза глубоких вен голени (при развитии плегии в ногах) введение фраксипарина 0,3 мл п/к 1-2 р/день, или гепарин 2,5-5 тыс ЕД п/к, 2р/день. Поддержание адекватного водно-электролитного баланса. При нарастании явлений дыхательной недостаточности – ИВЛ. При необходимости терапия, направленная на коррекцию кардиальных нарушений, осложнений со стороны ЖКТ. Ранняя реабилитация.

б) Летальный исход у больных, требующих ИВЛ. Непосредственной причиной смерти могут быть тяжелая дыхательная недостаточность, тяжелые нарушения ритма сердца (вплоть до остановки кровообращения), ТЭЛА. Может сформироваться стойкое остаточное явление в виде слабости и гипотрофии мышц, выраженных дизэстезий в дистальных отделах конечностей, болезненные мышечные спазмы, повышенная утомляемость. Часто – полное восстановление.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**85.** Ответ:

- 1) Базальные ганглии.
- 2) Вторичный (марганцевый) паркинсонизм. Токсическая энцефалопатия в результате длительного воздействия марганца на организм.
- 3) Госпитализация не обязательна, возможно амбулаторное лечение.
- 4) МРТ головного мозга, определение уровня марганца в крови и моче.
- 5) Прекращение контакта с марганцем, кальциево-натриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты (CaNa<sub>2</sub>ЭДТА), тетагин-кальций, унитиол, витамин В<sub>1</sub>, ацетил-L-карнитин, альфа-липоевая кислота, амантадин, препараты магния.
- 6) Полное восстановление наблюдается крайне редко, исход заболевания напрямую зависит от лечения, которое хоть и не приводит к значительному уменьшению симптомов, но снижает вероятность прогрессирования заболевания.

**86.** Ответ:

- 1) Базальные ганглии, мозжечок.
- 2) Кольцо Кайзера-Флейшера, обусловлено отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.
- 3) Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная) форма. Вильсоновский гепатит.
- 4) Да, показана госпитализация в неврологический стационар.
- 5) Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмينا в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сибсов (если есть).
- 6) Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка, гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.
- 7) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.
- 8) Да, показано. Санаторно-курортное лечение является важным звеном в комплексной терапии заболевания.
- 9) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Если лечение начато до появления клинических признаков, то симптомы не возникают, а продолжительность жизни не укорачивается. Если лечение начато после появления неврологических симптомов, то в 20% случаев можно ожидать полной медикаментозной ремиссии, а в 60-70% – частичной.

**87.** Ответ:

- 1) Базальные ганглии, кора головного мозга.



- 2) Хорея Гентингтона.
- 3) Да, нужна.
- 4) МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, молекулярно-генетическое исследование (Прямая ДНК-диагностика хореи Гентингтона основана на амплификации с помощью ПЦР участка первого экзона гена, содержащего тринуклеотидный CAG-сегмент, с последующим электрофоретическим разделением продуктов амплификации. Наличие мутации диагностируется на основании выявления аномального удлиненного фрагмента ДНК, содержащего увеличенное число CAG-повторов. Выявление «пограничных» аллелей из «зоны неполной пенетрантности» (36-39 CAG-повторов), затрудняющих интерпретацию результатов ДНК-анализа. В случае выявления носительства подобного «пограничного» аллеля сделать однозначное заключение о прогнозе у консультируемого лица не представляется возможным. Такие лица (как и их дети) должны оставаться в группе «высокого риска» и находиться под постоянным наблюдением врача-нейрогенетика.
- 5) Симптоматическое лечение, антиглутаматергические средства (мемантин), клоназепам, нейролептики (тиаприд, клозапин).
- 6) Да, потребуется.
- 7) Противопоказаний нет.
- 8) Болезнь медленно прогрессирует, приводя к утрате трудоспособности. Прогноз в отношении жизни нередко неблагоприятный. Нарастающее снижение интеллекта приводит к необходимости посторонней помощи и надзору.
- 9) Вероятность унаследовать заболевание у детей больного составляет 50%. Т.к. число тринуклеотидных (CAG) повторов в зоне генетического дефекта (короткое плечо 4 хромосомы) у членов одной семьи от поколения к поколению часто увеличивается, возможно более раннее начало и более тяжелое течение заболевания.

**88. Ответ:**

- 1) Малая (ревматическая) хорея.
- 2) Базальные ганглии.
- 3) Клинический анализ крови, определение титра антистрептококковых антител, СОЭ, уровень С-реактивного белка, МРТ головного мозга, ЭЭГ.
- 4) Госпитализация и постельный режим в остром периоде, пенициллин (400 000 Ед. в/м 2 раза в день 10 дней), в последующем, в течение 5 лет проводится превентивная терапия бицилином-5 (1 500 000 в/м Ед. 1 раз в месяц), в тяжелых случаях – курс лечения преднизолоном (1-1,5 мг/кг/сут.), или метилпреднизолоном (1 г в/в капельно 5 дней). Для уменьшения гиперкинеза: клоназепам (1-4 мг/сут.), вальпроевая кислота (15-25 мг/кг/сут.), при неэффективности – нейролептики: тиаприд (200-400 мг/сут.) или галоперидол (1-3 мг/сут.). В резистентных случаях: иммуноглобулин или плазмоферез.

**89. Ответ:**

- 1) Поражение базальных ганглиев.
- 2) Торсионная дистония.
- 3) МРТ, ПЭТ головного мозга, молекулярно-генетическое исследование.
- 4) Леводопа, холинолитики.

**90. Ответ:**

- 1) Поражение базальных ганглиев.
- 2) болезнь Паркинсона, смешанная (гипокинетико-дрожательно-ригидная) форма.
- 3) МРТ, ПЭТ головного мозга, молекулярно-генетическое исследование.
- 4) Госпитализация не обязательна, возможно амбулаторное лечение.

5) Стремление к монотерапии. Леводопасодержащие препараты (наком, синемет, мадопар), ингибиторы КОМТ (толкапон, энтакапон), комбинированные препараты (сталево), агонисты дофаминовых рецепторов (мирапекс, проноран), ингибиторы МАО В (селегилин), амантадин (мидантан, ПК-мерц), антихолинэргические средства (циклодол, паркопан), симптоматическая терапия.

6) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности. Особое значение имеет оценка функциональных возможностей больного в осуществлении двигательных актов. Успешное лечение часто приводит к значительному улучшению состояния больного и иногда – восстановлению трудоспособности. Неуклонное прогрессирование процесса, несмотря на проводимое лечение, ухудшает трудовой прогноз, требует пересмотра индивидуального плана и схемы лечения с целью поиска новых терапевтических возможностей. Выраженный и стабильный двигательный дефект при наличии прогрессивного течения, особенно у больных с прогрессирующей акинезией, указывает на необходимость полного освобождения от работы и интенсификации комплексной терапии в условиях неврологического стационара.

7) Санаторно-курортное лечение может иметь терапевтическое значение лишь на ранних этапах патологического процесса при сохранной способности к самообслуживанию. Это лечение, включая физиотерапевтические методы, эффективно лишь в комплексе с основным патогенетическим и симптоматическим лечением.

8) Исходы заболевания напрямую зависят от своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода.

**91. Ответ:**

- 1) Вторичный (лекарственный) паркинсонизм.
- 2) Госпитализация не обязательна.
- 3) Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, МРТ головного мозга.
- 4) Прекращение приема нейролептиков, витамин Е, витамины группы В, симптоматическая терапия.
- 5) Нет.
- 6) Нет.

**92. Ответ:**

- 1) Базальные ганглии, мозжечок, пирамидная система.
- 2) Кольцо Кайзера-Флейшера, обусловлено отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.
- 3) Гепато-лентиккулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (дрожательно-ригидная) форма.
- 4) Да, госпитализация нужна.
- 5) Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмينا в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследования сестры пациента.
- 6) Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.
- 7) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.
- 8) Да, показано. Санаторно-курортное лечение является важным звеном в комплексной терапии заболевания.

9) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Если лечение начато до появления клинических признаков, то симптомы не возникают, а продолжительность жизни не укорачивается. Если лечение начато после появления неврологических симптомов, то в 20% случаев можно ожидать полной медикаментозной ремиссии, а в 60-70% – частичной.

**93.** Ответ:

- 1) Базальные ганглии.
- 2) Вторичный (марганцевый) паркинсонизм. Токсическая энцефалопатия в результате воздействия марганца на организм.
- 3) Да, нужна.
- 4) Консультация невролога, МРТ головного мозга, определение уровня марганца в крови и моче. Прекращение контакта с марганцем, кальциево-натриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты (CaNa<sub>2</sub>ЭДТА), тетацин-кальций, унитиол, витамин В<sub>1</sub>, ацетил-L-карнитин, альфа-липоевая кислота, амантадин, препараты магния.
- 6) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.
- 7) Нет.
- 8) Полное восстановление наблюдается крайне редко, исход заболевания напрямую зависит от лечения, которое хоть и не приводит к значительному уменьшению симптомов, но снижает вероятность прогрессирования заболевания.

**94.** Ответ:

- 1) Область базальных ганглиев слева (субталамическое тело Льюиса).
- 2) Ранний восстановительный период после перенесенного ОНМК в бассейне левой задней мозговой артерии, легкий правосторонний гемипарез, правосторонний гемибаллизм.
- 3) Госпитализация не обязательна, возможно амбулаторное ведение пациента.
- 4) Нейролептики (тиаприд, пимозид, клозапин, галоперидол), возможно применение антиконвульсанов. При стойком гемибаллизме – решение вопроса о стереотаксической операции.
- 5) Консультация невролога, повторная МРТ головного мозга.
- 6) Да, потребуется.
- 7) Да, показано.
- 8) Возможен спонтанный регресс или развитие стойкого гемибаллизма.

## **ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**95.** Ответ:

- 1) Правое полушарие головного мозга, оболочки головного мозга
- 2) Японский комариный энцефалит
- 3) Экстренная госпитализация обязательна
- 4) Другие энцефалиты (герпетический), абсцесс головного мозга, ОНМК, опухоль головного мозга
- 5) Анализ ликвора (общий, ПЦР), МРТ головного мозга
- 6) Специфического лечения не существует
- А) поддержание витальных функций (респираторная поддержка, нормализация сердечно-сосудистой деятельности)

- Б) борьба с отеком мозга (маннитол)
- В) поддержание электролитного баланса
- Г) антиконвульсанты
- Д) симптоматическая терапия (антипиретики, анальгетики)
- Е) ранняя реабилитация
- 7) летальность достигает 30%, резидуальный неврологический дефицит с инвалидизацией до 50%-70%, возможно полное выздоровление.

**96. Ответ:**

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Менингококковый менингит
- 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР
- 4) Пенициллины (ампициллин 0,1-0,2 г/кг х 6р ), цефалоспорины III (цифтриаксон 20 – 80 мг/кг х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
- 5) Если закрываются на 10 ти дневный карантин, все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным, контактным детям профилактически вводится нормальный иммуноглобулин.
- 6) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия)

**97. Ответ:**

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Вторичный паротитный менингит
- 3) Анализ ликвора общий, серологическое исследование, ПЦР
- 4) Лечение симптоматическое
- 5) Госпитализировать больного, проводить клиническое наблюдение за контактными лицами, контактные лица не болевшие и не привитые подлежат иммунизации.
- 6) Первичная профилактика касается эпидемического паротита (а не менингита), вакцинация по графику.
- 7) Обычно наступает полное выздоровление.

**98. Ответ:**

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Менингококковый менингит
- 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР
- 4) Пенициллины (ампициллин 6-8 г х 6 р), цефалоспорины III (цифтриаксон 1-4 г х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
- 5) Носитель или больной назофарингитом.
- 6) Все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным.
- 7) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия).

**99. Ответ:**

- 1) Серое вещество передних рогов спинного мозга на уровне С1-С8, оболочки головного и спинного мозга
- 2) Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма
- 3) Анализ крови и ликвора методами иммуноферментного анализа с определением иммуноглобулинов М и G классов, выявление Ag вируса – ПЦР, МРТ шейного отдела спинного мозга.

- 4) Лечение этиотропное – рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическая – противоотечная (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективная, витамины (мильгамма), ранняя реабилитация
- 5) Укус клеща
- 6) Вакцинация тканевой инактивированной вакциной
- 7) Полное выздоровление, стойкий резидуальный неврологический дефицит, летальность до 30%.

**100. Ответ:**

- 1) III пара ЧН справа, оболочки головного мозга
- 2) Туберкулезный менингит
- 3) Исследование ликвора: окрашивание на кислотоустойчивые бактерии, посев, биохимическое исследование ликвора на активность аденозин дезаминазы (АДА), ПЦР.
- 4) «Тройная» терапия: изониазид, рифампицин, пиразинамид, витамин В6.
- 5) Полное выздоровление, 20-30% резидуальный неврологический дефицит, летальность до 10%.

**101. Ответ:**

- 1) Первичный энтеровирусный менингит
- 2) Серологическое исследование сыворотки крови и СМЖ
- 3) Лечение симптоматическое
- 4) Изолировать заболевших, осуществлять медицинское наблюдение за всеми контактными лицами, на пищеблоке и во всех местах общего пользования проводить текущую дезинфекцию, ежедневно контролировать организацию питания.
- 5) Обычно полное выздоровление.

**102. Ответ:**

- 1) Вторичный (отогенный) гнойный менингит
- 2) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, бактериоскопическое исследование, ПЦР, МРТ головного мозга
- 3) Санация первичного очага инфекции (хирургическое лечение), а/б терапия (цефалоспорины III поколения), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.

**103. Ответ:**

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Клещевой энцефалит, менингеальная форма
- 3) Анализ ликвора на выявление вируса – серологическое исследование, ПЦР
- 4) Лечение этиотропное – рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическая – противоотечная (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективная, витамины (мильгамма)
- 5) Энтеральный путь заражения, козье молоко.

**104. Ответ:**

- 1) Левая височная, лобная доли
- 2) Герпетический энцефалит
- 3) Энцефалитами другой этиологии, ОНМК
- 4) Анализ ликвора на выявление вируса – ПЦР, обследование на СПИД
- 5) Ацикловир (10 мг/кг х 3 в/в кап), симптоматическое лечение, лечение СПИД

б) При адекватном лечении смертность составляет 28% (без -70%), около 50% имеют стойкий резидуальный неврологический дефицит

**105.** Ответ:

- 1) Радикулопатия Т4 слева
- 2) Опоясывающий лишай. Ганглиорадикулопатия Т4 слева
- 3) Ацикловир
- 4) Полное выздоровление, возможно развитие постгерпетической невралгии.

### **ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ, ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ И НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**106.** Ответ:

- 1) Рассеянный склероз, церебральная форма (оптическая), первичная атака.
- 2) Невролога.
- 3) Поражение зрительного нерва.
- 4) Неврологический осмотр, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели А3 и А7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).
- 5) Да, в неврологический стационар.
- 6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.
- 7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Начало заболевания с ретробульбарного неврита можно считать относительно благоприятным прогностическим фактором. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

**107.** Ответ:

- 1) Мозжечок, спинной мозг.
- 2) Невролога.
- 3) Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
- 4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели А3 и А7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).
- 5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.

#### 108. Ответ:

1) Мозжечок, спинной мозг, головной мозг (пирамидный путь и путь поверхностной чувствительности слева).

2) Невролога.

3) Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.

4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.

9) Да, показано.

#### 109. Ответ:

1) Головной мозг (пирамидный путь слева), ствол мозга (задний продольный пучок), мозжечок.

- 2) Невролога, офтальмолога.
- 3) Рассеянный склероз, церебральная форма.
- 4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).
- 5) Да, в неврологический стационар.
- 6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

**110. Ответ:**

- 1) Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.
- 2) Невролога.
- 3) Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
- 4) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).
- 5) Да, в неврологический стационар.
- 6) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.
- 7) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.
- 8) Да, потребуется.
- 9) Противопоказаний нет.

**111. Ответ:**

- 1) Поражение ствола головного мозга.
- 2) Невролога.
- 3) Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.
- 4) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).
- 5) Да, в неврологический стационар.
- 6) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.
- 7) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.
- 8) Да, потребуется.
- 9) Противопоказаний нет.



**112. Ответ:**

- 1) Мозжечок (правое полушарие), кортико-спинальные пути с двух сторон (спинной мозг, полушария), зрительные нервы.
- 2) Невролога.
- 3) Рассеянный склероз
- 4) Неврологический осмотр, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (желательно с введением контраста, гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).
- 5) Госпитализация показана.
- 6) Вопрос купирования атаки кортикостероидами решается в зависимости от выраженности неврологического дефицита, далее препараты выбора: интерферон бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1a (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1b (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.
- 7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.
- 8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.
- 9) Да, показано.

**113. Ответ:**

- 1) Невролога
- 2) Обязательное наблюдение невролога и окулиста так как нельзя исключить, что это была первая атака рассеянного склероза
- 3) МРТ головного и спинного мозга

**114. Ответ:**

- 1) Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.
- 2) Специфический способ вставания из положения лежа с использованием туловища как опоры для рук, присущий исключительно пациентам с мышечными дистрофиями.
- 3) X-сцепленный рецессивный.
- 4) Госпитализация показана.
- 5) ПЦР ДНК диагностика, при невозможности: ЭНМГ, биохимический анализ крови (КФК), биопсия мышц с гистохимическим анализом.
- 6) Обязательное обследование матери на носительство (ПЦР), если она хочет еще детей.
- 7) Лечение стволовыми клетками или генная инженерия, так как, на сегодняшний день, это мало доступно, в основном лечение симптоматическое.
- 8) При правильном лечебном подходе (своевременно начатая и регулярная лечебная гимнастика по несколько раз в день, психологическая поддержка, правильная профессиональная ориентация, соблюдение диеты с низким содержанием жиров и высоким содержанием белка при оптимальном содержании витаминов и микроэлементов, ортопедические мероприятия) возможно отодвинуть срок наступления обездвиженности на 1-

3 года. К сожалению, заболевание быстро прогрессирует и приводит к летальному исходу до 25-летнего возраста.

9) Противопоказаний нет.

**115. Ответ:**

1) Поражение ядер IX, X, XII пар ЧН, передних рогов спинного мозга на шейном уровне, проводящих двигательных путей в боковых канатиках спинного мозга.

2) Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.

3) Да, в неврологический стационар.

4) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).

5) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца; психологическая поддержка, симптоматическое лечение.

6) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

7) Да, потребуется.

8) Противопоказаний нет.

**116. Ответ:**

1) Миастения. Глазная форма (класс I).

2) Госпитализация показана.

3) Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринем).

4) ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).

5) Антихолинэстеразные препараты (продолжительного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.

6) Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.

7) Потребуется.

8) Противопоказаний нет.

**117. Ответ:**

1) Зрительные нервы, пирамидные пути в головном и спинном мозге (см. МРТ).

2) Рассеянный склероз.

3) Госпитализация показана в неврологический стационар.

4) Исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (желательно с введением контраста, гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Иммуносупрессия: кортикостероиды, натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день,

глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.

9) Да, показано.

**118.** Ответ:

1) Поражение III справа. Очаги в головном мозге по данным МРТ.

2) Миастения (глазная форма), аневризма внутренней сонной артерии, диабетическая невропатия III пары ЧН.

3) Рассеянный склероз.

**119.** Ответ:

1) «Пульс» терапия кортикостероидами или плазмаферез.

**120.** Ответ:

1) Миастенический синдром лекарственного происхождения (d пеницилламин).

2) Уменьшение дозы d пеницилламина, назначение солей цинка, унитиола, триентина.

**121.** Ответ:

1) Поражение ядер XII пары ЧН, поражение передних рогов спинного мозга и проводящих двигательных путей на разных уровнях.

2) Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.

3) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).

4) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца, психологическая поддержка, симптоматическое лечение.

5) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

**122.** Ответ:

1) Ухудшение могло быть спровоцировано интеркуррентной инфекцией и приемом аминогликозидных антибиотиков, которые снижают чувствительность постсинаптической мембраны к ацетилхолину.

2) Миастенический криз.

3) Ведение иммуноглобулина или плазмаферез, отмена аминогликозидных антибиотиков и замена их препаратами другой фармакологической группы.

4) Улучшение состояния на фоне лечения, без лечения – возможен летальный исход.

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, ИНТОКСИКАЦИЙ И ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

**123.** Ответ:

- 1) Множественное поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей.
- 2) Токсическая полинейропатия верхних и нижних конечностей.
- 3) ЭНМГ.
- 4) Приём препаратов тиоктовой кислоты и препараты группы В

**124.** Ответ:

- 1) Токсическая полинейропатия верхних и нижних конечностей
- 2) ЭНМГ
- 3) Можно рекомендовать пациенту держать руки и ноги в тепле. Приём препаратов тиоктовой кислоты и препараты группы В, только через после окончания химиотерапии.

**125.** Ответ:

- 1) VIII пара черепных нервов справа
- 2) Токсическая невропатия слухового нерва справа.
- 3) Аудиограмма, МРТ головного мозга (для исключения вазоневрального конфликта).
- 4) Приём препаратов тиоктовой кислоты, препараты группы В

**126.** Ответ:

- 1) Паркинсонический синдром и дистонический гиперкинез.
- 2) Хроническая марганцевая интоксикация (марганцевый паркинсонизм).
- 3) Тетацин-кальций, унитиол, витамины группы В.

**127.** Ответ:

- 1) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозно-субарахноидального кровоизлияния в правой гемисфере. Острая токсическая энцефалопатия. Интоксикация психостимуляторами. Состояние после генерализованного судорожного припадка.
- 2) МРТ (КТ) головного мозга, МРТ ангиография, ЛП. Мониторинг ВЧД, АД. Исследование биологических жидкостей на токсины (в первую очередь психостимуляторы- кокаин, амфетамин и т.д.).
- 3) Тактика лечения:
  - А) мониторинг и стабилизация АД
  - Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
  - В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
  - Г) хирургическое лечение (по показаниям).
  - Д) базисная недифференцированная терапия инсульта
  - Е) инфузионная дезинтоксикационная терапия
  - Ж) в дальнейшем лечение у нарколога

**128.** Ответ:

- 1) Базальные ганглии.
- 2) Вторичный (марганцевый) паркинсонизм. Токсическая энцефалопатия в результате длительного воздействия марганца на организм.

- 3) МРТ головного мозга, определение уровня марганца в крови и моче.
- 4) Прекращение контакта с марганцем, тетацин-кальций, унитиол, витамин В<sub>1</sub>.

**129.** Ответ:

- 1) Алкогольная дегенерация мозжечка.
- 2) Нет.
- 3) Лечение начинается с категорического запрета на спиртное, нормализации режима дня. Необходима диета с повышенным содержанием белка и витаминов, а также дополнительное назначение витаминов группы Б, препаратов магния, ноотропов.

**130.** Ответ:

- 1) Экстрапирамидная система
- 2) Болезнь Паркинсона
- 3) МРТ головного мозга.
- 4) Леводопасодержащие препараты (наком, синемет, мадопар), ингибиторы КОМТ (толкапон, энтакапон), комбинированные препараты (сталево), агонисты дофаминовых рецепторов (мирапекс, проноран), ингибиторы МАО В (селегилин), амантадин (мидантан, ПК-мерц), антихолинэргические средства (циклодол, паркопан), симптоматическая терапия.

**131.** Ответ:

- 1) Множественное поражение нервов нижних конечностей
- 2) Токсическая полинейропатия нижних конечностей.
- 3) ЭНМГ.
- 4) Полный отказ от алкоголя и обеспечение адекватной богатой витаминами диетой. Парентеральное введение тиамина, и других витаминов группы В., с последующим переходом на прием внутрь, прием фолиевой кислоты. Коррекция дефицита магния (магне-В6). При сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфалипоевой кислоты (тиоктацид, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. Антikonвульсанты и антидепрессанты для купирования боли. При выраженном парезе препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин), ФТЛ, физические упражнения.

### **НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ**

**132.** Ответ:

- 1) Оглушение 2 степени (умеренное).
- 2) Левая лобно-теменная область.
- 3) КТ, МРТ головного мозга, офтальмоскопия, консультация невролога и нейрохирурга.
- 4) ЗЧМТ. Ушиб головного мозга, внутримозговая гематома.
- 5) Хирургическое: декомпрессивная трепанация черепа, удаление гематомы.

**133.** Ответ:

- 1) Сопор.
- 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, фиксировать голову, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
- 3) Контроль над функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.
- 4) Клинический анализ крови, исследование крови на уровень глюкозы, электролиты, консультация невролога, КТ головного мозга, офтальмоскопия, ЭКГ.
- 5) ОНМК по геморрагическому типу (субарахноидальное кровоизлияние).

б) Лечение основного заболевания, борьба с отеком головного мозга (нимотоп, маннитол), обеспечение витальных функций, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

**134. Ответ:**

- 1) Кома 2 степени (глубокая).
- 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
- 3) Установка в/в доступа, в/в введение 0,9% раствора натрия хлорида и одновременное введение 10-12 Ед. инсулина, оксигенотерапию 10 л/мин с помощью маски. Контроль над функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.
- 4) Клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование крови на уровень глюкозы, электролитов, молочной кислоты, кетонов, ЭКГ, офтальмоскопия.
- 5) Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация. Диабетическая кома.
- 6) Если уровень натрия в крови в пределах нормы, продолжить инфузию 0,9% раствора натрия хлорида, в/в или в/м введение инсулина по 10-12 Ед. каждые 1-2 часа. При снижении гликемии до 14 ммоль/л – вместо изотонического раствора натрия хлорида введение 5% глюкозы, обеспечение витальных функций, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

**135. Ответ:**

- 1) Предупреждение падения, придать горизонтальное положение с приподнятыми ногами, поднести к носу вату, смоченную нашатырным спиртом (при наличии).
- 2) Вазодепрессорный (вазовагальный) обморок.
- 3) Гипогликемия, эпилепсия.
- 4) Клинический анализ крови, исследование крови на уровень глюкозы, ЭКГ, консультация невролога, ЭЭГ.
- 5) Соблюдать режим питания, труда и отдыха, нахождения в душных, малопрветриваемых помещениях, при ощущении внезапной дурноты – сесть или принять горизонтальное положение.

**136. Ответ:**

- 1) Кома 1 степени (умеренная).
- 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
- 3) Контроль за функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.
- 4) Клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование крови на уровень глюкозы, электролитов, молочной кислоты, кетонов, функции печени и поджелудочной железы, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, КТ головного мозга, консультация невролога.
- 5) Хроническая печеночная недостаточность, декомпенсация состояния. Дисметаболическая энцефалопатия, судорожный синдром. Дисметаболическая (печеночная) кома.
- 6) Обеспечение витальных функций, лечение основного заболевания, детоксикационная терапия, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

## ЭПИЛЕПСИЯ

**137. Ответ:**

- 1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

- 2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе в/м), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.
- 3) Обследование: ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.
- 4) Генерализованный тонико-клонический припадок впервые выявленный. Учитывая данные анамнеза, следует думать о идиопатической эпилепсии.
- 5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс).

**138. Ответ:**

- 1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.
- 2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.
- 3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.
- 4) Идиопатическая эпилепсия. Сложные парциальные припадки с вторичной генерализацией.
- 5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбамазепин.

**139. Ответ:**

- 1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.
- 2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа введение диазепама (20 мг (4 мл 0,5% раствора) на 5% растворе глюкозы), лазикса 1-2 мл 2 % раствора в/м, коргликона (1 мл 0,06% раствора) или дигоксина (0,5-1 мл 0,025% раствора) в/в медленно.
- 3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.
- 4) Генерализованные тонико-клонические припадки. Эпилептический статус. Учитывая возраст и данные анамнеза можно думать о криптогенной эпилепсии.
- 5) Лечение: препараты депакина в/в 400 мг на физиологическом растворе, при неэффективности: введение тиопентала натрия 1 мл 10% раствора на 10 кг массы тела; возможно выполнение люмбальной пункции с извлечением 10-20 мл ликвора.

**140. Ответ:**

- 1) Последствия закрытой черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга). Симптоматическая эпилепсия, парциальные моторные припадки (джексоновский марш).
- 2) Обследование: МРТ головного мозга, ЭЭГ.
- 3) Лечение: нормализация внутричерепного давления (глицерин, флебодия), препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), топамакс.

**141. Ответ:**

- 1) Идиопатическая эпилепсия, генерализованные припадки (типичные абсансы).
- 2) Обследование: ЭЭГ-мониторинг, определение содержания пролактина, ксантурановой кислоты в крови (сразу после приступа).
- 3) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), этосуксимид.

**142. Ответ:**

- 1) Сбор анамнеза, консультация невролога, ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови.
- 2) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

- 3) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.
- 4) Левая теменная область.
- 5) Парциальные простые сенсорные припадки с вторичной генерализацией.
- 6) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбамазепин.

**143. Ответ:**

- 1) Психогенный припадок.
- 2) Обследование: сбор анамнеза, неврологический осмотр, ЭЭГ, видео ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, определение содержания пролактина, ксантурановой кислоты в крови (сразу после приступа).
- 3) Лечение: психотерапия, лечение основного заболевания (депрессия, шизофрения и т.д.)

**144. Ответ:**

- 1) Вазодепрессорный (вазовагальный) обморок.
- 2) Обследование: клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, ЭКГ, ЭХО-кардиография, рентгенограмма шейного отдела позвоночника, УЗДГ сосудов шеи.

### **Черепно-мозговая травма.**

**145. Ответ:**

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. Невролога, хирурга, терапевта, офтальмолога.
3. КТ или МРТ головного мозга. Обследования необходимые для исключения сочетанной травмы.
4. Постельный режим до 7-14 дней. Лечение симптоматическое: анальгетики, транквилизаторы

**146. Ответ:**

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, при повышении ВЧД – диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

**147. Ответ:**

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Линейный перелом затылочной кости слева. Гематома левой затылочной области. Алкогольное опьянение.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

**148. Ответ:**

1. ОЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Перелом правой теменной кости.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.



**149.** Ответ:

1. Алкогольное опьянение. Подкожная гематома левой височной области.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: дезинтоксикационная терапия.

**150.** Ответ:

1. ОЧМТ. Перелом костей передней черепной ямки. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

**151.** Ответ:

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени со сдавлением. Хроническая субдуральная гематома.
2. ЛП.
3. Хирургическое лечение.

**152.** Ответ:

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением. Острая субдуральная гематома. Перелом затылочной кости справа.
2. ЛП.
3. Хирургическое лечение.

**153.** Ответ:

1. ОЧМТ. Перелом костей передней черепной ямки. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.
2. КТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

**154.** Ответ:

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. КТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

### **Опухоли ЦНС**

**155.** Ответы:

1. Объемное образование (опухоль?) головного мозга.
2. Правая лобная доля
3. Невролога, нейрохирурга
4. Методы нейровизуализации (МРТ головного мозга, МРТ головного мозга с введением контрастного вещества).
5. Оперативное лечение, химиотерапия.

**156.** Ответы:

1. Правая теменная доля головного мозга.
2. Опухоль правой теменной доли.
3. МРТ головного мозга с контрастированием.

**157. Ответы:**

1. Левая височная доля.
2. Объемное образование головного мозга.
3. МРТ головного мозга с введением контраста.

**158. Ответы:**

1. Поражение спинного мозга на уровне сегментов Th9-10/
2. Объемное образование спинного мозга (опухоль?), сосудистая мальформация?
3. МРТ спинного мозга (грудной отдел).
4. Оперативное.

**159. Ответы:**

1. Поражение правой лобной доли.
2. Объемное образование головного мозга (опухоль). Синдром внутричерепной гипертензии.
3. Невролог, нейрохирург.
4. Да, нужна.
5. МРТ головного мозга.
6. Оперативное, химиотерапия.

**160. Ответы:**

1. Левое полушарие мозжечка.
2. Опухоль задней черепной ямки (левого полушария мозжечка).
3. Методы нейровизуализации (МРТ головного мозга).
4. Да, необходима.
5. Оперативное.

**161. Ответы:**

1. Правая лобная доля, верхние отделы прецентральной извилины.
2. Парциальная (Джексоновская) эпилепсия.
3. Объемное образование (опухоль?) правой лобной доли.
4. МРТ (КТ) головного мозга.
5. Оперативное

**162. Ответы:**

1. Поражение задне-нижних отделов правой лобной доли.
2. Объемное образование правой лобной доли головного мозга. (Опухоль? Подострая субдуральная гематома?).
3. Методы нейровизуализации (МРТ, КТ головного мозга).
4. Оперативное

**163. Ответы:**

1. Левое полушарие мозжечка.
2. Объемное образование левого полушария мозжечка (опухоль?).
3. МРТ, КТ головного мозга.
4. Оперативное.

**164. Ответы:**

1. Поражение правой височной доли.
2. Объемное образование правой височной доли (опухоль?).
3. Методы нейровизуализации (МРТ, КТ).
4. Невролог, нейрохирург

5. Оперативное (возможно с последующей химиотерапией).

### **Спинальная нейрохирургия.**

**165.** Ответ:

- 1) Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.
- 2) Транспортировка осуществляется лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 3) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника, рентгенографию ребер, обследование для исключения повреждения внутренних органов.
- 4) В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

**166.** Ответ:

- 1) Опухоль конского хвоста? Интрамедуллярная опухоль спинного мозга на уровне эпиконуса-конуса?
- 2) МРТ спинного мозга на уровне L4-S3.
- 3) Лечение оперативное. Лучевая терапия и химиотерапия по показаниям.

**167.** Ответ:

- 1) Закрытая спинальная травма. Сдавление? или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.
- 2) Спинальный шок.
- 3) Синдром Броун-Секара.
- 4) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника.
- 5) В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

**168.** Ответ:

- 1) Экстремедуллярная опухоль грудного отдела (Т3-4) спинного мозга.
- 2) МРТ спинного мозга на уровне Т1-Т6.
- 3) Лечение оперативное.

**169.** Ответ:

- 1) Да. Пациент получивший спинальную травму должен быть помещен в машину скорой помощи на жестких носилках и иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 2) Закрытая спинальная травма. Сотрясение спинного мозга.
- 3) Транспортировка осуществляется лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 4) Шейного, грудного и поясничного.
- 5) Постельный режим в течение 7-10 дней.

**170.** Ответ:

- 1) Закрытая спинальная травма. Сдавление? или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.
- 2) Спинальный шок.

- 3) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга на уровне T7-8.
- 4) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника.
- 5) Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А., Нервные болезни, Учебное пособие, МЕДпресс-информ, 2012г., 552с.
2. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия, Учебник, ГЭОТАР-Медиа, 2009г., 480с.
3. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. /Под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М. Медицина 2007 г., 1256С.
4. Неврология. Национальное руководство./ Под редакцией Е.И.Гусева, А.Н. Коновалова, В.И.Скворцовой, А.Б.Гехта.- ГЭОТАР-Медиа, 2009г., 1040с.