**Задача №1**

Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке, отвечает на вопросы после паузы, затруднение речи, элементы дизартрии – произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение, резкая головная боль. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: в сознании, но вял, апатичен. В речевой контакт вступает с трудом. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 100 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 150/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Язык в полости рта. Выражены симптомы орального овтоматизма (хоботковый рефлекс). Левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Справа рефлекс Бабинского, Оппенгейма, Шеффера.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Установить предположительный клинический диагноз.

4. Определить бассейн нарушенного кровоснабжения.

5. Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза в острый период.

**ОТВЕТ Задача №1**

1. Синдромы очаговой симптоматики в виде:

- центрального правостороннего гемипареза преимущественно в руке;

- расстройства речи (элементы моторной афазии);

- центрального пареза VII ЧМН справа.

2. Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга.

3. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.

4. Бассейн левой средней мозговой артерии.

5. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ головного мозга с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

**Задача №2**

Больной Е., 62 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. По словам очевидцев 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.

При осмотре: сознание утрачено – кома II, больной повышенного питания, лицо гипиремировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин.

Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево и вверх. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексы слева ниже, чем справа. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Установить предположительный клинический диагноз.

4. Определить бассейн нарушенного кровоснабжения.

5. Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза в острый период.

**ОТВЕТ Задача №2**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром (уровень нарушения сознания – кома II (по Коновалову);

- очаговый синдром в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН и коркового пареза взора.

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

3. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу.

4. Бассейн левой средней мозговой артерии.

5. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

.

**Задача №3**

Больной Р., 42 лет, полгода назад во время работы почувствовал как бы «удар в голову». Сразу же появились сильная головная боль и тошнота. Постепенно головная боль уменьшилась и через месяц больной выздоровел. Два дня назад во время эмоционального напряжения вновь ощутил «удар» в голову, возникла сильная головная боль. Затем появились тошнота и многократная рвота. Был госпитализирован в клинику.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 50 уд. в мин., ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шума нет.

В неврологическом статусе: черепно-мозговые нервы без патологии, парезов конечностей нет. Определяется выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон под углом 120°.

На глазном дне патологии не обнаружено.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 8000 в 1 мкл.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

5. Назначить лечение.

**ОТВЕТ Задача №3**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром;

- менингеальный синдром.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Субарахноидальное кровоизлияние, возможно из аневризмы.

4. Методом выбора в диагностике субарахноидального кровоизлияния является КТ головного мозга, при негативных данных КТ показана люмбальная пункция с анализом ликвора, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови. В дальнейшем МР-ангиография, по показаниям рентгеновская ангиография и МРТ головного мозга с контрастированием.

5. Лечение:

- борьба с отеком мозга: маннитол 400 мл, лазикс 20 мг в/в;

- профилактика сосудистого спазма: (блокаторы кальциевых каналов) – нимотоп по 60 мг 6 раз в день;

- гиперволемия: р-р электролитов – натрия хлорида 0,9 % 400 мл, магния сульфат 25% 10 мл, калия хлорида 4% 5,0;

- нейропротекция: актовегин 400 мг 2 раза в день в/в.

**Задача №4**

Больной В., 47 лет, жалуется на стреляющие боли по задней поверхности правой ноги до пятки и V пальца, которые появились после подъема тяжести. Вначале боль была тупой, ноющей, но постепенно наросла до максимальной интенсивности. Боль усиливается при движении, натуживании, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании и ослабевает в покое, если больной лежит на здоровом боку, согнув больную ногу в коленном и тазобедренном суставе.

Объективно: спина фиксирована в слегка согнутом положении. Выявляется сколиоз в здоровую сторону, усиливающийся при наклоне кпереди. Наклон резко ограничен и осуществляется лишь за счёт тазобедренного сустава. Определяется напряжение паравертебральных мышц, болевая гипестезия по наружной поверхности стопы и подошвы. Ахиллов рефлекс отсутствует. Слабость при подошвенном сгибании большого пальца. Положительный симптом Ласега под углом 30-40°.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

5. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

**ОТВЕТ Задача №4**

1. Корешковый синдром;

2. Поражен корешок S1;

3. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с компрессионным корешковым синдромом S1, латеральная грыжа диска L5-S1.

4. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, при отсутствии возможности приведения МРТ - Рентгенография поясничного отдела в 2-х проекциях.

5. Лечение: постельный режим несколько дней, анальгетики, новокаиновые блокады и НПВП:

- кетонал – 100мг в/м 1-2 раза в день или диклофенак 3,0 в/м 1 раз в день (инъекции несколько дней, затем в таблетках);

- мидокалм 150 мг 3 раза в день;

- сосудистая терапия трентал 100-300мг в/в или per os 400мг 3 раза в день;

- физиолечение – диадинамические токи.

Для профилактики обострений остеохондроза: избегать провоцирующих факторов (подъём тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждений) регулярно заниматься ЛФК.

**Задача №5**

У больного Д., 62 лет, после перелома плечевой кости развился паралич мышц, разгибающих предплечье, кисть и пальцы. Анестезия кожи в области тыльной поверхности предплечья, кисти и I, II и частично III пальцев.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

**ОТВЕТ Задача №5**

1. Периферический паралич разгибателей предплечья, кисти и пальцев, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации лучевого нерва.

2. Поражен лучевой нерв.

3. Травматическая невропатия лучевого нерва.

4. ЭНМГ лучевого нерва, Рентгенорафия плечевого сустава.

5. Лечение:

- антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05%-1,0 в/м;

- витамины группы В – В1, В12;

- мильгамма 1.0 ml- в/м №10;

- пентоксифиллин 1/2таб (200мг) -2р/сут -2 недели;

- ЛФК, массаж, физиотерапия.

**Задача №6**

У больной Г., 22 лет, после гриппа появились боли в нижней челюсти справа приступообразного характера, продолжительностью 2-3 сек. Приступы возникают при разговоре, жевании, умывании.

В неврологическом статусе: болезненность в точке выхода III ветви V(тройничного) нерва справа, курковая зона в области угла рта справа. Другой неврологической симптоматики нет. Глазное дно без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

**ОТВЕТ Задача №6**

1. Невралгический синдром в зоне иннервации III ветви тройничного нерва.

2. Поражена III ветвь тройничного нерва справа.

3. Невралгия III ветви тройничного нерва справа инфекционного генеза.

4. МРТ головного мозга. Консультация отоларинголога.

5. Спазмолитическая терапия - Кетопрофен (Кетонал, Профенид) Кеторолак (Долак).

Противосудорожная терапия – Вальпроевая кислота (депакин – 15-30мг/кг/сут в 2 приема); финлепсин по 200 мг 2 раза в день с постепенным повышением дозы; карбамазепин.

Препараты НПВС - Диклофенак (Вольтарен, Диклонат, Диклоран, Наклофен,

Фелоран).

Блокада нижнечелюстного нерва и его ветвей.

**Задача №7**

Больной И., 25 лет. После переохлаждения перекосило лицо, появились боли в левой заушной области. Раньше ничем не болел.

В неврологическом статусе: сглажены складки на лбу слева, лагофтальм, симптом Белла, отсутствуют движения мышц левой половины лица (лба, брови, щеки), опущен левый угол рта, при оскале левый угол рта неподвижен, слезотечение из левого глаза.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить методы реабилитации.

**ОТВЕТ Задача №7**

1. Периферический парез мимических мышц левой половины лица.

2. Поражен левый лицевой нерв.

3. Острая невропатия лицевого нерва слева.

4. ЭНМГ лицевого нерва.

5. Лечение:

- кортикостероиды: дексаметазон в/в с 24мг с постепенным снижением;

- дегидратационная терапия – верошпирон 25 мг 2 раза в день, магния сульфат 25%10 мл в/в;

- сосудистая терапия – пентоксифилин, кавинтон;

- ЛФК, массаж, ИРТ;

- физиотерапия: соллюкс, УВЧ.

**Задача №8**

Больная Н., 27 лет, доставлена в больницу на носилках из-за выраженной слабости в конечностях, особенно в ногах, болей, парестезий и онемения в них, слабости в мышцах лица.

Заболела 2 дня назад, после перенесенной ОРЗ, когда появились боли и слабость в ногах, а через день и в руках, сегодня утором перекосило лицо.

В неврологическом статусе: лицо амимично, плохо морщит лоб, глаза полностью не закрывает (лагофтальм), оскал зубов затруднен, не может надуть щеки и сложить губы в трубочку. Активные движения в конечностях резко ограничены, особенно в ногах, сила и тонус снижены, сухожильные рефлексы не вызываются. Гипестезия в дистальных отделах конечностей по типу «носков» и «перчаток».

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования, что характерно в анализах для данной патологии.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**ОТВЕТ Задача №8**

1. Периферический парез верхних и нижних конечностей, полиневритический тип расстройства чувствительности в них, периферический парез мимической мускулатуры с двух сторон.

2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей и лицевые нервы с двух сторон.

3. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия Гийена-Барре.

4. ЭМГ - демиелинизирующий характер поражения, развернутый анализ крови, СМП – в ликворе - белково-клеточная диссоциация;

Определение аутоантител плазмы крови - антитела к гликолипидам (ганглиозиду GM-1 и GQ1b) определяются в плазме крови у 60 – 70% больных в острой фазе заболевания

5. Специфическим методом лечения является:

- пограммный плазмаферез в объеме 35-40 мл плазмы/кг массы тела на одну операцию. Количество операций 4-5 с интервалом не более суток;

- Внутривенные иммуноглобулины класса G (октагам - в дозе 0,4 г/кг/сут в течение 5 суток (суммарная курсовая доза 2 г/кг или около 140 г);

- При расстройстве дыхания – ИВЛ в условиях реанимации;

- ЛФК, массаж, двигательная реабилитация.

Прогноз - Хотя у большинства больных с синдромом Гийена-Барре наблюдается хорошее восстановления при адекватной терапии, 2-12% умирают от осложнений и у значительной части больных сохраняется стойкий моторный дефицит.

**Задача №9**

Больной К., 42 лет, заболел остро, сегодня утром, когда возникла сильная головная боль и многократная рвота, повысилась температура тела до 40°, сердцебиение, одышка, судороги, днем была вызвана скорая помощь и больной доставлен в больницу.

При осмотре: сознание расстроено по типу сопора, пульс 110 уд в мин., АД 100/60 мм рт. ст. В области ягодиц, бедер и голеней обнаружена геморрагическая сыпь.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, положительный симптом Манн-Гуревича. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Ригидность мышц затылка 4 см, симптом Кернига под углом 90°. Положительный нижний симптом Брудзинского. Больному произведена люмбальная пункция.

Ликвор мутный, вытекает под давлением 300мм вод.ст. Цитоз – 2320 клеток в 1 мкл за счет нейтрофилов, белок – 2,6 г/л, глюкоза – 0,22 г/л.

1. Выделить клинические синдромы и поставить топический диагноз

2. Назначить дополнительные методы обследования.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости, полученный при люмбальной пункции.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить методы профилактики.

**ОТВЕТ Задача №9**

1. Общемозговой, инфекционный, интоксикационный и менингеальный синдромы.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Нейтрофильный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о гнойном воспалении, которое вызвано обнаруженными в клетках менингококками.

4. Менингококковый менингит, менингококкцемия, острый период, тяжелое течение.

Необходима изоляция больного.

5. Лечение:

- пенициллин 24 млн. ЕД/сут. вводить внутривенно 5-7 сут.;

- дегидратация: лазикс, маннитол, кортикостероиды;

- иммноглобулин: пентоглобин;

- детоксикация: гемодез, физ. р-р, плазмаферез.

Профилактика:

Специфическая – Вакцинация (Вакцина менингококковая полисахаридная серогрупп А+С - Вакцинация проводится однократно, начиная с 18 месячного возраста.)

Химиопрофилактика - Рекомендуется всем находившимся в тесном контакте с больным.

Рифампицин: у взрослых 600 мг каждые 12 ч в течение 2 дней, у детей — 10 мг/кг каждые 12 ч в течение 2 дней.

Цефтриаксон (однократная инъекция 250 мг в/м взрослым или 125 мг — детям)

Неспецифическая. При контакте с больным пользоваться респираторами, марлевыми повязками. Мыть руки с мылом после контакта с больным менингитом. Необходимо воздержаться от купания в открытых водоёмах, особенно маленьким детям.

**Задача №10**

У больного Ш., 38 лет, на фоне полного здоровья повысилась температура тела до 38°, возникла головная боль и рвота, боли в глазных яблоках.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, положительный симптом Манн-Гуревича, ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернига под углом 120°, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. На глазном дне отмечается отёк сосков зрительных нервов.

Ликвор: давление 250мм водн.ст., бесцветный, прозрачный, плеоцитоз 300 клеток в 1 мкл. за счет лимфоцитов, белок 0,6 г/л. Содержание сахара и хлоридов в норме.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**ОТВЕТ Задача №10**

1. Инфекционный, общемозговой, менингеальный синдромы.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о серозном характере воспаления.

4. Острый серозный менингит, средняя степень тяжести.

5. Лечение симптоматическое:

- дегидратационная терапия: фуросемид, маннитол;

- Противовирусная терапия. Используются ферменты, расщепляющие нуклеиновую кислоту вируса и тормозящие его дальнейшую репликацию. Нуклеазы дозируют в зависимости от массы тела (из расчета 0,5 мг на 1 кг), возраста больного и тяжести заболевания. Взрослым больным вводят внутримышечно 180 мг/сут. (по 30 мг 6 раз) до нормализации температуры и далее еще в течение 2 дней. Продолжительность курса 10-14 дней

- детоксикация: гемодез, р-р электролитов;

- нейропротекторы: витамины, пирацетам, мексидол;

- симптоматическая терапия: седативные средства, анальгетики.

**Задача №11**

Больной Г., 14 лет, поступил в клинику на 10-й день заболевания. Ребенок болен в течение двух недель, когда появилось недомогание, субфебрильная температура, частые головные боли, «беспричинная рвота», потеря аппетита, запоры.

При осмотре: сонлив и вял, лежит с закрытыми глазами, запрокинув голову, с согнутыми в коленях и притянутыми к животу ногами, периодически вскрикивает и держит руками голову. Температура 39°, пульс 60 уд. в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

В неврологическом статусе: зрачки D>S, птоз и расходящееся косоглазие справа, снижение реакций зрачков на свет. Ригидность мышц затылка 3см., симптом Кернига под углом 100°. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Ликвор вытекает под давлением 300 мм водн.ст., бесцветный, прозрачный, белок 0,6г/л, цитоз 100 клеток в 1 мм3 с преобладанием лимфоцитов, при стоянии ликвора выпала нежная пленка фибрина. Концентрация сахара и хлоридов в ликворе снижена.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение, определить прогноз и указать возможные осложнения заболевания.

**ОТВЕТ Задача №11**

1. Инфекционный, общемозговой, менингеальный синдромы и синдром поражения глазодвигательного нерва.

2. Поражены мозговые оболочки и правый глазодвигательный нерв на основании мозга.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о серозном характере воспаления, а выпавшая пленка фибрина и снижение уровня сахара и хлоридов – характерны для туберкулезного процесса.

4. Туберкулезный менингит, острый период, течение средней степени тяжести.

5. Первые 2 месяца (первый этап лечения) 4 препарата:

- изониазид 5-10 мг/кг в сутки, рифампицин 600 мг 1 раз в день, пиразинамид 30 мг/кг в сутки и этамбутол 15-30 мг/кг или стрептомицин 0,75-1,0 г/сут.

Через 2-3 месяца (второй этап лечения) часто переходят на 2 препарата: изониазид и рифампицин.

Максимальная продолжительность лечения 6-12 мес. Возможные осложнения: гипертензионный синдром, церебральный арахноидит, нейроэндокринный синдром. Первые 3 года диспансерное наблюдение у невролога.

**Задача №12**

Больной Л., 40 лет. Заболел остро 25 июня, через неделю после укуса клеща. когда повысилась температура до 39°С, появилась головная боль, боли и слабость в мышцах рук и плечевого пояса, стало трудно глотать и говорить.

В неврологическом статусе: больной в сознании. Зрачки D=S, движения глазных яблок не ограничены. Определяется дизартрия, дисфония, дисфагия, вялые парезы рук и мышц шеи (симптом «свислой головы»), фибриллярные подергивания в проксимальных отделах рук, их тонус и сила снижены, рефлексы угнетены. Поверхностные и глубокие виды чувствительности сохранены.

Ликвор: давление 250 мм вод..ст., цитоз 95 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок 0,46 г/л.

Титр антител к вирусу КЭ в ИФА: 30 июня IgM – 1:6400

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости и анализ крови на антитела к вирусу КЭ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Лечение. Методы профилактики клещевого энцефалита.

**ОТВЕТ Задача №12**

1. Синдромы:

- инфекционный синдром, развившийся через неделю после укуса клеща;

- очаговые синдромы в виде периферического пареза рук, мышц шеи и бульбарного пареза.

2. Поражен продолговатый мозг (ядра IX-X-XI-XII пар ЧМН) и шейный отдел спинного мозга (передние рога).

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о серозном характере воспаления, а высокий титр IgM по данным ИФА на клещевой энцефалит подтверждает этот диагноз.

4. Клещевой энцефалит, полиоэнцефаломиелитическая форма с верхним периферическим парапарезом, парезом мышц шеи и бульбарным синдромом.

5. Лечение:

- противоэнцефалитный иммуноглобулин 0,1-0,15 мл/кг массы тела в сутки в/м 3-4 дня;

- рибонуклеаза 20-30 мг в/м 6 раз в сутки в течение лихорадочного периода;

- дегидратация: фуросемид, маннитол;

- детоксикация: гемодез, р-р электролитов;

- ангиопротекторы: кавинтон, пентоксифиллин;

- нейропротекторы: витамины, пирацетам, актовегин, церебролизин;

- ранняя двигательная реабилитация.

Профилактика.

- Специфическая. Для профилактики клещевого энцефалита используют следующие вакцины:

Вакцина клещевого энцефалита культуральная очищенная концентрированная инактивированная сухая, ЭнцеВир (EnceVir), ФСМЕ-Иммун Инжект/Джуниор (FSME-Immun Inject/Junior), Энцепур Взрослый и Энцепур Детский .

Неспецефическая. Физические методы защиты. (спрей, энцефалитные костюмы Биостоп)

**Задача №13**

Больная Д., 30 лет. Заболевание началось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение месяца лечилась у офтальмологов по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. Зрение улучшилось. Спустя полгода появилось двоение в глазах, слабость ног, шаткость при ходьбе; затруднение мочеиспускания. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

В неврологическом статусе: острота зрения на правый глаз – 0,6 (коррекция не улучшает зрения), на левый глаз – 1,0. Горизонтальный нистагм. Сила рук и особенно ног снижена. Тонус мышц повышен в разгибателях голеней. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук умеренные, а с ног высокие. Клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо вызываются с обеих сторон. В позе Ромберга неустойчива, пошатывается в обе стороны. Походка атактическая. Пальценосовую и пяточно-коленную пробу выполняет с интенцией с обеих сторон. Вибрационная чувствительность на ногах снижена.

На глазном дне отмечается бледность соска правого зрительного нерва.

На МРТ головного мозга множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить недостающие дополнительные методы обследования.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение обострения и определить методы профилактики.

**ОТВЕТ Задача №13**

1. Синдромы: нижний центральный парапарез, мозжечковая атаксия, снижение зрения, расстройство вибрационной чувствительности, расстройство тазовых функций.

2. Поражены пирамидные пути в грудном отделе спинного мозга, задние столбы спинного мозга, мозжечок, зрительный нерв.

3. На МРТ головного мозга выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза.

4. Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения.

5. Лечение:

- «пульс-терапия» метилпреднизолоном 1000 мг в/в капельно 3-5 дней, затем преднизолон per os, 1-1,5 мг/кг по снижающей схеме;

- плазмаферез - в объеме 35-40 мл плазмы/кг массы тела на одну операцию. Количество операций 3-5 с интервалом не более суток;

- нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, кортексин;

- антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион.

Для профилактики обострений – препараты группы ПИТРС иммуномодуляторы (копаксон, бетаферон, ребиф, авонекс) в период ремиссии, как метод превентивной терапии.

**Задача №14**

У больного З., 45 лет через 2 недели после гриппа появилась температура 38°, головная боль, головокружение системного характера, слабость в конечностях и онемение в них и на туловище, шаткость, учащенное мочеиспускание.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, центральный тетрапарез, проводниковое расстройство поверхностной и глубокой чувствительности от уровня пупка, статическая и динамическая атаксия, императивные позывы на мочеиспускание.

На МРТ головного мозга: 5 крупных гиперинтенсивных очагов в белом веществе лобных и теменных долей.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, цитоз 156 клеток за счёт лимфоцитов, белок 0,6 г/л.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить изменения в ликворе и на МРТ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение обострения и определить прогноз и тактику наблюдения за больным.

**ОТВЕТ Задача №14**

1. Синдромы: центральный тетрапарез, проводниковое расстройство поверхностной и глубокой чувствительности с уровня T10, мозжечково-сенситивная атаксия, тазовые расстройства.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе: пирамидные, спиноталамические пути в боковых столбах и пути глубокой чувствительности в задних столбах, вегетативные пути для тазовых органов и мозжечок.

3. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе (156 клеток) свидетельствует о серозном характере воспаления и наличие крупных очагов на МРТ характерно для острого воспаления головного мозга.

4. Острый рассеянный энцефаломиелит.

5. Лечение:

- «пульс-терапия» метилпреднизолоном 1000 мг в/в капельно 3-5 дней, затем преднизолон per os, 1-1,5 мг/кг;

- плазмаферез - в объеме 35-40 мл плазмы/кг массы тела на одну операцию. Количество операций 3-5 с интервалом не более суток;

- антиоксиданты: тиоктацид 600 мг в/в, капельно №10, мексидол, актовегин;

- нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, глиатилин;

- сосудистая терапия: трентал 5,0 в/в №10;

- ЛФК, массаж, физиотерапия.

Прогноз: выздоровление, остаточные явления, наблюдение у невропатолога с повторной МРТ через 6 месяцев.

**Задача №15**

Больной Е., 26 лет. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-3 раза в месяц.

В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длиться 2-3 минуты, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа.

Объективно: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы D>S, выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 140°.

На глазном дне – застойные диски зрительных нервов.

ЭхоЭГ – смешение М-эха слева направо на 7мм.

МРТ – слева в лобной доле определяется округлое образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающие передний рог левого бокового желудочка.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку дополнительным методам обследования.

4. Поставить предварительный клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**ОТВЕТ Задача №15**

1. Синдромы:

- общемозговой (головная боль, сопровождающаяся рвотой);

- очаговый в виде приступов фокальной моторной Джексоновской эпилепсии в правой руке и вторично-генерализованных эпиприпадков, а также правосторонней пирамидной недостаточности с центральным парезом VII и XII ЧМН.

2. Поражена передняя центральная извилина в левом полушарии.

3. - изменения на глазном дне в виде застойных дисков зрительных нервов – признак повышения внутричерепного давления;

- изменения на ЭхоЭГ в виде смещения срединного М-Эхо слева направо на 7мм (при норме не более 3мм) – признак объемного образования в левом полушарии;

- изменения на МРТ головного мозга свидетельствует о наличии объемного образования в левой лобной доле.

4. Опухоль левой лобной доли с симптоматической эпилепсией в виде фокальных Джексоновских и вторично-генерализованных эпиприпадков.

5. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

Симптоматическая терапия: дегидратационная и противосудорожная.

**Задача №16**

Больная Б., 20 лет. С 10 лет возникают приступы выключения сознания на несколько секунд. Больная в этот момент замолкает, не отвечает на заданные вопросы, кожа лица бледнеет, глаза становятся неподвижными, но не падает. Создается впечатление, что она задумалась. Как только заканчивается приступ, больная продолжает прерванный разговор или работу. О припадках ничего не помнит. Эти состояния повторяются 3-4 раза в сутки.

В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Глазное дно – без патологии.

На ЭЭГ – «спайк-волны» с частотой 3 Гц.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**ОТВЕТ Задача №16**

1. Синдром первично-генерализованных эпилептических припадков в виде абсансов.

2. В патологический процесс изначально вовлечены оба полушария головного мозга.

3. На ЭЭГ выявлена эпилептическая активность – комплексы «спайк-волн» с частотой 3 Гц (характерная для абсансов) в виде генерализованных, синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

4. Идиопатическая эпилепсия с частыми первично-генерализованными эпиприпадками по типу абсансов.

5. Противосудорожная терапия: депакин-хроно в дозе 20-30мг/кг/сут в 2 приема, начиная с 500 мг в сутки, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем АСТ, АЛТ, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

Контроль вальпроевой кислоты в б/х анализах крови при введении тарапевтической дозы депакина.

**Задача №17**

У мальчика 5 лет родители обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук (симптом «лестницы»), некоторую задержку умственного развития.

При осмотре определяется слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц (икроножные мышцы плотные на ощупь), высокие ахилловы сухожилия (икроножные мышцы имеют вид «перевернутой бутылки»).

1. Выделить клинические синдромы.

2. Признаки какого заболевания имеются у больного?

3. Что поражено?

4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

5. Назначить лечение.

**ОТВЕТ Задача №17**

1. Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии икроножных мышц.

2. Подозрение на миопатию Дюшенна.

3. Поражены мышцы нижних конечностей.

4. Для уточнения диагноза необходимо:

- ЭНМГ-исследование ослабленных мышц,

- УЗИ икроножных мышц,

- КФК, ЛДГ крови,

- биопсия и гистологическое их исследование,

- консультыция генетика, составление родословной, цитогенетическое исследование.

5. Лечение симптоматическое:

- витамины группы В, А, Е;

- оротат калия, АТФ, рибоксин;

- сосудистая терапия (трентал);

- массаж, ЛФК, физиотерапия, ГБТ.

**Задача №18**

Больная Д.,19 лет, жалуется на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все…»). Не может ходить на большие расстояния – быстро устает, чувствует нарастание усталости во второй половине дня. Впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания на приеме у стоматолога, когда выяснилось, что не может долго сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц.

В неврологическом статусе: полуптоз с двух сторон и слабость жевательной мускулатуры. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб (присесть и подняться 20 раз, сжать и расжать кулаки 20 раз, зажмуриться и открыть глаза 20 раз) выявилась слабость круговых мышц глаз, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры, мышц конечностей. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Признаки какого заболевания имеются у больного?

4. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**ОТВЕТ Задача №18**

1. Синдром мышечной слабости и патологической мышечной утомляемости.

2. Поражение мышечных ацетилхолиновых рецепторов.

3. Подозрение на миастению.

4. Для уточнения диагноза необходимо ЭМГ, КТ средостения для исключения опухоли вилочковой железы, определение антител к АХ-рецепторам.

5. Лечение:

- антихолинэстеразные препараты: калимин 30мг 3 раза в день с постепенным повышением до 60-120 мг через 4-6часов;

- при недостаточной эффективности гормональная терапия – преднизолон 1мг/кг (дексометазон);

- плазмаферез - - в объеме 35-40 мл плазмы/кг массы тела на одну операцию, количество операций №3-5;

- Внутривенные иммуноглобулины класса G (октагам - в дозе 0,4 г/кг/сут в течение 3-5 суток (суммарная курсовая доза 2 г/кг или около 140 г);

- иммуносупрессоры: азатиоприн, циклофосфан и др.

**Задача №19**

Мальчик 11 лет, обратился на прием к врачу с жалобами на затруднение произвольных движений. С большим трудом начинает движение, а сделав его, не может сразу расслабить сократившиеся мышцы; если возьмется за предмет, то не может его быстро отпустить. Эти явления усиливаются при положительных и отрицательных эмоциях. Больным себя считает около года. Отец ребенка с юношеских лет страдает подобным заболеванием.

При обследовании обращает на себя внимание сильное развитие мускулатуры и атлетическое сложение мальчика. При смехе лицо больного застывает, возникает «гримаса смеха». С трудом начинает разговор, а потом говорит свободно. При сжатии поданной руки не может сразу ее отпустить. При попытке сойти с места сначала делает попеременные движения ногами. При исследовании сухожильных рефлексов отмечается быстрое сокращение мышц и замедленное их расслабление. Сила мышц верхних и нижних конечностей несколько снижена и не соответствует их развитию. При механическом раздражении мышц (удар неврологическим молотком) возникает «мышечный валик», который исчезает через 10-20 сек. Атрофий и фибрилляций нет. Чувствительность не нарушена.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Признаки какого заболевания имеются у больного?

4. Назначить дополнительные методы обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**ОТВЕТ Задача №19**

1. Миотонический синдром – интенсивного сокращения мышц после движения.

2. Поражены пресинаптические и постсинаптические мембраны мышц.

3. Врожденная миотония Томсена.

4. План обследования:

- ЭМГ;

- КФК, ЛДГ крови;

- биопсия и гистологическое их исследование,

- консультыция генетика, составление родословной, цитогенетическое исследование.

5. Лечение симптоматическое: диета с ограничением калия и повышенным содержанием кальция, стероиды, АКТГ, физиолечение, дозированные физические упражнения.

**Задача №20**

Больная А.,81 лет жалуется на скованность в конечностях, больше в левых, которая затрудняет самообслуживание, дрожание в них, как правило, в покое, замедленность движений, нарушение ходьбы со снижением длины и высоты шага (при ходьбе тянет вперед), частые падения.

Считает себя больной в течение 9 лет, когда впервые стала замечать скованность в левых конечностях, снижение длины шага. Отмечает медленное прогрессирование симптоматики с вовлечением в процесс и правых конечностей около полугода назад.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, слабость конвергенции. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Язык по средней линии. Глотание и фонация в норме глоточные рефлексы высокие. Вызываются рефлексы орального автоматизма. Гипомимия. Гипокинезия. Сухожильные рефлексы S=D. Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус повышен по экстрапирамидному типу, больше справа. На момент осмотра тремора нет. Пальценосовую и коленопяточную пробы выполняет удовлетворительно. Выражена постуральная неустойчивость (про- и ретропульсия). Походка мелкими шаркающими шагами, корпус наклонен вперед.

МРТ головного мозга – без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить необходимые методы обследования.

5. Назначить лечение, указать препараты каких групп рационально использовать в терапии данного заболевания?

**ОТВЕТ Задача №20**

1. Акинетико-ригидный синдром, синдром паркинсонизма.

2. Экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.

3. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, умеренно прогредиентное течение.

4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. С учетом возраста (старше 70 лет) целесообразно начать терапию с препаратов леводопы: мадопар 300-600 мг/сут.

**Задача №21**

У больной И., 54 лет, которая более 10 лет страдает хроническим панкреатитом (была прооперировано по поводу перитонита 4 месяца назад), появились приступы болей в надчревной области, сопровождающиеся усилением перистальтики, сердцебиением, чувством страха, повышением, а иногда понижением АД, усиленной потливостью, одышкой с чувством нехватки воздуха.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить предварительный клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

**Ответ Задача №21**

1. Синдром: вегетативный солярный криз.

2. Поражено солнечное сплетение.

3. Солярит, как осложнение после операции по поводу перитонита.

4. ФГС, УЗИ внутренних органов.

5. При кризе:Sol. Seduxeni 10 мг в/м, в/в, в межприступном периоде – антидепрессанты: паксил 20 мг/сут, стимулотон 50 мг/сут, велафакс 75 мг/сут и др. 4-6 мес.