**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени**

**профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**на 2021-2022 учебный год**

**по дисциплине «Неврология, медицинская генетика»**

**модуль «Неврология»**

для специальности 31.05.01 Лечебное дело

**УТВЕРЖДАЮ**

проректор по учебной работе

д.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_ И.А. Соловьева

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОБЩЕЙ НЕВРОЛОГИИ**

**Тема: Произвольные движения и их расстройства**

**Задача №1.**

У больного атрофия мышц верхних конечностей, снижение сухожильных рефлексов, мышечной силы и фибриллярные подёргивания в мышцах рук. Изменена походка, при ходьбе «тянет» ноги. Резкое повышение сухожильных рефлексов и мышечного тонуса на ногах, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №2**

У больного слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях предплечья и разгибателях голени, повышением сухожильных рефлексов на руке и ноге, с наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с центральным парезом правых лицевого и подъязычного нервов.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №3**

У больного слабость во всех конечностях, затруднена ходьба и самообслуживание. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и сухожильных рефлексов. Патологические рефлексы Россолимо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепно-мозговых нервов не нарушена.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №4**

У больного слабость в дистальных отделах конечностей. При ходьбе стал цепляться носками за пол, из-за чего вынужден высоко поднимать ноги, походка «петушиная» (steppage). Повисли кисти и стопы, появилась атрофия мышц, арефлексия сухожильных и периостальных рефлексов, снижение мышечного тонуса, боль в конечностях, гипестезия в дистальных отделах конечностей по полиневритическому типу («перчаток» и «носков»).

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №5**

У больного справа центральный гемипарез с повышением сухожильных рефлексов, мышечного тонуса и патологическим рефлексом Бабинского, а слева птоз верхнего века, мидриаз и расходящееся косоглазие.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №6**

Больной жалуется на судорожные припадки, начинающиеся с подёргивания левой стопы с распространениём на голень, бедро, а затем на плечо, предплечье и кисть, сознание не расстраивается.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №7**

У больного атрофия межкостных мышц и мышц в области гипотенора левой кисти. Затруднено сгибание III-V, дистальные фаланги этих пальцев согнуты, проксимальные – разогнуты («когтистая кисть»). Снижена чувствительность кожи в области V пальца и соответствующего края кисти.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №8**

После ранения переднёй области предплечья стало трудно сгибать I,II, III пальцы, появилась атрофия мышц возвышения большого пальца с уплощением ладони («обезьянья кисть»), гипестезия с гиперпатией в области ладонной поверхности I, II, III пальцев и соответствующей им части ладони, а также сильные боли жгучего характера, уменьшающаяся при охлаждении, особенно водой.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №9**

Больной жалуется на слабость в ногах, затруднения при ходьбе. При осмотрё выявляется снижение силы в ногах, повышение мышечного тонуса по спастическому типу и патологические рефлексы Бабинского. Отсутствие нижних и средних брюшных рефлексов, задержка мочеиспускания.

1. Как называется клинический синдром?

2. Какие образования поражены?

**Задача №10**

Больного беспокоит слабость в руках, стало трудно выполнять физическую работу. Определяется снижение силы в руках, снижение сухожильных рефлексов и мышечного тонуса, а также фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса, движения ног не нарушены.

1. Как называется клинический синдром?

2. Какие образования поражены?

**Тема: Чувствительность и ее расстройства**

**Задача №1**

У больного нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп, голеностопных, коленных и тазобедренных суставах, затруднена ходьба, особенно в темноте, отсутствует тактильная чувствительность книзу от пупка.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №2**

У больного возникает приступообразное чувство онемения и «ползанья мурашек» в области левой стопы, распространяющееся затем на левую голень, бедро и всю половину тела, сознание не расстраивается.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №3**

У троих больных отмечается нижняя спастическая параплегия с проводниковой гипалгезией:

а) у первого больного – ниже сосковой линии;

б) у второго – ниже пупка;

в) у третьего – ниже уровня паховой складки.

1. Определите уровни поражения.

2. Какие пострадали проводящие пути?

**Задача №4**

У больного отсутствует поверхностная и глубокая чувствительность на левой половине тела, нарушена координация в левых конечностях, затруднена ходьба, особенно в темноте, изменилось зрение в виде выпадения левых полей зрения и появились сильные боли в левых конечностях, которые не купируются аналгетиками.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №5**

У больного полностью отсутствуют движения в левых конечностях, тонус в них повышен по спастическому типу, сухожильные и периостальные рефлексы повышены, вызывается патологический рефлекс Бабинского. Наблюдается выпадение всех видов чувствительности в них, а также выпали левые поля зрения.

1. Назовите клинические синдромы.

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №6**

У больного отсутствует болевая и температурная чувствительность справа от уровня соска до уровня пупка, при этом тактильная чувствительность сохранена.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №7**

После ножевого ранения в области правой лопатки у больного развился спастический паралич правой ноги, аналгезия слева книзу от пупка и нарушение суставно-мышечного чувства в правой ноге.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №8**

Больной при ходьбе высоко поднимает ногу, т.к. у него свисает стопа, не может разогнуть стопу и поставить ее на пятку. Отмечается гипестезия в области задне-наружной поверхности голени и тыла стопы.

1. Как называется клинический синдром?

2. Определите, что поражено?

**Задача №9**

Больной не узнаёт предметы на ощупь правой рукой с закрытыми глазами, но может описать их свойства. Простые виды чувствительности не нарушены.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №10**

Больной жалуется на боли, онемение и снижение чувствительности в кистях и стопах. Выявляется гипестезия по типу «перчаток и носков» на все виды чувствительности.

1. Назовите тип расстройства чувствительности.

2. Определите что поражено?

**Тема: Координация и ее нарушения.**

**Экстрапирамидная система и ее поражения**

**Задача №1**

У ребёнка отмечаются быстрые, неожиданные, размашистые движения, совершаемые без напряжения и лишённые стереотипности. В них принимают участие мышцы лица и конечностей. Мышечный тонус снижен.

1. Как называется тип нарушения движений?

2. Где находится патологический очаг?

**Задача №2**

У больного отсутствуют параличи и парезы, но движения затруднены, выполняются в замедленном темпе, ходит мелкими шажками, отсутствуют содружественные движения верхних конечностей, отмечается бедность движений.

1. Как называется такой тип нарушения движений?

2. Какие структуры повреждены?

**Задача №3**

У больного изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах:

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №4**

Больного при ходьбе шатает вправо, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №5**

Больной при ходьбе чрезмерно поднимает ноги, с изменённой силой опускает их. При закрывании глаз выраженность нарушений походки резко усиливается.

1. Как называется походка, для какого клинического синдрома она характерна?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №6**

При попытке повернуть голову в сторону у больного возникает чувство «проваливания», сопровождающееся тошнотой, рвотой, тахикардией, бледностью, потливостью; определяется горизонтальный нистагм, и шаткая походка.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №7**

У больного изменилась походка (стало тянуть вперёд), появилась скованность во всём теле, стало трудно менять позу, начать движение или остановиться во время движения. Появился мелкий тремор в пальцах рук в покое. При осмотре: парезов конечностей нет, мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса».

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №8**

У больного отмечаются насильственные, ритмические колебания пальцев рук, вызывающие их смещение на несколько миллиметров.

1. Как называется двигательный синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №9**

У больного наблюдаются насильственные, резкие, бросковые, крупно-амплитудные движения с вращательным компонентом в проксимальных отделах правой руки и правой ноги.

1. Как называется двигательный синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №10**

Больного беспокоят непроизвольные, кратковременные, стереотипные, неритмичные движения, в мышцах лица (подергивание век, круговых мышц глаза, углов рта).

1. Как называется двигательный синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Тема: Черепно-мозговые нервы**

**Задача №1**

У больного определяется справа птоз верхнего века, мидриаз, расходящееся косоглазие, отсутствие движений глазного яблока вверх, вниз и кнутри.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №2**

У больного снижено зрение на правый глаз (vis ОД=0,2; ОS=1,0), отсутствует прямая реакция на свет с сохранением содружественной реакции при освещении левого глаза.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №3**

У пациента сильная боль и снижение чувствительности на правой половине лица, герпетические высыпания на коже лба, скуловой дуги, подбородка.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №4**

У больного выявлено выпадение обоняния справа. Слизистая оболочка носа не поражена.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №5**

У пациента при неврологическом осмотре выявлено ослабление реакции зрачков на свет при сохранении на аккомодацию и конвергенцию.

1. Как называется клинический синдром?

2. Для каких заболеваний он характерен?

**Задача №6**

У больного правое глазное яблоко повернуто к носу (сходящееся косоглазие), отмечается двоение предметов при взгляде вправо.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №7**

У больного двоение при взгляде вниз и ограничение движения правого глазного яблока вниз и кнаружи.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №8**

Больной жалуется на онемение крыла носа справа. При исследовании болевой чувствительности у него отмечается гипестезия в медиальной зоне Зельдера справа.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №9**

У больного выпадение верхних правых квадрантов полей зрения, зрительные галлюцинации в виде фотопсий.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №10**

Больной жалуется на двоение при взгляде влево. При осмотре отмечается сходящееся косоглазие и недоведение левого глазного яблока кнаружи.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №11**

У больного не закрывается левый глаз, опущен левый угол рта, на этой же стороне отсутствуют сокращения мышц лба, брови, носа,щеки, угла рта.

1. Определить клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №12**

У больного справа отмечается несмыкание век, невозможность поднять бровь, отставание угла рта при разговоре и улыбке. Слева – центральная гемиплегия.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №13**

У больного справа отмечается сужение зрачка (миоз), сужение глазной щели и западение глазного яблока (энофтальм), зрачковые рефлексы сохранены, движения глазных яблок в полном объеме.

1. Как называется клинический синдром?

2. Какие образования нервной системы поражены?

**Задача №14**

У больного атрофия и фибриллярные подёргивания мышц левой половины языка, при высовывании он отклоняется влево, речь нарушена по типу дизартрии. Справа спастический гемипарез.

1. Назовите клинический синдром?

2. Где локализация очага поражения?

**Задача №15**

У больного изменилась речь, стало трудно выговаривать слова, голос с носовым оттенком, поперхивание при глотании, мягкое нёбо при фонации неподвижно, глоточный рефлекс отсутствует, атрофия и фибрилляции мышц языка с обеих сторон.

1. Назовите клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №16**

У больного дисфагия, дисфония, дизартрия, ограничение движений языка при отсутствии атрофии мышц языка. Глоточный рефлекс усилен. Вызываются рефлексы орального автоматизма и насильственный плач.

1. Назовите клинический синдром?

2. Где локализация очага поражения?

**Задача №17**

У больного не закрывается правый глаз, при разговоре происходит перекашивание угла рта влево, с правой стороны отсутствуют сокращения мышц лица (не может нахмурить и наморщить лоб, правая щека при надувании «парусит», сглажена правая носогубная складка, при оскале зубов правый угол рта неподвижен).

1. Назовите клинический синдром?

2. Где локализация очага поражения?

**Задача №18**

У больного справа опущено верхнее веко, глазное яблоко отклонено кнаружи (расходящееся косоглазие), отсутствуют движения его вверх, вниз и кнутри, правый зрачок расширен и не реагирует на свет. Слева отмечается гемипарез с повышением тонуса мышц, наличием патологических рефлексов, сухожильной гиперрефлексией.

1. Назовите клинический синдром?

2. Где локализация очага поражения?

**Задача №19**

У больного справа ограничены движения мышц всей половины лица, шум в ухе, снижение слуха, боль и гипестезия этой половины лица, промахивание при пальценосовой пробе, дисметрия при пяточно-коленной пробе, при ходьбе отмечаются тенденция к падению вправо, горизонтальный нистагм.

1. Назовите клинический синдром?

2. Где локализация очага поражения?

**Задача №20**

У больного отмечается сильная приступообразная боль в виде чувства «электрического тока» в области верхней челюсти и верхних зубов справа. Боль провоцируется жеванием, умыванием и просто прикосновением. Чувствительность на лице сохранена.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Тема: Кора головного мозга. Расстройства высших мозговых функций**

**Задача №1**

Больного беспокоят приступы генерализованных судорог, которые начинаются с поворота головы и глаз вправо, после чего он теряет сознание и падает.

1. Как называется клинический синдром?

2. Какова локализация патологического очага?

**Задача №2**

Больной эйфоричен, не оценивает свое состояние, дурашлив, снижена память, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где расположен патологический очаг?

**Задача №3**

Больной не узнает части своего тела, путает правую половину с левой, ощущает наличие третьей руки, не осознает проявления своего заболевания в виде гемиплегии и утверждает, что двигает парализованными конечностями.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №4**

У больного отмечаются периодические судорожные припадки, начинающиеся с клонических судорог в левой ноге, которые затем охватывают левую руку и половину лица, сознание при этом остается сохранным.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №5**

За несколько секунд до начала генерализованного судорожного припадка у больного возникает ощущение радужных колец перед глазами, предметы теряют свои очертания и цвет.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №6**

У больного практически полностью отсутствует речь, на все вопросы отвечает одним словосочетанием: «да-да-да», но задаваемые инструкции понимает и правильно их выполняет.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №7**

После операции по поводу удаления опухоли затылочной доли у больного на длительное время исчезла возможность узнавания предметов при зрительном предъявлении: так, например, изображение очков больной трактует как велосипед: кружок, еще кружок, перекладина.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №8**

Больная в течение последнего месяца предъявляла жалобы на назойливый запах «горелого, чего-то пригоревшего». Обратилась к врачу после впервые в жизни развившегося приступа потери сознания с прикусом языка, тоническими и клоническими судорогами.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №9**

У больного определяются нарушения речи в виде «салата из слов», плохого понимания обращенной речи, невыполнения инструкций из-за их непонимания. В то же время привычные словосочетания (например, собственные фамилию, имя, отчество) проговаривает без затруднений и правильно. В речи много не существующих в природе слов.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №10**

У больного прогрессирует изменение поведения: стал вялым, безынициативным, безучастным. На вопросы отвечает односложно, неэмоционально. При исследовании неврологического статуса определяются: аносмия справа, рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Тема: Вегетативная нервная система.**

**Оболочки, ликвор, менингеальный синдром**

**Задача №1**

У больного отмечаются приступы сердцебиения, головной боли, повышения АД до 170мм рт.ст., повышенной потливости, ознобоподобного дрожания, повышения температуры тела и выраженным чувством тревоги и страха смерти. Сознание не нарушено. В конце приступа наблюдается обильное выделение мочи.

1. Как называется клинический синдром?

2. Поражением каких отделов мозга он может быть обусловлен?

**Задача №2**

У больного, перенесшего черепно-мозговую травму, отмечаются приступы, характеризующиеся слабостью, затруднением дыхания, повышенной потливостью, тошнотой, замедлением пульса, понижением АД, болями в животе с позывами на дефекацию.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №3**

У больного отмечаются приступы учащенного сердцебиения, повышенного АД, головной боли, ознобоподобного дрожания с чувством страха смерти. На высоте приступа сознание затемнено, а в конечностях возникают тонические судороги.

1. Как называется клинический синдром?

2. Где локализуется патологический очаг?

**Задача №4**

Женщина 30 лет, рост 160см, вес 80кг. Аппетит повышен, ожирение, лунообразное лицо, избыточный рост волос на лице и теле, багровые полосы на коже живота, АД 180/100 мм рт.ст.

1. Как называется клинический синдром?

2. Какова предполагаемая локализация очага поражения?

**Задача №5**

У больного сильная головная боль, повторная рвота, повышенная чувствительность к свету, звуку и тактильным раздражителям. Ригидность мышц затылка 4см, симптом Кернига под углом 120 градусов, положителен нижний симптом Брудзинского.

1. Как называется клинический синдром?

2. Что поражено?

**Задача №6**

Спинномозговая жидкость бесцветная, прозрачная, вытекает под давлением 150мм. водного столба, реакция Панди +, белок 0,32 г/л., цитоз Зх106/л

1. Оцените параметры жидкости?

2. Что поражено?

**Задача №7**

Спинномозговая жидкость бесцветная, прозрачная, давление 250мм водного столба, реакция Панди +++, белок 0,96 г/л., цитоз 786 х 106/л. за счёт лимфоцитов.

1. Как называется ликворный синдром?

2. Для каких заболеваний характерны подобные изменения жидкости?

**Задача №8**

Спинномозговая жидкость мутная, давление 380мм водного столба, реакция Панди ++++, цитоз 2317х106/л., преимущественно за счёт нейтрофилов.

1. Как называется ликворный синдром?

2. Для каких заболеваний характерны подобные изменения жидкости?

**Задача №9**

Спинномозговая жидкость бесцветная, прозрачная, давление 360мм водного столба, реакция Панди ++++, белок 2,75 г/л., цитоз 3х106/л.

1. Как называется ликворный синдром?

2. Для каких заболеваний характерны подобные изменения жидкости?

**Задача №10**

Спинномозговая жидкость ксантохромная, вытекает под давлением 270мм водного столба, реакция Панди +++, белок 1,67 г/л., эритроциты выщелоченные покрывают всё поле зрения.

1. Чем обусловлены изменения жидкости – кровоизлиянием или случайным попаданием крови в жидкость во время люмбальной пункции?

2. Для каких заболеваний характерны подобные изменения жидкости?

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ЧАСТНОЙ НЕВРОЛОГИИ**

**Тема: Сосудистые заболевания головного мозга**

**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 и затруднение речи – произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 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. Выражен 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.

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.

**Задача №2**

Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 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. «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.

**Задача №3**

Больной А. 50 лет. Заболел остро. Находясь за рулем автомобиля, неожиданно пожаловался окружающим на резко возникшую головную боль, тошноту, многократную рвоту, затем на короткое время потерял сознание.

Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание изменено по типу легкого оглушения. В контакт вступает с трудом, стонет, жалуется на головную боль, тошноту. Около 20лет страдает гипертонической болезнью.

АД 210/120 мм рт.ст. Зрачки одинаковые. Выражены рефлексы орального автоматизма. Парезов нет. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Патологических рефлексов не выявлено. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца, с-м Кернига под углом 90° с обеих сторон.

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.

**Задача №4**

Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Черепно-мозговую травму отрицает.

Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон под углом 90°

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

Анализ крови: СОЭ – 8 мм/час, эритроциты – 4600000, лейкоциты – 10000 в 1 мкл.

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.

**Задача №5**

Больная 70 лет. Утром, после сна, почувствовала онемение и слабость правой ноги, а затем правой руки. В течение суток слабость в них постепенно нарастала и сменилась параличом. Заболеванию предшествовала головная боль, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность.

Объективно: границы сердца расширены в обе стороны, тоны его глухие.

АД 110/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту.

Глазное дно: границы сосков зрительных нервов четкие, артерии сетчатки сужены, извиты, склерозированы.

В неврологическом статусе: сознание сохранено, зрачки D=S, сглажена правая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется вправо. Активные движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них повышен. Сухожильные и надкостничный рефлексы справа выше, чем слева, брюшные справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Правосторонняя гемианестезия и гемианопсия.

Анализ крови: СОЭ – 6 мм/час, лейкоциты – 7000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 116%, холестерин 340 мг/%.

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.

**Задача №6**

Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех дней развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

В неврологическом статусе: острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничный рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%.

ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, больше в правом полушарии.

При каротидной ангиографии обнаружена закупорка правой сонной артерии на 3см выше разделения общей сонной артерии на её основные ветви.

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.

**Задача №7**

Больная Н., около 70 лет, доставлена в клинику скорой помощью. Сведений о развитии заболевания нет. Обнаружена без сознания на улице. В последующем было установлено, что она страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет.

Объективно: сознание утрачено – кома II-III, кожные покровы лица гипиремированы, дыхание шумное. АД 240/140 мм рт.ст., пульс 110 ударов в мин., напряжённый, ритмичный. Границы сердца расширены влево, тоны его приглушены, акцент 2-го тона на аорте.

В неврологическом статусе: зрачки широкие D>S, вяло реагируют на свет. Опущен левый угол рта, левая щека «парусит». Активные движения в левых конечностях отсутствуют. Мышечный тонус в них снижен. Сухожильные и надкостничный рефлексы слева ниже, чем справа. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уколы больная не реагирует.

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.

**Задача №8**

Больной Р., 32 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, тошнота и многократная рвота. Был госпитализирован в клинику.

Объективно: АД 115/70 мм рт. ст. Пульс 50 уд. в мин., ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные.

В неврологическом статусе: черепно-мозговые нервы без патологии, парезов конечностей нет, определяется выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон под углом 100°

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. Установить предположительный клинический диагноз.

4. Определить бассейн нарушенного кровоснабжения.

5. Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

**Задача №9**

Больная Б., 45 лет, доставлена в приёмное отделение машиной скорой помощи через 30 мин. от начала заболевания. На работе внезапно упала, потеряла сознание. Окружающие наблюдали у больной судороги, которые были более выражены в левых конечностях, кровавую пену у рта, непроизвольное мочеиспускание. Врач скорой помощи через 15 мин. от начала заболевания отметил сопорозное состояние сознания и отсутствие движений в левых конечностях.

При осмотре: больная в сознании, но сонлива. В контакт вступает неохотно, жалуется на головную боль. Рассказала, что 10 лет находится на диспансерном учёте по поводу ревматического порока сердца. Около месяца назад дома внезапно ощутила онемение и слабость в правой руке, в течение часа не могла говорить. Через сутки сила в руке восстановилась и к врачу больная не обращалась.

Объективно: лицо бледное, пульс ритмичный, 90 уд/мин. Над областью сердца выслушивается систолический и диастолический шумы, хлопающий первый тон, АД 110/80 мм рт. ст. Дыхание свободное, 20 в мин.

В неврологическом статусе: зрачки равномерные. Ориентировочным методом определяется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Опущен левый угол рта. Язык при высовывании отклоняется влево. Активные движения в левой руке и ноге отсутствуют. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. На левой стопе вызывается патологический рефлекс Бабинского. Левосторонняя гемианестезия.

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.

**Задача №10**

В приемное отделение доставлен больной 55 лет, страдающий в течении десяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем он потерял сознание.

В неврологическом статусе: сознание утрачено – кома II, анизокория, левый зрачок шире правого, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексами, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц 1см, с-м Кернига под углом 160° с обеих сторон.

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.

**Задача №11**

Больной 45 лет, страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, внезапно после эмоционального напряжения почувствовал слабость и онемение в правых конечностях, затруднение речи.

В неврологическом статусе: элементы моторной афазии, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, легкий правосторонний гемипарез. Все указанные симптомы регрессировали в течение трех часов.

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.

**Задача №12**

Больной 36 лет, периодически жаловался на головные боли. Днем, после физического перенапряжения почувствовал «удар в голову», была рвота, и кратковременная потеря сознания.

В неврологическом статусе: психомоторное возбуждение. Парезов конечностей нет. Выражен менингеальный синдром: гиперестезия к свету и звукам, ригидность мышц затылка 4см, с-м Кернига под углом 100° с обеих сторон, положительные верхний и нижний симптомы Брудзинского.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

**Задача №13**

В приемное отделение доставлен больной 55 лет, страдающий в течение десяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем потерял сознание.

В неврологическом статусе: сознание утрачено – кома II, зрачки S>D, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексами, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц 1см, с-м Кернига под углом 160° с обеих сторон.

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.

**Задача №14**

Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести у него внезапно возникли сильная головная боль, шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Черепно-мозговую травму отрицает.

Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать с постели, несмотря на запреты. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон под углом 110°.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

Анализ крови: СОЭ – 8 мм/час, эритроциты – 4600000, лейкоциты – 10000 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 и определить методы вторичной профилактики.

**Задача №15**

Больная, 70 лет. Утром, после сна почувствовала онемение и слабость правой ноги, а затем правой руки. В течение суток слабость в них нарастала и сменилась параличом. Заболеванию предшествовала головная боль, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность.

Объективно: границы сердца расширены в обе стороны, тоны его глухие. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, сглажена правая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется вправо. Активные движения в правых конечностях отсутствуют, тонус мышц в них повышен по спастическому типу. Сухожильные и надкостничный рефлексы справа выше, чем слева, брюшные справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Правосторонняя гемианестезия, гемианопсия.

Анализ крови: СОЭ – 6 мм/час, лейкоциты – 7000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 116%, холестерин 340 мг/%.

Глазное дно: границы сосков зрительных нервов четкие, артерии сетчатки сужены, извиты, склерозированы.

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.

**Задача №16**

Больной 63 лет. Утром, после сна почувствовал слабость левой руки и ноги, а также головокружение. Слабость прогрессировала, и в течение трех дней развился паралич левых конечностей, а также больной стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца тихие. Снижена пульсация правой сонной артерии.

Острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. Поля зрения левого глаза сохранены. Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании уклоняется влево. Отсутствуют активные движения левых конечностей, тонус мышц в них повышен, в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничный рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия.

Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты.

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.

**Задача №17**

Больная Н., около 70 лет, доставлена в клинику машиной скорой помощи. Сведений о развитии заболевания нет. Обнаружена без сознания на улице. В последующем было установлено, что больная страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет.

Объективно: кожные покровы лица гипиремированы, дыхание шумное. АД 240/140 мм рт.ст., пульс 110 ударов в мин., напряжённый, ритмичный. Границы сердца расширены влево, тоны его приглушены, акцент 2-го тона на аорте.

В неврологическом статусе: сознание отсутствует – кома II-III, зрачки широкие D>S, вяло реагируют на свет. Опущен левый угол рта, левая щека «парусит». Активные движения левых конечностей отсутствуют, мышечный тонус в них снижен, сухожильные и надкостничный рефлексы повышены. Слева вызывается рефлекс Бабинского. На уколы больная не реагирует.

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.

**Задача №18**

Больной Р., 32 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 115/70 мм рт.ст. Пульс 50 уд. в мин., ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные.

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 и определить методы вторичной профилактики.

**Задача №19**

Больная Б., 45 лет, доставлена в приёмное отделение машиной скорой помощи через 30 мин от начала заболевания. На работе внезапно упала, потеряла сознание. Окружающие наблюдали у больной судороги, которые были более выражены в левых конечностях, кровавую пену у рта, непроизвольное мочеиспускание. Врач скорой помощи через 15 мин от начала заболевания отметил сопорозное состояние сознания и отсутствие движений в левых конечностях.

При осмотре: больная в сознании, но сонлива. В контакт вступает неохотно, жалуется на головную боль. Рассказала, что 10 лет находится на диспансерном учёте по поводу ревматического порока сердца. Около месяца назад дома внезапно ощутила онемение и слабость в правой руке, в течение часа не могла говорить. Через сутки сила в руке восстановилась и к врачу больная не обращалась.

Лицо бледное. Пульс ритмичный, 90 уд/мин. Над областью сердца выслушивается систолический и диастолический шумы, хлопающий первый тон, АД 110/80 мм рт.ст. Дыхание свободное, 20 в мин.

В неврологическом статусе: зрачки равномерные. Ориентировочным методом определяется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Опущен левый угол рта. Язык при высовывании отклоняется влево. Активные движения в левой руке и ноге отсутствуют. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. На левой стопе вызываются патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Бехтерева, Жуковского. Левосторонняя гемианестезия. Менингеальных симптомов нет.

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.

**Задача №20**

В приемное отделение доставлен больной Р., 57 лет, страдающий в течении девяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем потерял сознание.

В неврологическом статусе: сознание отсутствует – кома II, левый зрачок шире правого, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексами, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц 1см, с-м Кернига под углом 160°с обеих сторон.

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.

**Тема: Заболевания периферической нервной системы**

**Задача №1**

Больной В.,37 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.

**Задача №2**

Больной А., 40 лет. Жалобы на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голенях. В течение ряда лет больной употребляет алкоголь, заболевание развивалось постепенно.

Объективно: симметричные парезы стоп с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев с атрофией мышц, походка «петушиная» (степпаж). Ахилловы рефлексы отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Отечность, гиперпигментация кожи нижних конечностей.

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.

**Задача №3**

Больной 47 лет. Жалобы на боли по подошвенной поверхности стопы и пальцев, которые возникают во время ходьбы, но бывают и в ночное время. Боль иррадиирует от стопы вдоль седалищного нерва до ягодичной области. Стопа разогнута, подошвенное сгибание ее невозможно. Пальцы стопы подогнуты – «когтистая» стопа. Гипестезия на задней поверхности голени и подошве стопы. Ахиллов рефлекс снижен. Перкуссия в области тарзального канала болезненна.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

**Задача №4**

Больной Р., 48 лет, при ходьбе высоко поднимает правую ногу, так как у нее свисает стопа («петушиная походка»). При осмотре: свисающая стопа «конская стопа» (pes equinovarus) справа, невозможно ее разгибание в голеностопном суставе, невозможно стоять на пятке. Атрофия мышц передненаружной поверхности правой голени. Гипестезия по задненаружной поверхности голени и тыле стопы. Сухожильные рефлексы сохранены.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

**Задача №5**

У больного Д., 52 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.

**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 нерва справа, курковая зона в области угла рта справа. Другой неврологической симптоматики нет. Глазное дно без патологии. МРТ головного мозга 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.

**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.

**Задача №8**

Больного В., 46 лет, беспокоят слабость и боли в кистях и предплечьях, стопах и голенях, онемение в них, возникшие постепенно. Много лет страдает сахарным диабетом.

В неврологическом статусе: атрофия мышц кистей и стоп, снижена сила в них до 3 баллов, снижен мышечный тонус. Отсутствуют рефлексы карпорадиальные на руках и ахилловы на ногах. Гипестезия в дистальных отделах конечностей. Положителен симптом Ласега с обеих сторон под углом 60°. Кожа кистей и стоп сухая, истонченная, ногти ломкие, тусклые.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить методы реабилитации.

**Задача №9**

Больного Р., 36 лет, после падения на правое колено год назад, стала беспокоить сильная боль по передневнутренней поверхности бедра, стало трудно подниматься по лестнице.

При осмотре: затруднено сгибание правого бедра и разгибание голени, атрофия четырехглавой мышцы, отсутствует коленный рефлекс. Гипестезия в области передней поверхности бедра. Положительный симптом Вассермана.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить методы реабилитации.

**Задача №10**

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».

При ЭМГ выявлены признаки деструкции миелина.

В ликворе: цитоз 10 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок 1,6г/л.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить прогноз и методы реабилитации.

**Тема: Воспалительные заболевания нервной системы**

**Задача №1**

Больной М., 38 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль и боли в мышцах, повышение температуры до 37,5°, общую слабость, недомогание. Эти симптомы появились после укуса клеща в правой подлопаточной области. В течение первой недели на месте присасывания клеща, имевшая место гиперемия, увеличилась с 1,5см до 12×20см. При осмотре неврологической и кардиальной патологии не выявлено. В подлопаточной области справа имеется кольцевидная эритема размером 14×26см. В правой подмышечной области пальпируется безболезненный лимфоузел 1x1,5см. Печень увеличена до 1,5см.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить методы профилактики.

**Задача №2**

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.

**Задача №3**

У больного В., 39 лет, 3 дня назад поднялась температура до 38º, возникла головная боль, двоение в глазах и выраженная сонливость.

При осмотре: сознание сохранено, диплопия при взгляде в стороны, птоз с двух сторон, анизокория D>S, отсутствует реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию при сохранении реакции на свет (обратный симптом Аргайла-Робертсона). Парезов конечностей нет. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Сухожильные рефлексы живые D=S.

Больному сделана люмбальная пункция. Спинномозговая жидкость бесцветная, прозрачная, цитоз –10 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок – 0,6г/л.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить характер спинномозговой жидкости.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**Задача №4**

У больного Б.. 40 лет, через две недели после перенесенного гнойного отита внезапно повысилась температура тела до 39º, появилась сильная головная боль, рвота, бред.

В неврологическом статусе: больной загружен, оглушен, дезориентирован в месте и времени. Горизонтальный нистагм, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правых конечностях до 3 баллов, мышечный тонус в них повышен, сухожильные рефлекс D>S, рефлекс Бабинского справа. Ригидность затылочных мышц 4 см, симптом Кернига под углом 90°.

Больному произведена люмбальная пункция. Ликвор: вытекает под давлением 340мм вод.ст., мутный, плеоцитоз – 2327 клеток в 1 мкл за счет нейтрофилов, белок –3,07г/л, сахар – 35 г/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**Задача №5**

Больной Л., 32 лет. Заболел остро 15 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: 20 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. Назначить лечение и определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

**Задача №6**

У больного Ш., 43 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 омечается 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 и определить прогноз.

**Задача №7**

Больная Н., 51 год жалуется на головную боль, повышение температуры тела до 39°, снижение памяти и способности к концентрации внимания, замедленность мыслительных процессов, потерю интереса к работе, нарушение сна. Указанные симптомы развились постепенно в течение 2 лет.

При осмотре больная пониженного питания, эмоционально лабильна. Пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Определяется умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу и равномерно оживленные рефлексы с рук и ног, патологические рефлексы Россолимо на руках и ногах, а также стопные рефлексы: Бабинского, Оппенгейма, Гордона с обеих сторон.

В ликворе определяется небольшой лимфоцитарный плеоцитоз (48 клеток в 1 мкл), умеренное увеличение содержания белка, повышение концентрации IgG, бета-2-микроглобулина и хинолината.

На MP-томограмме головного мозга выявлена церебральная атрофия с расширением корковых борозд и желудочковой системы.

С помощью ИФА в крови обнаружены антитела к антигенам вируса ВИЧ.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Определить методы профилактики.

**Задача №8**

У больного В., 28 лет, внезапно появилась сильная головная боль, сопровождающаяся рвотой, боли в животе, повысилась температура тела до 39°.

При осмотре: лицо гипиремировано, с выделяющимся бледным носогубным треугольником, склеры инъецированы, больной громко стонет от головной боли.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, болезненность при движении глазных яблок. Ригидность затылочных мышц 3 см, симптом Кернига под углом 130°. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Ликвор: давление 260 мм водн.столба, плеоцитоз 360 клеток в 1 мкл. за счет лимфоцитов, белок 0,66г/л, нормальное содержание глюкозы.

Из кала выделены вирусы Коксаки и ECHO.

Подобная клиника отмечена еще у 3 человек, находящихся в контакте с больным.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости.

4. Поставить клинический диагноз.

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

**Задача №9**

Больной Г., 12 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.

**Задача №10**

Больной Р., 34 лет, обратился с жалобами на повышение температуры до 37,5°, выраженную головную боль, головокружение, отсутствие аппетита, нарушение сна. Симптомы появились в течение 2 недель и постепенно нарастали.

В неврологическом статусе: сходящееся косоглазие слева, диплопия при взгляде влево, ригидность мышц затылка 3см, симптом Кернига под углом 120°, парезов конечностей нет.

Больной пропунктирован. В ликворе: плеоцитоз 220 клеток в 1 мм³ с преобладанием лимфоцитов, белок 2г/л, положительные реакции Панди и Нонне-Аппельта, снижено содержание сахара и хлоридов.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить состав спинномозговой жидкости.

4. Поставить клинический диагноз.

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

**Тема: Демиелинизирующие заболевания нервной системы**

**Задача №1**

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.

**Задача №2**

Больной В., 20 лет. В 18-летнем возрасте в течение 3-5 дней отмечал двоение при взгляде вправо. Через год появилось пошатывание при ходьбе, больше вправо, слабость в ногах, периодически задержка мочеиспускания, которые прошли после гормональной терапии. Месяц назад, после стресса вновь почувствовал слабость в ногах и шаткость при ходьбе.

В неврологическом статусе: легкое сходящееся косоглазие справа, диплопия при взгляде вправо, горизонтальный нистагм, скандированная речь, нижний спастический парапарез с высокими сухожильными рефлексами и патологическими рефлексами Бабинского, отсутствуют брюшные рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга, походка с широко расставленными ногами. Мимопопадание и интенционный тремор в правой руке при выполнении пальценосовой пробы.

На глазном дне – побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

На МРТ в белом веществе лобных и височных долей, а также в мозолистом теле множественные очаги демиелинизации.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить данные МРТ, глазного дна и назначить дополнительные методы обследования.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение в период обострения и определить методы профилактики.

**Задача №3**

Больная Н., 30 лет жалуется на слабость в ногах, шаткость при ходьбе, учащенное мочеиспускание, которое держится в течение 3-х дней.

Болеет 3 года, когда после стресса возникло онемение ног, которое держалось в течение месяца и самостоятельно прошло. Через год появилась слабость в ногах и шаткость при ходьбе, которые прошли после гормональной терапии. Через 2 года слабость в ногах возобновилась, и появились тазовые расстройства в виде императивных позывов.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, императивные позывы при мочеиспускании.

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

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить изменения на МРТ и назначить недостающие методы обследования.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить методы профилактики обострений.

**Задача №4**

Больная Т., 35 лет жалуется на затруднение ходьбы из-за шаткости и слабости в ногах, нарушение речи. Болеет в течение 10 лет, заболевание началось с ретробульбарного неврита слева, через 3 месяца зрение восстановилось. Через три года появилось двоение и шаткость при ходьбе, которые прошли после гормональной терапии кортикостероидами. Два года назад вновь появилась шаткость при ходьбе, к которой присоединилась слабость в ногах, онемение в них и дизартрия. Лечилась гормонами, но симптомы полностью не прошли, а стали постепенно нарастать.

В неврологическом статусе: visus OS = 0,8; OD=1,0, горизонтальный нистагм, нижний центральный парапарез с высоким спастическим мышечным тонусом, высокими коленными и ахилловыми рефлексами, патологическими рефлексами Бабинского, мозжечковая атаксия, гипестезия на ногах с уровня коленных суставов и выпадение вибрационной чувствительности на ногах. На момент осмотра отмечается стабилизация состояния.

На МРТ головного мозга: множество гиперинтенсивных очагов демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

На глазном дне: бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить данные дополнительного обследования: МРТ головного мозга, глазное дно.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить методы профилактики обострений.

**Задача №5**

У больного З., 42 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.

**Задача №6**

У больной К., 20 лет впервые резко снизилось зрение на правый глаз после перенесённого ОРЗ, окулист диагностировал ретробульбарный неврит.

В неврологическом статусе: visus OS – 1,0, visus OD – светоощущение. Другой неврологической симптоматики в неврологическом статусе нет.

На глазном дне – без патологии, МРТ головного мозга – без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

**Задача №7**

У больной Н., 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 нерва справа, определяется курковая зона в области угла рта справа. Другой неврологической симптоматики нет.

На глазном дне – без патологии, МРТ головного мозга – без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

**Задача №8**

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

В неврологическом статусе: сглажены складки на лбу слева, глазные щели S>D, опущен левый угол рта, при оскале левый угол рта неподвижен, слезотечение из левого глаза. Другой неврологической симптоматики не выявляется.

Глазное дно в норме.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Определить прогноз и осложнения.

**Задача №9**

У больной А., 30 лет появилась слабость в ногах, шаткость при ходьбе и учащенное мочеиспускание после перенесенного ОРЗ, которые полностью прошли после гормональной терапии. В анамнезе – год назад в течение недели беспокоило двоение в глазах, которое самостоятельно прошло, и к врачам не обращался.

В неврологическом статусе: ЧМН – горизонтальный нистагм, снижена сила в ногах до 4 баллов, мышечный тонус в них повышен по спастическому типу, коленные и ахилловы рефлексы высокие с клонусами стоп, патологические рефлексы Бабинского с двух сторон. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией.

Глазное дно без патологии.

МРТ головного мозга –3 очага демиелинизации в перивентрикулярной области с перифокальным отеком.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение

5. Определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

**Задача №10**

У больной М.,28 лет после стресса возникло онемение и неловкость в правой руке, которое держалось две недели и самостоятельно прошло. Через год онемение в руке возобновилось, а также появилась слабость в ногах, шаткость при ходьбе и учащенное мочеиспускание. С этими жалобами поступила в стационар.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, снижена поверхностная и глубокая чувствительность в правой руке, сила в руках сохранена, а в ногах снижена до 4 баллов, мышечный тонус в ногах повышен по спастическому типу, сухожильные рефлексы высокие, р-сы Бабинского с 2-х сторон, ПНП и КПП выполняет с интенцией.

Глазное дно – бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

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

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на МРТ головного мозга, назначить необходимые методы диагностики.

4. Поставить клинический диагноз.

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

**Тема: Эпилепсия**

**Задача №1**

Больной Е., 36 лет. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 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.

**Задача №2**

Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение.

Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет.

На ЭЭГ – комплексы «острая-медленная волна», усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**Задача №3**

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».

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**Задача №4**

Больного С., 18 лет беспокоят судорожные припадки, начинающиеся с ощущения радужных колец перед глазами, все предметы при этом изменяют свои очертания, после чего больной теряет сознание, падает и развиваются тонико-клонические судороги генерализованного характера. Такими припадками страдает с детства, частота их 3-4 раза в месяц.

В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Глазное дно без патологии.

На ЭЭГ – эпиактивность генерализованного характера, более выраженная в затылочной области.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Оценить изменения на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение.

**Задача №5**

Больная Р.,70 лет жалуется на головные боли, больше в утренние часы, которые иногда сопровождаются рвотой. Накануне, впервые в жизни, развился приступ клонических судорог в правой кисти, без потери сознания, который длился около 10 мин.

В неврологическом статусе: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке, особенно кисти до 4 баллов, сухожильные рефлексы на руках D>S.

На глазном дне: начальные явления застоя дисков зрительных нервов.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить необходимые методы обследования

4. Поставить предварительный клинический диагноз.

5. Назначить лечение и определить тактику ведения больной.

**Задача №6**

Больной З., 30 лет. С 12 лет отмечает приступы тонико-клонических судорог с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Частота припадков 1 раз в 2-3 месяца, наследственность не отягощена.

В неврологическом статусе: очаговой симптоматики не выявлено.

Глазное дно – без патологии.

На ЭЭГ – эпиактивность генерализованного характера.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение

**Задача №7**

Больная В.,16 лет, доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи. В сопроводительных документах указано, что с 10 лет страдает эпилепсией, систематически принимает бензонал. Сегодня один за другим возникло 3 приступа с потерей сознания и генерализованными судорогами тонико-клонического характера.

При осмотре: сознание утрачено, пульс ритмичный, 96 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, АД 150/100. Дыхание аритмичное из-за продолжающихся судорожных сокращений мышц. Температура тела 37,5°. Зрачки широкие, на свет не реагируют. В мимических и скелетных мышцах наблюдаются почти постоянные клонические судороги. Следы прикусов на языке, кровяная пена у рта, непроизвольное мочеиспускание. Сухожильные рефлексы снижены. С обеих сторон вызывается рефлекс Бабинского. Ригидность мышц затылка 3см., симптом Кернига под углом 130°.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Предположить локализацию патологического процесса.

3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ и глазном дне.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение

**Задача №8**

Больная Г., 23 лет заболела остро после семейной ссоры, когда развился приступ потери сознания с тоническими судорогами.

При осмотре: глаза закрыты, на вопросы не отвечает, периодически повторяются тонические судороги во всех конечностях. Пульс 76 уд. в мин, АД 120/80.

В неврологическом статусе: при попытке поднять веки оказывает сопротивление. Зрачки D=S. Мышечный тонус сохранен. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков нет.

После инъекции кордиамина открыла глаза, самостоятельно встала, походка вычурная, ноги заплетаются, держится за стену.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Методы профилактики.

**Задача №9**

Больной Ж., 40 лет, доставлен в приёмное отделение машиной скорой помощи. Внезапно на улице потерял сознание, упал, наблюдались генерализованные судороги. Во время транспортировки в машине пришёл в сознание, но затем вновь повторился общий судорожный припадок. Рассказал, что после травмы черепа (15лет назад) 1-2 раза в год бывают эпилептические припадки. Вчера употреблял алкоголь. Больной сделал попытку встать, но в этот момент вновь возник общий судорожный припадок, который начался с поворота глаз и головы влево.

При осмотре: больной в состоянии оглушения, с трудом вступает в контакт. Жалуется на головную боль. В правой лобно-височной области старый рубец после травмы. Зрачки одинаковые. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Активные движения в правых конечностях в полном объеме, а левой рукой и ногой двигает с большим трудом. Сила левой кисти 2 балла. Сухожильные рефлексы S>D. На левой стопе вызывается рефлекс Бабинского.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Назначить дополнительные методы обследования.

4. Поставить клинический диагноз.

5. Назначить лечение

**Задача №10**

Больная С., 25 лет с 14-летнего возраста отмечает приступы потери сознания, с падением, но без судорог. Перед приступом отмечает чувство «дурноты», лицо бледнеет. Чаще приступы возникают в душном помещении.

В неврологическом статусе: очаговой неврологической симптоматики нет. Выражена вегетативная симптоматика.

Глазное дно в норме.

ЭЭГ без патологических изменений.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Назначить дополнительные методы обследования.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить лечение

**Тема: Нервно-мышечные заболевания**

**Задача №1**

У мальчика 5 лет родители обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, 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.

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.

**Задача №2**

Больной Н., 37 лет, жалуется на слабость в кистях и стопах, невозможность стоять на пятках. Болен около 15 лет, заболевание развивалось очень медленно.

При осмотре определяется периферический парез кистей и стоп с атрофией и гипотонией мышц, дистальной арефлексией; полиневритический тип нарушения чувствительности. Со слов больного, у его 14-летней дочери очень слабые кисти.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Признаки какого заболевания имеются у больного?

4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

5. Назначить лечение.

**Задача №3**

Больная Д.,38 лет, жалуется на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все…»). 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) выявилась слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. 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.

**Задача №4**

Ребенок 14 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость рук и утомляемость ног. До 7 лет рос и развивался нормально. Затем появилась и постепенно нарастала слабость в руках, с трудом поднимал руки вверх.

Родители обратили внимание на то, что у него стало худеть лицо и плечевой пояс, что он спит с не полностью опущенными веками. В последнее время слабость в руках настолько выражена, что с трудом носит портфель.

При обследовании выявляется амимия, не может наморщить лоб, при закрывании глаз – лагофтальм с обеих сторон. Губы утолщены, вытянуть их в трубочку и надуть щеки не может. Отмечается «поперечная» улыбка. Выражена атрофия мышц плечевого пояса, усилен поясничный лордоз. Снижена сила мышц в проксимальных отделах верхних конечностей и длинных мышцах спины. Сухожильные рефлексы с рук снижены, с ног – живые. Все виды чувствительности сохранены.

Активность альдолазы сыворотки крови 12 ед/мл (норма до 7 ед.).

При ЭМГ-исследовании пораженных мышц выявлено снижение их электрической активности.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Признаки какого заболевания имеются у больного?

3. Клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**Задача №5**

Девочка 11 лет, жалуется на слабость в ногах и руках, чувство «ползания мурашек» в стопах.

Заболела два года назад. Вначале заметила утомляемость ног, стала запинаться при ходьбе, с трудом бегать. Постепенно слабость в ногах нарастала. Год назад заметили похудание голеней. В последнее время отмечает слабость и в руках, появилось чувство «ползания мурашек» и зябкости в стопах. В семье подобным заболеванием болеет с детства отец.

При обследовании обнаружены атрофии мышц голеней и кистей. Снижена сила мышц в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, но наиболее значительно – мышц разгибателей стопы с обеих сторон; стопы свисают. Походка – степпаж. Не вызываются ахилловы рефлексы. Снижена поверхностная чувствительность по полиневритическому типу (в виде «перчаток» и «носков») и вибрационная чувствительность на внутренних и наружных лодыжках.

На ЭМГ с мышц голеней регистрируется снижение скорости проведения возбуждения по малоберцовым нервам.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить необходимые методы обследования.

5. Назначить лечение и определить прогноз.

**Задача №6**

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.

4. Назначить лечение и определить прогноз.

**Тема: Болезнь Паркинсона**

**Задача №1**

Больную И., 82 лет беспокоит дрожание рук, умеренно затрудняющее самообслуживание и письмо, которое усиливается при движении и уменьшается в покое, а также дрожание головы по типу «нет-нет».

Впервые отметила дрожание рук лет 12 назад на фоне стресса. Дрожание симметричное, медленно прогрессирует. У матери и бабушки больной был тремор подобного характера.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, легкая слабость конвергенции. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Мышечная сила и тонус в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы высокие, без чёткой разницы. Патологических рефлексов нет. Определяется постурально-кинетический, высокочастотный, мелкоамплитудный тремор пальцев рук, умерено затрудняющий самообслуживание. В позе Ромберга – легкая неустойчивость. Ходьба с элементами атаксии. Гипокинезии нет.

МРТ ГМ – без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

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

**Задача №2**

Больная А.,76 лет жалуется на скованность в конечностях, больше в левых, которая затрудняет самообслуживание, иногда 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 7 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 ГМ – 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?

**Задача №3**

Больную З., 55 лет беспокоит дрожание левой руки в покое, которое уменьшается при движении и усиливается при волнении; некоторая неловкость в левых конечностях, периодические головные боли, головокружение несистемного характера, шаткость при ходьбе.

Впервые периодическое дрожание левой руки в покое отметила около 1 года назад, которое постепенно усиливается.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, слабость конвергенции. Асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Глотание и фонация сохранены, глоточные рефлексы снижены. Легкая гипомимия. Намечены рефлексы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в левой ноге. Мышечная сила сохранена. ПНП, КПП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга неустойчива. Ходьба в целом удовлетворительная, но снижен темп ходьбы, незначительные элементы атаксии. Легкая гипокинезия. Выражен тремор покоя левой руки, низкочастотный, крупноамплитудный.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

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

**Задача №4**

Больную О., 50 лет беспокоят насильственные движения с зажмуриванием глаз, напряжением мимических и жевательных мышц (прикусывает язык), меньше во сне, и лежа, а так же при закладывании руки под голову, эмоциональная лабильность.

Впервые учащенное моргание появилось около 5 лет назад на фоне 3 операций под общей анестезией (миома, грыжи), несколько позднее присоединилась жевательная мускулатура.

В неврологическом статусе: Осмотр затрудняют пароксизмальные, следующие группами сокращения мышц лица с зажмуриванием глаз, сжатием челюстей, которых нет в положении лежа. Есть коррегирующие позы – при закладывании руки за голову гиперкинез уменьшается. Асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Глотание, фонация в норме. Намечены рефлексы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы высокие, без асимметрии, патологических рефлексов нет. Мышечная сила и тонус сохранены. ПНП и КПП без грубых дефектов. В позе Ромберга резкая шаткость. Ходьба без особенностей.

МРТ головного мозга без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить предварительный клинический диагноз.

4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

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

**Задача №5**

Больная В., 29 лет. Беспокоит тремор головы, типа «нет-нет», иногда тремор рук, боли в шейном отделе позвоночника. Тремор в течение всего дня, в положении лежа практически исчезает. Анамнез не отягощен.

В неврологическом статусе патологии не выявлено за исключением крупноамплитудного низкочастотного тремора головы, напряжения мышц шеи с переразгибательной ее установкой.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить предварительный клинический диагноз.

4. Какой дополнительный метод обследования необходим для подтверждения диагноза?

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

**Задача №6**

У больной Б., 25 лет, на фоне полного здоровья в течение нескольких месяцев развилась скованность и общая замедленность движений, больше выраженная в правых конечностях. Анамнез не отягощен.

В неврологическом статусе: общая гипокинезия, с преобладанием справа. Ригидность мышц правых конечностей. Поза «просителя». При ходьбе – ахейрокинез справа, шаркает правой ногой, длина шага снижена.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

5. Назначить лечение.

**Задача №7**

Больной Ч., 66 лет. Жалобы на выраженное снижение памяти, внимания, галлюцинации сложного характера в ночные часы, общую замедленность движений, скованность. Анамнез не отягощен.

В неврологическом статусе: общая гипокинезия, с преобладанием слева. Ригидность мышц левых конечностей. Поза «просителя». При ходьбе – ахейрокинез слева, шаркает левой ногой, длина шага снижена.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

5. Назначить лечение.

**Задача №8**

Больная В., 45 лет. Жалобы на наличие выраженной скованности и замедленности движений, а также насильственные движения околоротовой мускулатуры.

Из анамнеза известно, что длительно наблюдается у психиатра, получает нейролептики.

В неврологическом статусе: общая, симметричная гипокинезия. Ригидность мышц с обеих сторон. Поза «просителя». Ходит мелкими шажками, при ходьбе отсутствуют содружественные движения верхних конечностей (ахейрокинез). Насильственные движения околоротовой мускулатуры по типу шевеления губами, сходные с движениями кролика.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?

5. Назначить лечение.

**Задача №9**

Больной Н., 70 лет. Жалобы на выраженное нарушение ходьбы, ее замедленность, шарканье ног. Из анамнеза известно, что длительно страдает цереброваскулярной патологией, неоднократно переносил транзиторные ишемические атаки.

В неврологическом статусе: асимметрия правой носогубной складки. Яркие рефлексы орального автоматизма. Ригидность мышц в положении лежа отсутствует. Ходьба грубо нарушена – затруднено начало движения, первые шаги малы, шаркает, широко расставляет ноги. Неустойчивость в позе Ромберга. Отмечает снижение памяти, внимания, трудности в запоминании новой информации. Велосипедная проба положительная – больной легко демонстрирует ходьбу в положении лежа.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить предварительный клинический диагноз.

4. Назначить необходимые дополнительные обследования.

5. Назначить лечение.

**Задача №10**

Больной П.,70 лет. Доставлен в стационар на носилках, в сознании. Речь крайне тихая, замедленная, практически отсутствует. Самостоятельно не передвигается.

Из анамнеза известно, что длительно страдает болезнью Паркинсона, последние 8 лет принимал по 1500 мг леводопы в сутки. Неделю назад закончился препарат, не успел получить новый.

В неврологическом статусе: грубая гипокинезия – все движения совершаются в резко замедленном темпе, выражена ригидность мышц. Вегетативные нарушения. Голос практически не слышен, монотонен. Глотание нарушено.

1. Выделить клинический синдром.

2. Предположить, чем он вызван.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Какие дополнительны методы обследования могут подтвердить диагноз?

5. Назначить лечение рациональное для данного состояния.

**Тема: ВСД**

**Задача №1**

У больного А., 35 лет, после стресса, появились приступы сердцебиения, головной боли, повышения АД до 170 мм рт.ст., повышенной потливости, ознобоподобного дрожания, повышения температуры тела, с выраженным чувством страха и тревоги. В конце приступа наблюдается обильное мочеиспускание. Сознание больного не нарушается. Продолжительность приступа от 40 минут до часа.

В неврологическом статусе: органическая симптоматика отсутствует. Выражены вегетативные нарушения: зрачки широкие D=S, белый возвышенный дермографизм, выражен общий гипергидроз, тремор век и пальцев рук.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

**Задача №2**

У больного Б.. 28 лет, год назад перенесшего черепно-мозговую травму, стали возникать приступы, характеризующиеся выраженной общей слабостью, затруднением дыхания, повышенной потливостью, чувством остановки сердца, понижением АД, брадикардией, тошнотой, болями в животе с позывами на дефекацию. Продолжительность приступа 30-40 минут.

В неврологическом статусе патологии не выявлено кроме выраженной вегетативной симптоматики: пуль 60 уд в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Зрачки узкие D=S. Выражен общий гипергидроз, красный разлитой стойкий дермографизм.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

**Задача №3**

У больной И., 54 лет, которая более 10 лет страдает хроническим панкреатитом, 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.

**Задача №4**

У больного В., 42 лет, после ножевого ранения левого предплечья появилась мучительная жгучая боль в руке, иррадиирующая в надплечье.

В неврологическом статусе: гипестезия с гиперпатией в области I-III пальцев левой руки по ладонной поверхности и в области тенара, гиперемия, потливость, истончение кожи левой кисти, ломкость ногтей. Боль уменьшается при охлаждении, особенно водой.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

**ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ по общей неврологии**

**Тема: Произвольные движения и их расстройства**

**Задача №1.**

1. Сочетанная тетраплегия (вялая верхняя параплегия и спастическая нижняя параплегия).

2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне шейного утолщения C5-Th2 сегментов: поражены передние рога и латеральные пирамидные пути в боковых столбах.

**Задача №2**

1. Правосторонняя центральная гемиплегия с центральным парезом VII и XII черепно-мозговых нервов справа.

2. Поражена левая внутренняя капсула.

**Задача №3**

1. Спастический тетрапарез.

2. Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (С1-С4): поражены в боковых столбах латеральные пирамидные пути с обеих сторон.

**Задача №4**

1. Периферический тетрапарез кистей и стоп с полиневритическим типом расстройства чувствительности.

2. Множественное поражение периферических нервов на верхних и нижних конечностях, содержащих как двигательные, так и чувствительные волокна.

**Задача №5**

1. Альтернирующий паралич Вебера.

2. Поражена левая ножка мозга.

**Задача №6**

1. Джексоновская эпилепсия.

2. Поражена кора головного мозга в верхних отделах правой передней центральной извилины.

**Задача №7**

1. Периферический паралич сгибателей V и IV пальцев и сгибателей ульнарного края кисти, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации локтевого нерва.

2. Поражен локтевой нерв.

**Задача №8**

1. Периферический паралич сгибателей I-II-III пальцев и сгибателей радиального края кисти, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации срединного нерва, каузалгический болевой синдром.

2. Поражен срединный нерв.

**Задача №9**

1. Нижний центральный парапарез.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе, латеральные пирамидные пути в боковых столбах с обеих сторон.

**Задача №10**

1. Периферический верхний парапарез.

2. Поражены передние рога спинного мозга на уровне шейного утолщения С5-Th2 сегментов с обеих сторон.

**Тема: Чувствительность и ее расстройства**

**Задача №1**

1. Сенситивная атаксия.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе, задние столбы на уровне Тh9-Тh10 сегментов.

**Задача №2**

1. Сенситивная (чувствительная) Джексоновская эпилепсия.

2. Поражена правая теменная доля головного мозга, постцентральная извилина в верхнем отделе.

**Задача №3**

1. Очаги поражения в грудном отделе спинного мозга, на уровне сегментов:

- у первого больного – Тh2-3;

- у второго – Тh7-8,

- у третьего – Тh9-10.

2. Поражены пирамидные и спиноталамические пути в боковых столбах спинного мозга.

**Задача №4**

1. Таламический синдром.

2. Поражен правый зрительный бугор.

**Задача №5**

1. Спастическая гемиплегия и гемианетезия левых конечностей, левосторонняя гемианопсия.

2. Поражена правая внутренняя капсула.

**Задача №6**

1. Сегментарный диссоциированный тип расстройства чувствительности.

2. Поражены в грудном отделе спинного мозга задние рога на уровне Тh5-Тh10 сегментов справа.

**Задача №7**

1. Синдром Броун-Секара.

2. Поражена половина поперечника спинного мозга в грудном отделе на уровне Тh7-Тh8 сегментов справа.

**Задача №8**

1. Периферический парез разгибателей стопы и пальцев и невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации малоберцового нерва.

2. Поражен малоберцовый нерв.

**Задача №9**

1. Астереогноз.

2. Поражена верхняя теменная долька правого полушария.

**Задача №10**

1. Полиневритический тип расстройства чувствительности.

2. Поражены периферические нервы на верхних и нижних конечностях с обеих сторон.

**Тема: Координация и ее нарушения.**

**Экстрапирамидная система и ее поражения**

**Задача №1**

1. Хореический гиперкинез.

2. Поражена экстрапирамидная система, ее стриарная часть.

**Задача №2**

1. Олигокинезия и брадикинезия.

2. Поражена экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.

**Задача №3**

1. Мозжечковая атаксия.

2. Поражены оба полушария мозжечка.

**Задача №4**

1. Правосторонняя мозжечковая атаксия.

2. Поражено правое полушарие мозжечка.

**Задача №5**

1. «Штампующая» походка характерная для сенситивной атаксии.

2. Возникает при поражении задних канатиков спинного мозга, периферических нервов, медиальной петли, зрительного бедра, в которых проходят проводящие пути глубокой чувствительности.

**Задача №6**

1. Вестибулярная атаксия.

2. Возникает при поражении внутреннего уха, вестибулярного нерва, вестибулярных ядер в стволе мозга.

**Задача №7**

1. Акинетико-ригидный синдром.

2. Поражена экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.

**Задача №8**

1. Тремор, как вид экстрапирамидного гиперкинеза.

2. Поражена экстрапирамидная система, ее стриарная часть.

**Задача №9**

1. Гемибаллизм, как вид экстрапирамидного гиперкинеза.

2. Поражено субталамическое ядро Льюиса.

**Задача №10**

1. Тик, как вид экстрапирамидного гиперкинеза.

2. Поражена экстрапирамидная система, ее стриарная часть.

**Тема: Черепно-мозговые нервы**

**Задача №1**

1. Паралич мышц, поднимающих верхнее веко, обеспечивающих движения глазного яблока вверх, вниз и кнутри и мышцы суживающей зрачок.

2. Поражен глазодвигательный нерв.

**Задача №2**

1. Амблиопия на правый глаз.

2. Поражен зрительный нерв, через который проходит дуга зрачкового рефлекса на свет.

**Задача №3**

1. Корешковый тип расстройства чувствительности на половине лица с герпетическими высыпаниями.

2. Поражен корешок тройничного нерва и Гассеров узел справа.

**Задача №4**

1. Односторонняя аносмия.

2. Развивается при поражении обонятельного нерва, луковицы или тракта на основании мозга.

**Задача №5**

1. Синдром Аргайла-Робертсона.

2. Возникает при поражении среднего мозга вследствие разрыва связи между афферентной и эфферентной частью рефлекторной дуги зрачкового рефлекса, характерен для сифилитического поражения нервной системы.

**Задача №6**

1. Паралич наружной прямой мышцы правого глаза.

2. Поражен правый отводящий нерв.

**Задача №7**

1. Паралич верхней косой мышцы глаза правого глаза.

2. Поражен правый блоковый нерв.

**Задача №8**

1. Сегментарный диссоциированный тип расстройства чувствительности на лице.

2. Поражены верхние отделы спинномозгового ядра тройничного нерва в Варолиевом мосту справа.

**Задача №9**

1. Верхняя квадрантная гемианопсия.

2. Очаг поражения в области левой gyrus linguales в затылочной доле.

**Задача №10**

1. Паралич наружной прямой мышцы левого глаза.

2. Поражен левый отводящий нерв.

**Задача №11**

1. Периферический паралич мимической мускулатуры левой половины лица.

2. Поражен лицевой нерв слева.

**Задача №12**

1. Альтернирующий паралич Мийяр-Гублера.

2. Очаг в Варолиевом мосту справа, где поражено ядро лицевого нерва и пирамидный путь.

**Задача №13**

1. Синдром Горнера-Клода Бернара.

2. Возникает при поражении боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов C8-T1 (цилио-спинального центра), шейных симпатических узлов, стенки внутренней сонной артерии, нисходящих симпатических волокон от гипоталамуса в продолговатом мозге.

**Задача №14**

1. Альтернирующий паралич Джексона.

2. Очаг в продолговатом мозгу слева, где поражено ядро подъязычного нерва и пирамидный путь.

**Задача №15**

1. Бульбарный (периферический) паралич мышц языка, мягкого неба, гортани и глотки.

2. Поражены в продолговатом мозге ядра IX-X-XII пар ЧМН.

**Задача №16**

1. Псевдобульбарный центральный паралич мышц языка, гортани и глотки.

2. Поражены корково-ядерные пирамидные пути для IX-X-XII ЧМН в полушариях головного мозга с двух сторон.

**Задача №17**

1. Периферический паралич мимических мышц справа.

2. Поражен правый лицевой нерв.

**Задача №18**

1. Альтернирующий паралич Вебера.

2. Поражена правая ножка мозга.

**Задача №19**

1. Периферический паралич мимических мышц справа, гипоакузия на правое ухо, гипестезия в зоне иннервации тройничного нерва, правосторонняя мозжечковая атаксия.

2. Поражены VII,VIII, V пары ЧМН и мозжечок в мостомозжечковом углу.

**Задача №20**

1. Синдром лицевых болей пароксизмального характера.

2. Поражен тройничный нерв справа.

**Тема: Кора головного мозга. Расстройства высших мозговых функций**

**Задача №1**

1. Генерализованный судорожный припадок с фокальным компонентом в виде поворота головы и глаз вправо.

2. Поражена левая лобная доля, задний отдел средней лобной извилины, где расположен центр сочетанного поворота головы и глаз.

**Задача №2**

1. Синдром «лобного поведения и лобной психики».

2. Поражена лобная доля головного мозга.

**Задача №3**

1. Расстройство схемы тела: аутотопагнозия, псевдомелия, анозогнозия.

2. Поражена теменная доля правого полушария головного мозга у правшей.

**Задача №4**

1. Джексоновская эпилепсия.

2. Поражен верхний отдел правой передней центральной извилины коры головного мозга.

**Задача №5**

1. Генерализованный судорожный припадок с фокальным компонентов в виде фотопсий.

2. Поражена затылочная доля головного мозга, ее медиальная поверхность.

**Задача №6**

1. Синдром тотальной моторной афазии.

2. Поражена левая лобная доля в заднем отделе нижней лобной извилины, центр Брока.

**Задача №7**

1. Синдром оптической агнозии.

2. Поражена затылочная доля.

**Задача №8**

1. Синдром обонятельных галлюцинаций – аура эпиприпадка.

2. Поражена височная доля, ее медио-базальная поверхность.

**Задача №9**

1. Синдром сенсорной (акустико-гностической) афазии.

2. Поражена левая височная доля в заднем отделе верхней височной извилины, центр Вернике.

**Задача №10**

1. Синдром «лобного поведения и лобной психики», односторонняя аносмия.

2. Очаг поражения расположен на основании лобной доли.

**Тема: Вегетативная нервная система.**

**Оболочки, ликвор, менингеальный синдром**

**Задача №1**

1. Синдром «панической атаки».

2. Поражен гипоталамус.

**Задача №2**

1. Вегетативно-висцеральный криз.

2. Поражен гипоталамус.

**Задача №3**

1. Фокальный вегетативно-висцеральный эпилептический припадок.

2. Поражение в гипоталамусе или гиппокампальной извилине височной доли.

**Задача №4**

1. Нейро-эндокринный синдром Иценко-Кушинга.

2. Возникает при поражении гипоталамуса, гипофиза и коры надпочечников.

**Задача №5**

1. Менингеальный синдром.

2. Поражены мозговые оболочки.

**Задача №6**

1. Нормальный состав спинномозговой жидкости.

2. Мозговые оболочки не поражены.

**Задача №7**

1. Клеточно-белковая диссоциация, лимфоцитарный плеоцитоз.

2. Характерна для серозных менингитов.

**Задача №8**

1. Клеточно-белковая диссоциация, нейтрофильный плеоцитоз.

2. Характерна для гнойных менингитов.

**Задача №9**

1. Белково-клеточная диссоциация.

2. Характерна для объемных образований: опухолей головного мозга, кистозного арахноидита и др.

**Задача №10**

1. Геморрагическая ксантохромия с наличием измененных эритроцитов обусловлена кровоизлиянием.

2. Ксантохромия спинномозговой жидкости, повышение её давления, наличие измененных эритроцитов свидетельствуют о субарахноидальном кровоизлиянии, произошедшем несколько дней назад.

**ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ ПО ЧАСТНОЙ НЕВРОЛОГИИ**

**Тема: Сосудистые заболевания головного мозга**

**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, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

**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.

**Задача №3**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром;

- менингеальный синдром.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Субарахноидальное кровоизлияние, возможно из аневризмы.

4. Предполагается поражение артерий виллизиева круга.

5. 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 ГМ с контрастированием.

**Задача №4**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром;

- менингеальный синдром.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Субарахноидальное кровоизлияние, возможно из аневризмы.

4. Предполагается поражение артерий виллизиева круга.

5. 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 ГМ с контрастированием.

**Задача №5**

1. Очаговый синдром в виде: правосторонней центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемигипестезии и гемианопсии.

2. Поражена внутренняя капсула в левом полушарии головного мозга.

3. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.

4. Левая средняя мозговая артерия.

5. В первые часы – КТ головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

**Задача №6**

# 1. Очаговый оптико-пирамидный синдром в виде амблиопии справа и центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезией слева.

2. Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы) и правый зрительный нерв.

3. ОНМК по ишемическому типу.

4. Правая внутренняя сонная артерия.

5. В первые часы КТ головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

**Задача №7**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром – кома II-III;

- очаговый синдром в виде левосторонней центральной гемиплегии с центральным парезом VII ЧМН.

2. Поражены в правом полушарии головного мозга внутренняя капсула и подкорковые узлы.

3. Геморрагический инсульт.

4. Бассейн правой средней мозговой артерии.

5. В первые часы – КТ головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, при необходимости – МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография.

**Задача №8**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром;

- менингеальный синдром.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Субарахноидальное кровоизлияние, возможно из аневризмы.

4. Предполагается поражение артерий Виллизиева круга

5. 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 ГМ с контрастированием.

**Задача №9**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром: оглушение – сопор;

- синдром очаговой симптоматики – левосторонняя центральная гемиплегия с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезия и гомонимная гемианопсия слева.

2. Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы).

3. ОНМК по ишемическому (кардиоэмболическому) типу.

4. Бассейн правой средней мозговой артерии.

5. КТ головного мозга, УЗИ сердца, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

**Задача №10**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром;

- менингеальный синдром;

- очаговый синдром в виде центральной правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН справа.

2. Поражена внутренняя капсула и подкорковые узлы в левом полушарии.

3. Геморрагический инсульт.

4. Бассейн левой средней мозговой артерии.

5. КТ головного мозга, общий и биохимический анализ крови, ЭКГ, по показаниям МРТ ГМ с контрастированием, МР-ангиография.

**Задача №11**

1. Очаговые синдромы в виде:

- элементов моторной афазии;

- центрального пареза VII, XII ЧМН справа;

- правостороннего центрального гемипареза.

2. Поражена область лучистого венца слева.

3. Преходящее нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии с легким правосторонним гемипарезом, речевыми нарушениями. Фон: Гипертоническая болезнь III, риск 4.

4. КТ головного мозга, УЗДГ экстракраниальных сосудов, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

5. Лечение:

- тромбоцитарные антиагреганты (аспирин 150 м/сут.);

- эритроцитарные антиагреганты (пентоксифиллин 5 мл на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно);

- гемодилюция-рефортан 500мл, р-р электролитов – натрия хлорида 0,9% 400мл, магния сульфат 25% 10мл, калия хлорида 4% 5,0;

- нейропротекция – цераксон 1000 мг в/в капельно на физ. растворе;

- коррекция АД – эналаприл 5 мг 2 раза в день.

Вторичная профилактика: назначение гипотензивной и антиагрегантной терапии, борьба с избыточным весом, терапия гиперхолестеринемии.

**Задача №12**

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 ГМ с контрастированием.

5. Лечение:

- борьба с отеком мозга – манннитол 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.

При выявлении церебральной аневризмы – консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

**Задача №13**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром;

- намечен менингеальный синдром;

- очаговый синдром в виде правосторонней центральной гемиплегии и центрального пареза VII ЧМН справа.

2. Поражена внутренняя капсула и подкорковые узлы в левом полушарии.

3. ОНМК по типу паренхиматозного кровоизлияния в бассейне левой средней мозговой артерии. Фон: Гипертоническая болезнь III, риск 4.

4. КТ головного мозга, МР-ангиография ЭКГ, общий и биохимический анализ крови.

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).

Вторичная профилактика: назначение гипотензивной терапии;

- при выявлении артериальной аневризмы консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

**Задача №14**

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 ГМ 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.

Вторичная профилактика: при выявлении церебральной аневризмы консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

**Задача №15**

1. Очаговые синдромы в виде:

- правосторонней центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН;

- правосторонней гемигипестезии;

- правосторонней гемианопсии.

2. Поражена внутренняя капсула слева.

3. ОНМК по ишемическому (атеротромботическому) типу в ЛСМА.

4. КТ головного мозга, УЗДГ экстракраниальных сосудов, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови – холестерин и его фракции, фибриноген, протромбин, сахар.

5. Лечение:

- дезагрегантная терапия: аспирин 75-150 мг/сут. или плавикс 75 мг/сут;

- нейропротекция – актовегин 400 мг 2 раза в сутки в/в;

- гиперволемия – р-р электролитов – натрия хлорида 0,9 % 400 мл, магния сульфат 25% 10 мл, калия хлорида 4% 5,0, пентоксифиллин 5,0 мл на 200 мл физ. р-ра.

Вторичная профилактика:

- гипотензивная терапия – престариум 5мг/сут, дезагрегантная терапия – аспирин 75 мг /сут, борьба с избыточным весом, гиподинамией, терапия гиперхолестеринемии – зокор-форте 40 мг/сут;

- хирургическое лечение гемодинамически значимых стенозов магистральных артерий головы.

# Задача №16

# 1. Очаговый оптико-пирамидный синдром в виде амблиопии справа и центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемианестезией слева.

2. Поражено правое полушарие головного мозга, правый зрительный нерв.

3. ОНМК по ишемическому (атеротромботическому) типу в ПВСА.

4. КТ головного мозга, УЗДГ экстракраниальных сосудов, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма (фибриноген, протромбин, АЧТВ)

5. Лечение:

- дезагрегантная терапия: аспирин 75-150 мг/сут;

- нейропротекторная терапия: актовегин 400 мг 2 раза в сутки, мексидол 5 мл 2 раза в сутки на 200,0 мл физ. р-ра;

- гемодилюция: р-ры электролитов.

Вторичная профилактика:

- назначение дезагрегантной терапии – кардиомагнил 75 мг/сут, борьба с избыточным весом, терапия гиперхолестеринемии – зокор-форте 40 мг/сут, отказ от курения, борьба с гиподинамией;

- хирургическое лечение гемодинамически значимого стеноза внутренней сонной артерии.

**Задача №17**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром: кома II-III;

- менингеальный синдром;

- очаговый синдром в виде левосторонней центральной гемиплегии.

2. Поражены в правом полушарии головного мозга внутренняя капсула и подкорковые узлы.

3. Геморрагический инсульт в бассейне ПСМА.

4. КТ головного мозга, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови.

5. Лечение:

- стабилизация гемодинамики: магния сульфат 25% 20,0 мл в/в;

- 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.

Вторичная профилактика:

- назначение гипотензивной терапии: престариум 10 мг /сут, конкор 5 мг/сут

- при выявлении артериальной аневризмы – консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

**Задача №18**

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 ГМ 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.

Вторичная профилактика: при выявлении артериальной аневризмы – консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении, борьба с гипертонией.

**Задача №19**

1. Синдромы:

- общемозговой симптоматики – оглушение – сопор;

- очаговый синдром в виде центральной гемиплегии с центральным парезом VII, XII ЧМН, гемианестезии и гомонимной гемианопсии слева.

2. Поражено правое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые узлы); бассейн ПВСА.

3. ОНМК по ишемическому (кардиоэмболическому) типу – бассейн правой средней мозговой артерии.

4. КТ головного мозга, ЭКГ, УЗИ сердца, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма (фибриноген, протромбин, АЧТВ).

5. Лечение:

- дезагрегантная терапия: аспирин 75 мг/сут.;

- нейропротекторная терапия: актовегин 400 мг 2 раза в сутки, мексидол 5 мл 2 раза в сутки на 200,0 мл физ. р-ра;

- гемодилюция: р-ры электролитов.

Вторичная профилактика: лечение порока сердца, назначение антикоагулянтов – варфарин 2,5 мг под контролем МНО (2,0-3.0).

**Задача №20**

1. Синдромы:

- общемозговой синдром;

- очаговый сидром в виде центральной правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН справа;

- менингеальный синдром.

2. Поражено левое полушарие головного мозга (внутренняя капсула и подкорковые ядра).

3. Геморрагический инсульт.

4. КТ головного мозга, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови.

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.

Вторичная профилактика: выявление и лечение артериальных аневризм, борьба с гипертонией.

**Тема: Заболевания периферической нервной системы**

**Задача №1**

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.

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 №2**

1. Периферический парез стоп, полиневритический тип расстройства чувствительности и вегетативные расстройства в них.

2. Поражены нервы нижних конечностей.

3. Алкогольная полиневропатия.

4. ЭНМГ нижних конечностей.

5. Лечение: ежедневно по 100мг тиамина, фолиевая кислота, витамины В6 и В12  или мильгамма, ЛФК.

Профилактика: отказ от алкоголя, диета богатая витаминами.

**Задача №3**

1. Периферический парез сгибателей стопы и пальцев, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации большеберцового нерва, невропатические боль по ходу седалищного нерва.

2. Поражен большеберцовый нерв.

3. Невропатия большеберцового нерва туннельного характера.

4. ЭНМГ большеберцового нерва.

5. Инъекции гидрокортизона или дипроспана в канал и ткани, окружающие нерв; радикальным методом лечения является оперативное вмешательство.

**Задача №4**

1. Периферический парез разгибателей стопы и пальцев, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации малоберцового нерва.

2. Поражен малоберцовый нерв.

3. Невропатия малоберцового нерва.

4. ЭНМГ малоберцового нерва.

5. Лечение: антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05% – 1,0 в/м; витамины группы В – В1, В12 или мильгамма, пентоксифиллин, ЛФК, массаж, физиотерапия.

**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.

5. Лечение: антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05%-1,0 в/м; витамины группы В – В1, В12; мильгамма, пентоксифиллин; ЛФК, массаж, физиотерапия.

**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.

5. Противосудорожная терапия – финлепсин по 200 мг 2 раза в день с постепенным повышением дозы.

**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**

1. Периферический парез кистей и стоп, полиневритический тип расстройств чувствительности и вегетативно-трофические расстройства в них.

2. Поражены периферические нервы на верхних и нижних конечностях.

3. Диабетическая полиневропатия.

4. ЭНМГ верхних и нижних конечностей.

5. Лечение: нормализация уровня сахара крови; витамины группы В; пентоксифиллин; тиоктацид или берлитион 300-600 мг в сутки в/в №10; антидепрессанты – амитриптилин; противосудорожные (при болях) – карбамазепин 200мг 2 раза в день.

**Задача №9**

1. Периферический парез сгибателей бедра и разгибателей голени, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации бедренного нерва.

2. Поражен бедренный нерв.

3. Невропатия бедренного нерва.

4. ЭНМГ бедренного нерва.

5. Лечение: антихолинэстеразные препараты – Sol.Proserini 0,05%-1,0 в/м; витамины В1, В12, мильгамма, пентоксифиллин; ЛФК, массаж, физиотерапия.

**Задача №10**

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. По данным ЭМГ – демиелинизирующий характер поражения, в ликворе – белково-клеточная диссоциация;

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;

- При расстройстве дыхания – ИВЛ в условиях реанимации;

- ЛФК, массаж, двигательная реабилитация.

**Тема: Воспалительные заболевания нервной системы**

**Задача №1**

1. Синдромы:

- инфекционный синдром с болями в мышцах, развившийся через 3 дня после укуса клеща;

- синдром кольцевидной эритемы.

2. Поражение кожи в виде кольцевидной эритемы.

3. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), стадия мигрирующей эритемы.

4. ИФА и ПЦР в сыворотке крови, а при необходимости и в ликворе.

5. Лечение: доксициклин –100 мг 2 раза в день per os 14 дней; витамины В1, В6, В12 – в/м.

По причине отсутствия мер специфической профилактики сделать акцент на применении репеллентов и ношении защитной одежды.

**Задача №2**

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;

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

**Задача №3**

1. Инфекционный синдром и очаговые в виде гиперсомнии и глазодвигательных расстройств (гиперсомнической офтальмоплегии).

2. Поражен средний мозг: ядра глазодвигательных нервов и ретикулярная формация.

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

4. Летаргический энцефалит Экономо.

5. Специфической терапии нет; возможно, назначение нуклеаз (ДНКаза, РНКаза – 700-900 мг на курс);

- дегидратация: маннитол 400 мл в/в;

- ангиопротекторы: кавинтон, пентоксифиллин;

- нейропротекторы: актовегин 400мг 2 раза в день в/в, церебролизин, пирацетам.

Прогноз – в дальнейшем возможно развитие хронической стадии в виде постэнцефалитического паркинсонизма.

**Задача №4**

1. Инфекционный, общемозговой, менингеальный синдромы и очаговый синдром в виде правостороннего центрального гемипареза.

2. Поражены мозговые оболочки и вещество головного мозга.

3. Нейтрофильный плеоцитоз в ликворе свидетельствует о гнойном характере воспаления.

4. Вторичный гнойный отогенный менингоэнцефалит.

5. Лечение:

- пенициллин 30-40 млн. ЕД/сут. в/в до 14 дней, показано сочетание с антибиотиками бактерицидного действия (гентамицин и канамицин).

Отмена антибиотиков производится после контрольной пункции при условии, если цитоз<100 клеток, из которых не менее 75% должны быть лимфоциты;

- дегидратация: лазикс, маннитол;

- кортикостероиды;

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

**Задача №5**

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.

**Задача №6**

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;

- детоксикация: гемодез, р-р электролитов;

- нейропротекторы: витамины, пирацетам, мексидол;

- симптоматическая терапия: седативные средства, анальгетики.

**Задача №7**

1. Инфекционный синдром и очаговые синдромы в виде центрального тетрапареза и умеренных когнитивных расстройств.

2. Поражены пирамидные пути в полушариях головного мозга с двух сторон и кора головного мозга.

3. Синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД), подострая энцефалопатия (СПИД-деменция) с умеренным спастическим тетрапарезом, синдромом УКР, прогрессирующее течение.

4. Лечение:

- зидовудин 200 мг 6 раз в сутки;

- саквинавир 1200 мг 3 раза в сутки;

- интерферон альфа внутримышечно 3 млн. МЕ в сутки в первые 3 дня; 4-6 день – 9 млн. МЕ в сутки; 7-8 день – 18 млн. МЕ с последующим повышением дозы до 36 млн. МЕ;

- эриус 1 таблетка 1 раз в сутки;

- геримакс 1 таблетка в сутки;

- церебролизин 10 мл внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора;

- берлитион 300 мг 2 раза в сутки.

5. Профилактика: при медицинских манипуляциях – применение одноразового инструментария, упорядоченная половая жизнь с использованием средств защиты.

**Задача №8**

1. Инфекционный, общемозговой и менингеальный синдромы.

2. Поражены мозговые оболочки.

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

4. Острый серозный энтеровирусный менингит, среднетяжелое течение.

5. Лечение:

- РНКаза 20-30 мг в/м 6 раз в сутки 700-900 мг на курс;

- дегидратация: фуросемид, маннитол;

- детоксикация: гемодез, р-р электролитов;

- нейропротекторы: витамины, пирацетам, глицин;

- симптоматическая терапия: седативные препараты, анальгетики.

Прогноз при своевременной диагностике и адекватной терапии благоприятный.

**Задача №9**

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 №10**

1. Инфекционный, общемозговой, менингеальный синдромы и очаговый синдром поражения левого отводящего нерва.

2. Поражены мозговые оболочки и левый отводящий 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 2месяца (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.

**Тема: Демиелинизирующие заболевания нервной системы**

**Задача №1**

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 ГМ 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;

- нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, кортексин;

- антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион.

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

**Задача №2**

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, парез правого отводящего нерва, тазовые расстройства.

2. Поражены пирамидные и вегетативные пути в грудном отделе спинного мозга, мозжечок, отводящий нерв.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга и изменения на глазном дне 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;

- плазмаферез;

- нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, кортексин;

- антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион.

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

**Задача №3**

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, тазовые расстройства.

2. Поражены пирамидные и вегетативные пути для тазовых функций в грудном отделе спинного мозга и мозжечок.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза; рекомендуется провести исследование вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных;

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;

- плазмаферез;

- нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, кортексин;

- антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион.

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

**Задача №4**

1. Синдромы: нижний спастический парапарез, мозжечковая атаксия, расстройство поверхностной и вибрационной чувствительности, зрительные расстройства, тазовые расстройства.

2. Поражены в грудном отделе спинного мозга пирамидные пути, вегетативные пути для тазовых органов, спиноталамические пути и пути глубокой чувствительности в задних столбах, а также мозжечок и зрительный нерв.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга, мозжечка и ствола мозга, а также изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза.

4. Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное 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;

- плазмаферез;

- нейропротекторы: церебролизин, пирацетам, кортексин;

- антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион.

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

**Задача №5**

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;

- 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 №6**

1. Выраженная амблиопия на правый глаз при нормальной картине глазного дна.

2. Поражен правый зрительный нерв на протяжении между глазным яблоком и хиазмой.

3. Ретробульбарный неврит.

4. Лечение:

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

- антиоксиданты: мексидол, тиоктацид, берлитион;

- сосудистая терапия: кавинтон 10 мг 3 раза в день, пентоксифиллин 100 мг 3 раза в день.

5. Наблюдение у невролога, повторение МРТ через 6 месяцев в связи с возможным дебютом рассеянного склероза.

**Задача №7**

1. Синдром лицевой боли пароксизмального, чрезвычайно жестокого, стреляющего характера в зоне иннервации III ветви тройничного нерва справа.

2. Поражена III ветвь тройничного нерва справа.

3. Невралгия III ветви тройничного нерва справа инфекционного генеза.

4. Противосудорожная терапия: финлепсин по 200мг. 2 раза в день с постепенным повышением дозы.

5. МРТ головного мозга, в связи с подозрением на РС, учитывая молодой возраст больной.

**Задача №8**

1. Периферический парез мимических мышц левой половины лица.

2. Поражён левый лицевой нерв.

3. Острая идиопатическая невропатия лицевого нерва.

4. Лечение:

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

- дегидратационная терапия – сульфат магния, фуросемид, верошпирон;

- мильгамма 2,0 в/м №10;

- сосудистая терапия – пентоксифилин, кавинтон;

- ЛФК, массаж, ИРТ;

- физиотерапия – соллюкс, УВЧ.

5. Прогноз: выздоровление, остаточные явления и осложнения в виде контрактуры или патологических синкинезий.

**Задача №9**

1. Синдромы: нижний спастический парапарез и мозжечковая атаксия.

2. Поражен спинной мозг в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах) и мозжечок.

3. Наличие 3 очагов демиелинизации в перивентрикулярной области белого вещества полушарий головного мозга вызывает подозрение на рассеянный склероз; для подтверждения диагноза необходимо исследование ликвора, глазного дна и вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных.

4. Вероятный рассеянный склероз.

5. Лечение:

- кортикостероиды;

- нейротрофическая терапия – церебролизин 10,0 в/в №10;

- антиоксиданты: тиоктацид 600 мг в/в 1 раз в день №10;

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

Наблюдение у невролога, повторная МРТ через 3 месяца с контрастированием для выявления новых очагов.

**Задача №10**

1. Синдромы: афферентный парез правой руки, легкий нижний центральный парапарез, мозжечковая атаксия, тазовые нарушения.

2. Поражен спинной мозг в шейном отделе (в боковых столбах – спиноталамические пути, а в задних столбах – пути глубокой чувствительности) и в грудном отделе (пирамидные пути в боковых столбах), а также мозжечок.

3. На МРТ ГМ выявленные множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для рассеянного склероза; для уточнения диагноза необходимо исследование вызванных потенциалов: зрительных, акустических и соматосенсорных.

4. Вероятный рассеянный склероз.

5. Лечение:

- кортикостероиды;

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

- нейротрофическая терапия – церебролизин 10,0 в/в №10;

- сосудистая терапия: трентал 400мг 2 раза в день.

Наблюдение у невролога: повторная МРТ ГМ через 3 мес. с контрастированием для выявления новых очагов.

**Тема: Эпилепсия**

**Задача №1**

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 ГМ 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 №2**

1. Синдром первично-генерализованных эпилептических припадков: тонико-клонических и абсансов.

2. В патологический процесс изначально вовлечены оба полушария.

3. На ЭЭГ выявлена эпилептическая активность – комплексы «острая-медленная волна» в виде генерализованных синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

4. Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными полиморфными эпиприпадками (тонико-клоническими и абсансами) редкими по частоте.

5. Противосудорожная терапия: препарат выбора – депакин в средней дозировке 20-30 мг/кг (под контролем ACT, АЛТ, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

**Задача №3**

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 в дозе 20-30мг/кг, начиная с 500 мг в сутки, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем АСТ, АЛТ, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

**Задача №4**

1. Синдром генерализованных тонико-клонических эпилептичесих припадков.

2. В патологический процесс вовлечены оба полушария и особенно затылочные доли.

3. На ЭЭГ выявлена генерализованная эпиактивность более выраженная в затылочной пиприпадками.

4. Идиопатическая эпидепесия с частыми генерализованными тонико-клоническими эпиприпадками.

5. Противосудорожная терапия: топамакс в дозе 25 мг/сут. с постепенным увеличением дозы до 100 мг/сут., постоянно, длительно.

**Задача №5**

1. Синдромы:

- общемозговой – утренняя головная боль, сопровождающаяся рвотой;

- очаговые – в виде приступов фокальной моторной Джексоновской эпилепсии в правой кисти, центрального монопареза правой руки с центральным парезом VII и XII ЧМН справа.

2. Очаг поражения в передней центральной извилине левого полушария, в ее среднем отделе.

3. Застойные явления на глазном дне свидетельствуют о повышении внутричерепного давления; необходима МРТ ГМ для уточнения характера процесса в левой передней центральной извилине.

4. Предварительный диагноз: опухоль левой лобной доли головного мозга с синдромом Джексоновской эпилепсии.

5. Консультация нейрохирурга – лечение оперативное.

**Задача №6**

1. Синдром первично-генерализованных тонико-клонических эпилептических припадков.

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

3. На ЭЭГ выявлена генерализованная эпилептическая активность – комплексы «острая-медленная волна» в виде синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

4. Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными тонико-клоническими эпиприпадками.

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

**Задача №7**

1. Синдром тонико-клонического эпилептического статуса.

2. В патологический процесс вовлечены оба полушария головного мозга.

3. На ЭЭГ выявленная генерализованная эпиактивность свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий, а начальные явления застоя на глазном дне – признак повышения внутричерепного давления.

4. Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными тонико-клоническими эпиприпадками, осложненная эпистатусом.

5. Лечение: реланиум 20 мг в/в; в дальнейшем цель лечения состоит в поддержании дыхания (интубация, ИВЛ), кровообращения в условиях реанимации, при отсутствии эффекта барбитуровый наркоз тиопентала натрия.

**Задача №8**

1. Синдром психогенного (истерического) припадка.

2. Очаг поражения в головном мозге отсутствует.

3. Конверсионный (истерический) невроз с психогенными припадками.

4. ЭЭГ для исключения эпиактивности.

5. Лечение: транквилизаторы (альпразолам, атаракс, грандаксин), антидепрессанты (амитриптилин, пароксетин, стимулотон),психотерапия, гипнотерапия.

**Задача №9**

1. Синдромы: генерализованных судорожных эпилептических припадков и правостороннего центрального монопареза руки с центральным парезом VII и XII ЧМН.

2. Очаг поражения в правой лобной доле, в передней центральной извилине её среднем и нижнем отделах.

3. МРТ ГМ, ЭЭГ, глазное дно.

4. Посттравматическая энцефалопатия с симптоматической эпилепсией.

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

**Задача №10**

1. Синдром синкопальных (обмороки) состояний.

2. Очаг поражения в головном мозге отсутствует.

3. ЭКГ с мониторированием, измерение АД, РЭГ.

4. Синдром ВСД с синкопальными состояниями.

5. Лечение:

- кавинтон 1 т. 3 р/д.;

- пирацетам по 800мг 2 р/д.;

- глицин 1 т. 3 р/д.

**Тема: Нервно-мышечные заболевания**

**Задача №1**

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, биопсия и гистологическое их исследование, составление родословной, КФК крови, цитогенетическое исследование.

5. Лечение симптоматическое:

- витамины группы В, А, Е;

- оротат калия, АТФ, рибоксин;

- сосудистая терапия (трентал);

- массаж, ЛФК, физиотерапия.

**Задача №2**

1. Синдромы периферического пареза кистей и стоп с полиневритическим типом расстройства чувствительности.

2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.

3. Подозрение на семейный вариант невральной амиотрофии Шарко-Мари.

4. Необходимо ЭНМГ и гистологическое исследование пораженных мышц, составление родословной.

5. Лечение: антихолинэстеразные препараты – Sol. Proserini 0,05% – 1,0 в/м; витамины В1, В12, мильгамма; сосудистая терапия: пентоксифиллин; ЛФК, массаж, физиотерапия.

**Задача №3**

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;

- плазмаферез;

- иммуносупрессоры: азатиоприн, циклофосфан и др.

**Задача №4**

1. Синдром слабости мышц лица и верхнего плечевого пояса.

2. Патологический процесс локализуется в мышцах лица и верхнего плечевого пояса.

3. Погрессирующая мышечная дистрофия, плече-лопаточно-лицевая форма Ландузи-Дежерина.

4. ЭМГ, КФК крови.

5. Лечение симптоматическое:

- витамины группы В, А, Е;

- оротат калия, АТФ, рибоксин;

- сосудистая терапия (трентал);

- массаж, ЛФК, физиотерапия.

**Задача №5**

1. Синдром периферического пареза кистей и стоп с полиневритическим типом расстройства поверхностной и глубокой чувствительности в них.

2. Поражены периферические нервы верхних и нижних конечностей.

3. Подозрение на семейный вариант невральной амиотрофии Шарко-Мари.

4. Изменения на ЭМГ свидетельствуют о поражении малоберцовых нервов.

5. Лечение симптоматическое: массаж, ЛФК, общеукрепляющая терапия, антихолинэстеразные препараты (прозерин), витамины группы В (мильгамма), антиоксиданты (тиоктацид, берлитион).

**Задача №6**

1. Миотонический синдром – интенсивного сокращения мышц после движения.

2. Поражены пресинаптические и постсинаптические мембраны мышц.

3. Врожденная миотония Томсена.

4. КФК крови, ЭМГ.

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

**Тема: Болезнь Паркинсона**

**Задача №1**

1. Синдром постурально-кинетического тремора.

2. Экстрапирамидная система.

3. Эссенциальный тремор, умеренно прогредиентное течение.

4. Диагностика осуществляется по клинической симптоматике и наследственно отягощенному анамнезу.

5. Терапия ЭТ средней степени тяжести симптоматическая и проводится по желанию больного. Рационально применение бета-блокаторов: пропранолол 60 мг/сут., карведилол12,5-25мг/сут., при их неэффективности антиконвульсант клоназепам 2-6 мг/сут.

**Задача №2**

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 №3**

1. Синдром дрожательного гиперкинеза в виде тремора покоя левой руки.

2. Экстрапирамидная система: черная субстанция, нигростриарные нейроны.

3. Болезнь Паркинсона, дрожательная форма, умеренно прогредиентное течение.

4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. С учетом возраста, целесообразно начало терапии: с агнонистов дофаминовых рецепторов: мирапекс 1,5-4,5 мг/сут., проноран 150-250 мг/сут. или амантадинов: пк-мерц 300-500мг/сут.

**Задача №4**

1. Синдром мышечной дистонии в виде блефароспазма и оромандибулярной дистонии.

2. Поражена экстрапирамидная система.

3. Идиопатическая краниальная дистония, умеренно прогредиентное течение, средней степени тяжести.

4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. Препаратом выбора при фокальных дистониях является ботулинический токсин (диспорт 500-1000 ЕД, ботокс 100-200 ЕД) в виде локальных инъекций в сочетании с приемом препаратов обладающих тонолитическим эффектом (баклофен 30-75 мг/сут., сирдалуд 2 – 6 мг/сут.).

**Задача №5**

1. Синдром цервикальной мышечной дистонии по типу ретроколлиса и дистонического тремора.

2. Поражена экстрапирамидная система.

3. Идиопатическая цервикальная дистония по типу ретроколлиса с дистоническим тремором.

4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. Препаратом выбора при фокальных дистониях является ботулинический токсин (диспорт 500-1000 ЕД, ботокс 100-200 ЕД) в виде локальных инъекций в сочетании с приемом препаратов обладающих тонолитическим эффектом (баклофен 30-75 мг/сут., сирдалуд 2 – 6 мг/сут.).

**Задача №6**

1. Акинетико-ригидный синдром (паркинсонизма) с преобладанием справа.

2. Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция, нигростриарные нейроны.

3. Ювенильный паркинсонизм, акинетико-ригидная форма, дебют.

4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. Лечение: ПК-мерц (амантадин) 300 мг/сут., агонисты дофаминовых рецепторов мирапекс 1,5-4,5 мг/сут., проноран 150-250 мг/сут.

**Задача №7**

1. Синдромы: паркинсонизма,когнитивных и психотических расстройств.

2. Поражены базальные ядра и кора головного мозга, преимущественно лобных долей.

3. Предварительный диагноз: болезнь диффузных телец Леви с наличием синдрома паркинсонизма, когнитивных и психотических расстройств.

4. МРТ для исключения других заболеваний.

5. Лечение носит симптоматический характер: препараты леводопы (мадопар), холинергических препаратов (экселон) и антагонистов NMDA-рецепторов (акатинол мемантин).

**Задача №8**

1. Акинетико-ригидный синдром (паркинсонизма) и периоральной дистонии.

2. Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция, нигростриарные нейроны.

3. Нейролептический, симптоматический паркинсонизм с периоральной дистонией.

4. МРТ головного мозга для исключения других заболеваний.

5. Необходима коррекция лечения: отмена нейролептиков.

**Задача №9**

1. Синдромы – паркинсонизма и когнитивных расстройств.

2. Поражена экстрапирамидная система и лобно-подкорковые пути.

3. Сосудистый паркинсонизм с грубым нарушением ходьбы по типу лобно-подкорковой дисбазии.

4. МРТ головного мозга, УЗИ сосудов головного мозга.

5. Лечение: агонисты дофаминовых рецепторов: проноран 150-250 мг/сут.

**Задача №10**

1. Синдром – акинетический криз.

2. Резкое прекращение лечения леводопой.

3. Болезнь Паркинсона, осложненная акинетическим кризом.

4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. Лечение: ПК-Мерц (амантадин) капельно 500мл в/в в течение 3-х часов, 1-2 раза в день, 3-5 дней; быстрорастворимый мадопар 100-200 мг 3-4 раза в сутки; в дальнейшем регулярный прием мадопара 300-600 мг/сут.

**Тема: ВСД**

**Задача №1**

1. Синдром панических атак.

2. Поражен гипоталамус.

3. Психовегетативный синдром, вероятно невротического генеза с паническими атаками.

4. ЭКГ, ФГС, УЗИ внутренних органов для исключения соматической патологии.

5. При кризе препаратами выбора являются транквилизаторы из группы бензодиазепина 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.

**Задача №2**

1. Синдром – вегетативный криз.

2. Поражен гипоталамус.

3. Синдром вегетативной дистонии с вегетативными кризами.

4. ЭКГ, ФГС, УЗИ внутренних органов для исключения соматической патологии.

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.

**Задача №3**

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.

**Задача №4**

1. Синдромы: каузальгической боли, периферического пареза сгибателей кисти и I, II, III пальцев с невритическим типом расстройства чувствительности.

2. Поражен срединный нерв.

3. Посттравматическая невропатия срединного нерва с выраженным каузальгическим синдромом.

4. ЭНМ.

5. Лечение:

- каузальгической боли: антиконвульсанты (тебантин, лирика,карбамазепин) и антидепрессанты (паксил, велафакс, стимулотон и др.);

- пареза: антихолинэстеразные препараты (прозерин), сосудистые (трентал), витамины (мильгамма), антиоксиданты (тиоктацид, берлитион), ЛФК, массаж, физиолечение (магнито- и лазеротерапия).

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**Задачи по общей неврологии:**

|  |  |
| --- | --- |
| Произвольные движения и их расстройства | 3 |
| Чувствительность и ее расстройства | 5 |
| Координация и ее нарушения. Экстрапирамидная система и ее поражения | 7 |
| Черепно-мозговые нервы | 8 |
| Кора головного мозга. Расстройства высших мозговых функций | 12 |
| Вегетативная нервная система. Оболочки, ликвор, менингеальный синдром | 14 |

**Задачи по частной неврологии:**

|  |  |
| --- | --- |
| Сосудистые заболевания головного мозга | 16 |
| Заболевания периферической нервной системы | 26 |
| Воспалительные заболевания нервной системы | 29 |
| Демиелинизирующие заболевания нервной системы | 34 |
| Эпилепсия | 39 |
| Нервно-мышечные заболевания | 43 |
| Болезнь Паркинсона | 46 |
| ВСД | 50 |

**Ответы по общей неврологии:**

|  |  |
| --- | --- |
| Произвольные движения и их расстройства | 52 |
| Чувствительность и ее расстройства | 53 |
| Координация и ее нарушения. Экстрапирамидная система и ее поражения | 54 |
| Черепно-мозговые нервы | 55 |
| Кора головного мозга. Расстройства высших мозговых функций | 58 |
| Вегетативная нервная система. Оболочки, ликвор, менингеальный синдром | 59 |

**Ответы по частной неврологии:**

|  |  |
| --- | --- |
| Сосудистые заболевания головного мозга | 61 |
| Заболевания периферической нервной системы | 69 |
| Воспалительные заболевания нервной системы | 71 |
| Демиелинизирующие заболевания нервной системы | 75 |
| Эпилепсия | 79 |
| Нервно-мышечные заболевания | 82 |
| Болезнь Паркинсона | 84 |
| ВСД | 86 |
| Оглавление | 88 |

Утвержден на заседании кафедры Нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО протокол № 3 от «26» ноября 2021 г.

Зав. кафедрой нервных болезней с курсом ПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Прокопенко С.В.

Декан лечебного факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Газенкампф А.А.