

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА НЕРВНЫХ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2018

УДК 616.8-089(072)
ББК 56.1я73
Н40

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 20.09.2017 г., протокол № 1

А в т о р ы: д-р мед. наук, проф. А. С. Федулов; канд. мед. наук, доц. А. Г. Байда;
канд. мед. наук, доц. В. Г. Логинов; канд. мед. наук, доц. А. В. Борисов

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. В. Г. Козлов; канд. мед. наук, доц.
К. А. Чиж

Неврология и нейрохирургия : учебно-методическое пособие / А. С. Федулов
Н40 [и др.]. – Минск : БГМУ, 2018. – 63 с.

ISBN 978-985-567-943-2.

Излагаются вопросы, подлежащие изучению в рамках курса нервных и нейрохирургических болезней студентами-субординаторами 6-го курса лечебного факультета по специальности «Общая врачебная практика». Представлен расчет времени занятий, необходимые материалы, а также задачи различного уровня сложности с ответами для текущего контроля знаний.

Предназначено для преподавателей кафедры нервных и нейрохирургических болезней.

УДК 616.8-089(072)
ББК 56.1я73

ISBN 978-985-567-943-2

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2018

ВВЕДЕНИЕ

Болезни нервной системы вследствие их широкой распространенности и социальной значимости занимают одно из ведущих мест в клинической медицине. Знание клинических картин заболеваний нервной системы, умение вести диагностический поиск, назначать схемы терапии имеют важное значение в деятельности врача общей лечебной практики, т. к. ему непременно придется в том или ином объеме решать диагностические, лечебные и организационные вопросы ведения неврологических пациентов.

Целью тематического цикла «Нервные и нейрохирургические болезни» для студентов-субординаторов по специальности «Общая врачебная практика» 6-го курса является: отработка навыков обследования пациентов с заболеваниями нервной системы, выявление симптомов и синдромов ее поражения, постановка топического диагноза; получение студентом знаний об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении, профилактике основных заболеваний нервной системы; формирование у студентов основ клинического неврологического мышления, умения поставить диагноз основных неврологических заболеваний, провести их терапию, организовать уход за неврологическими пациентами и осуществить профилактику болезней нервной системы.

Цели практических занятий следующие:

1) отработать навыки исследования неврологического статуса пациента; на основании знаний топической диагностики заболеваний нервной системы научить студентов объединять симптомы в синдромы и выставлять предварительный клинический неврологический диагноз;

2) ознакомить студентов-субординаторов с методами лабораторно-инструментальной диагностики, с современными представлениями об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике основных заболеваний нервной системы;

3) сформировать у студента-субординатора клиническое неврологическое мышление, способность самостоятельно поставить диагноз наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний, провести лечение неотложных неврологических состояний и профилактику заболеваний нервной системы.

Воспитательной целью является формирование у будущего врача чувства ответственности за курируемого пациента.

В результате обучения по дисциплине «Неврология и нейрохирургия» студенты-субординаторы лечебного факультета должны:

1. Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы, последовательности работы в профильных неврологических отделениях, основных методах обследо-

вания пациентов, лечения заболеваний нервной системы в соответствии со стандартами медицинской помощи.

2. Знать:

- современные семиотику и классификации основных заболеваний нервной системы;
- патофизиологию выявленных синдромов;
- клинику синдромов сходных болезней другого профиля;
- последовательность работы с пациентами неврологического и нейрохирургического профиля: сбор анамнеза, физическое обследование в палате, заполнение медицинской документации, постановка предварительного диагноза и составление плана обследования, проведение дифференциальной диагностики и обоснование заключительного диагноза, назначение лечения;
- методы обследования и лечения;
- правила заполнения и ведения истории болезни.

3. Уметь:

- правильно обследовать пациентов неврологического и нейрохирургического профиля и выявлять изменения в объективном статусе;
- определять симптомы, формулировать синдромы и выделять из них основную;
- проводить дифференциальную диагностику;
- составлять план обследования и лечения в соответствии со стандартами медицинской помощи, определять прогноз и давать дальнейшие рекомендации пациенту.

Учебно-материальное обеспечение занятия включает:

1. Наглядные пособия:
 - а) таблицы, схемы;
 - б) мультимедийные презентации;
 - в) видеоматериалы по изучаемой неврологической патологии.
2. Технические средства обучения.
3. Основную и дополнительную литературу.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

Вводная часть

Преподаватель объясняет студентам-субординаторам порядок проведения занятия, делает акцент на повторении материала предыдущих курсов и обращает внимание на необходимую тематическую литературу, а также электронные ресурсы материалов по теме занятия.

Вступительное слово преподавателя может иметь следующую форму: «Изучение материала по теме (*указать*) является составляющей частью обучения студентов 6-го курса лечебного факультета по дисциплине

«Нервные и нейрохирургические болезни». Многообразие заболеваний (*указать орган, систему*) тесно связывает эту тему с материалом, изученным по смежным дисциплинам (*указать*). Именно поэтому самоподготовка основана, прежде всего, на повторении материалов предыдущих курсов (*перечислить необходимые для повторения*). Патология (*указать, какого органа или системы*) освещена не только в лекции, но и в ряде других источников (*перечислить имеющиеся*)».

Рассмотрению на занятиях в процессе изучения данной темы подлежат вопросы, например, по диагностическому и лечебному алгоритму при выявлении какого-либо синдрома, клинике каких-либо заболеваний и т. д.

ПРОВЕРКА ИСХОДНЫХ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

В качестве формы контроля подготовленности к занятию можно рекомендовать определение уровня знаний материала предыдущих курсов. Контролю должны подлежать следующие вопросы: анатомо-физиологические особенности различных структур нервной системы, их основные функции и методы обследования, субъективные и объективные синдромы заболевания, а также механизмы их развития и т. д.

Проведение контроля рекомендуется в устной форме. Устная форма контроля применяется при разборе пациента с тематической патологией.

ОТРАБОТКА УЧЕБНЫХ ВОПРОСОВ

Занятия по каждой теме проводятся в форме клинического разбора пациентов с тематической патологией и отработки соответствующих практических навыков на пациенте на базе профильного отделения.

Студенты должны ознакомиться со всеми вопросами, которые будут освещены на занятии, и записать их в рабочую тетрадь.

Преподаватель подбирает тематических пациентов, которых студенты-субординаторы вместе с преподавателем курируют в течение всего занятия. Студенты знакомятся с историей болезни, листом врачебных назначений. После этого начинается разбор клинических случаев. Студенты выделяют симптомы, синдромы, а среди них — основной, ставят предварительный диагноз и намечают план дифференциальной диагностики с синдромосходными заболеваниями, назначают вместе с преподавателем необходимые дополнительные обследования в соответствии со стандартами медицинской помощи.

Далее преподаватель вместе со студентами работает с данными пациента в палатах. В целях экономии времени (если в этом есть необходимость) один студент проводит непосредственный неврологический осмотр пациента. Затем все студенты выполняют отдельные компоненты неврологического осмотра. Желательно (если позволяет состояние пациента), чтобы патологические изменения, представляющие особый клини-

ческий интерес, были исследованы несколькими студентами (например, повышение мышечного тонуса, наличие патологических рефлексов, координаторные нарушения и т. д.). Преподаватель должен вместе со студентами проводить объективное обследование пациента, обращать особое внимание на правильное выполнение практических приемов, помогать студентам при затруднениях в проведении тех или иных методик осмотра. Из деонтологических соображений непосредственное обсуждение найденной патологии у пациента осуществляется в его отсутствие.

Далее, с учетом результатов исследования пациента, все студенты участвуют в обсуждении и объяснении выявленных у него патологических симптомов и синдромов, выделяют ведущий клинический синдром, намечают дифференциально-диагностический план. Студенты самостоятельно (под контролем преподавателя) формулируют топический и развернутый клинический диагноз (в соответствии с современными требованиями и клиническими классификациями). За одно академическое занятие желательно разобрать 3–4 клинических случая.

Методом отработки учебного материала на практических занятиях является также решение клинических ситуационных задач. Рекомендуются следующая форма разбора задач: преподаватель зачитывает условие задачи, а затем один из студентов последовательно отвечает на вопросы, и если у него возникают затруднения, ему помогают другие студенты.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ (ЦИКЛА)

В заключение занятия анализируется работа каждого студента, подводятся итоги. Преподаватель определяет общий уровень подготовки по теме. Студенты, имеющие пропуски или академические неудовлетворительные оценки по практическим занятиям, в конкретно назначенную дату отрабатывают задолженности (курируют пациентов с патологией, соответствующей теме пропущенного занятия). Студенты, не имеющие академических задолженностей по практическим занятиям, циклу, получают допуск к следующему занятию.

НЕВРОЛОГИЯ

ТЕМА 1. МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА. НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Методика изучения: теоретический семинар, клиническое практическое занятие, разбор тематических пациентов, использование мультимедийных презентаций, наглядных пособий.

Время: 6 ч.

Цель практического занятия:

– на основе базисных знаний анатомии и физиологии нервной системы обучить студентов-субординаторов проводить неврологический осмотр, ставить топический и клинический диагнозы;

– на основе знаний клиники острых и хронических нарушений мозгового кровообращения обучить студентов-субординаторов различным методам диагностики, лечения и профилактики цереброваскулярных заболеваний;

– на основе знаний клиники нейродегенеративных заболеваний нервной системы обучить студентов современным методам их диагностики и лечения.

Студент-субординатор должен знать:

1. Основы нейроанатомии.
2. Методику оценки двигательной системы.
3. Методику оценки чувствительной сферы.
4. Методику оценки координации.
5. Факторы риска инсульта (немодифицируемые, модифицируемые).
6. Основные клинические проявления острых нарушений мозгового кровообращения.
7. Базисную терапию инсульта.

В итоге проведения практического занятия студент-субординатор должен уметь:

1. Выявлять основные неврологические симптомы и синдромы при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения.
2. Устанавливать топический и синдромальный диагнозы.
3. Ставить клинический диагноз.
4. Проводить неврологический осмотр пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
5. Проводить дифференциальную диагностику инфаркта мозга, не-traumaticкого внутримозгового и субарахноидального кровоизлияний.

6. Составлять план проведения диагностического поиска и лечебных мероприятий при нарушениях мозгового кровообращения.

7. Проводить дифференциальную диагностику нейродегенеративных заболеваний.

8. Составлять план диагностики и лечения нейродегенеративных заболеваний.

Материальное оснащение: таблицы, схемы (рисунки), мультимедийные презентации, неврологические молотки, камертон, филамент.

ВВЕДЕНИЕ (АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ)

Знание симптоматики поражения различных отделов головного и спинного мозга, периферической нервной системы, а также умение ее выявлять — фундаментальная основа топической диагностики заболеваний центральной нервной системы. Поиск причины возникновения симптомов поражения нередко затруднителен, поэтому врачи различных специальностей часто сталкиваются с проблемой выбора тактики лечения пациентов с патологией нервной системы.

В настоящее время все большую значимость приобретают цереброваскулярные заболевания. Высокий уровень смертности, заболеваемости и инвалидизации при инсульте обуславливает актуальность данной патологии.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

1. Исследование неврологического статуса.

2. Функции высшей нервной деятельности. Исследование высших корковых (психических) функций. Методы оценки когнитивно-мнестических функций.

3. Методика оценки функции черепных нервов. Исследование обонятельного, зрительного, вкусового, вестибулярного и слухового анализаторов.

4. Методы клинического исследования, синдромы поражения периферического и центрального мотонейронов. Симптомы центрального и периферического паралича. Оценка мышечного тонуса и его возможных изменений. Определение объема движений и оценка силы мышц по 5-балльной системе. Исследование поверхностных и глубоких рефлексов.

5. Неврологические синдромы нарушений чувствительности при поражении различных уровней анализатора чувствительности.

6. Методика исследования функции мозжечка. Основные синдромы нарушения функции мозжечка.

7. Клинические проявления гипертонически-гипокинетического и гипотонически-гиперкинетического синдромов.

8. Оценка локального статуса при вертеброгенных заболеваниях нервной системы.

9. Этиология и патогенез острых и хронических нарушений мозгового кровообращения.

10. Классификация острых и хронических нарушений мозгового кровообращения. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.

11. Неврологические синдромы нарушения кровообращения в бассейнах сосудов каротидной и вертебробазилярной систем.

12. Неврологические синдромы нарушения кровообращения в бассейнах спинальных артерий.

13. Клиника инфарктов мозга. Особенности течения стволовых инфарктов мозга. Клиника геморрагических инсультов (паренхиматозные геморрагии полушарной, стволовой, мозжечковой локализации, субарахноидальные желудочковые кровоизлияния, внутрочерепные гематомы).

14. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная).

15. Базисное (недифференцированное) и дифференцированное лечение острых нарушений мозгового кровообращения. Система этапного лечения пациентов с инсультом, их реабилитация, а также лечебно-профилактические мероприятия в условиях поликлиники.

16. Боковой амиотрофический склероз. Понятие о болезни двигательного нейрона. Основные клинические варианты.

17. Спинаocerebellарные дегенерации. Болезнь Фридрейха.

18. Болезнь Паркинсона. Синдром паркинсонизма.

19. Гепатоцеребральная дистрофия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

20. Хорея Гентингтона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

21. Виды деменций и их дифференциальная диагностика.

22. Курация пациентов с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения, нейродегенеративными заболеваниями.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

№ п/п	Учебные вопросы	Расчет времени, мин
1	Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	5
2	Контроль исходного уровня знаний студентов	10
3	Ответы на вопросы студентов по теме занятия	10
4	Отработка навыков обследования пациентов с поражением нервной системы по тематическим нозологическим курируемым формам	80

№ п/п	Учебные вопросы	Расчет времени, мин
5	Острые и хронические нарушения кровообращения головного мозга	60
6	Острые и хронические нарушения кровообращения спинного мозга	30
7	Нейродегенеративные заболевания с преимущественным поражением коры головного мозга (болезнь Альцгеймера). Виды деменций	20
8	Нейродегенеративные заболевания с преимущественным поражением базальных ганглиев (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона, болезнь Вильсона–Коновалова)	50
9	Нейродегенеративные заболевания с преимущественным поражением мозжечка, спинного мозга (атаксия Фридрейха, боковой амиотрофический склероз)	30
10	Решение ситуационных задач	30
11	Подведение итогов занятия и постановка задач на следующее занятие	5

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Задача 1. Пациент В., 72 года, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание мужчины не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке и затруднение речи. Пациент произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Мужчина доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но пациент вял, апатичен. В речевой контакт мужчина не вступает, на обследование реагирует гримасой недовольства. 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 пациент двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Глубокие рефлексывыше, чем слева. Справа выявляется 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 для уточнения диагноза.

Задача 2. Пациент Е., 52 года, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад он внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.

При осмотре: сознание утрачено (кома II), пациент повышенного питания, лицо гиперемировано. Пульс ритмичный, 64 удара в минуту. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт. ст. Дыхание шумное, ритмичное, 32 в минуту. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения пациент не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Глубокие рефлексы слева ниже, чем справа. Справа выявляется 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 для уточнения диагноза.

Задача 3. Пациент Д., 60 лет, грузчик, при подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Мужчина потерял сознание на несколько минут. Он 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. Пациент возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Парезов конечностей нет. Наблюдается общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон под углом 90°.

На глазном дне вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, их границы нечетки.

Анализ крови: СОЭ — 8 мм/ч, эритроциты — 4 600 000, лейкоциты — 10 000 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 для уточнения диагноза.

Задача 4. Пациент, 45 лет, страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, внезапно после эмоционального напряжения почувствовал слабость и онемение в правых конечностях, появилось затруднение речи.

В неврологическом статусе: элементы моторной афазии, сглаженность правой носогубной складки, 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 для уточнения диагноза.
5. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

Задача 5. У пациента, 53 года, постепенно развилась слабость в руках, а затем и в ногах. Появилось затруднение речи и глотания.

Объективно: выявляется атрофия мышц языка с фибриллярными подергиваниями в нем, ограничение подвижности мягкого неба, атрофия межкостных мышц кистей. Глубокие рефлексы высокие, с расширенными зонами, выявляются двусторонние рефлексы Бабинского. Чувствительных расстройств не наблюдается. Заболевание постепенно прогрессирует. Анализы ликвора, крови без патологии.

1. Указать, что поражено у пациента.
2. Поставить диагноз.
3. Назначить дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

Задача 6. У пациента, 35 лет, появилось дрожание рук, а затем и ног, которое постепенно нарастает. При выполнении произвольных движений дрожание усиливается, в состоянии покоя — уменьшается, вплоть до полного отсутствия. Через несколько лет гиперкинез распространился на мышцы лица, на мышцы, участвующие в речевом акте, и речь стала скандированной и дрожащей. Кроме указанных симптомов, у пациента имеется атаксия, дискоординация, нистагм, мышечная дистония, пигментация зеленовато-бурого цвета по наружному краю радужки (кольцо Кайзера–Флейшера). Лабораторные исследования: в сыворотке крови снижено содержание церулоплазмينا (ниже 10 ЕД при норме 25–45 ЕД), в общем анализе мочи — гиперкупурия (до 1000 мкг/сут при норме 150 мкг/сут); гипераминоцидурия (до 1000 мг/сут при норме 350 мг/сут). Отмечается изменение печеночных проб. При МРТ головного мозга выявляется расширение желудочков головного мозга и атрофия коры.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Определить патогенез заболевания.
4. Назначить лечение.

Задача 7. У пациентки И., 57 лет, первые симптомы заболевания появились в возрасте 45 лет, когда стали отмечаться неритмичные, произвольные движения в различных мышечных группах, которые усиливались при волнении и исчезали во сне. В начале болезни пациентка временно могла подавлять эти насильственные движения и обслуживать себя. Через несколько лет после начала заболевания присоединились нарушения памяти, сузился круг интересов, снизился интеллект.

Объективно: пациентка из-за гиперкинеза гримасничает, жестикулирует, широко разбрасывает руки, при ходьбе раскачивается, пританцовывает. Из-за гиперкинеза речевой мускулатуры нарушена речь: она стала медленной и неравномерной. Мышечный тонус дистоничен.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Указать тип наследования.

Задача 8. Пациентка Т. заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, женщина теряла или не находила различные вещи. Отмечались затруднения в счете денег. Постепенно нарастала беспомощность, пациентка не могла самостоятельно мыться, одеваться и питаться (не знала, куда девать ложку). При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.

Объективно: в неврологическом статусе очаговой симптоматики нет.

1. Назвать описанный синдром и симптомы.
2. Поставить диагноз.
3. Определить прогноз расстройства.
4. Назначить рекомендуемое лечение.

Задача 9. Пациентка А., 76 лет, жалуется на скованность в конечностях, больше в левых, что затрудняет самообслуживание, отмечает иногда дрожание в них, как правило, в покое, замедленность движений, нарушение ходьбы со снижением длины и высоты шага (при ходьбе тянет вперед), частые падения.

Пациентка считает, что заболела 7 лет назад, когда впервые стала замечать скованность в левых конечностях, снижение длины шага. Женщина 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 рефлекс орального автоматизма. Отмечается гипомимия, гипокинезия, глубокие рефлекс S=D. Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус повышен по экстрапирамидному типу, больше справа. На момент

осмотра тремора нет. Пальценосовую и коленно-пяточную пробы пациентка выполняет удовлетворительно. Выражена постуральная неустойчивость (про- и ретропульсия). Походка мелкими шаркающими шагами, корпус наклонен вперед.

МРТ головного мозга без патологии.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить необходимые методы обследования.
5. Назначить лечение, указать группы препаратов, которые рационально использовать в терапии данного заболевания.

Задача 10. Пациентку 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, которое постепенно усиливается, женщина отметила около 1 года назад.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, слабость конвергенции, асимметрия носогубных складок, язык по средней линии. Глотание и фонация сохранены, глоточные рефлексы снижены. Определяется легкая гипомимия, глубокие рефлексы D=S. Намечены рефлексы орального автоматизма. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в левой ноге. Мышечная сила сохранена. Координаторные пробы пациентка выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга неустойчива. Ходьба в целом удовлетворительная, но снижен темп ходьбы, наблюдаются незначительные элементы атаксии. Отмечается легкая гипокинезия. Выражен низкочастотный, крупноамплитудный тремор покоя левой руки.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
5. Назначить лечение, указать группы препаратов, которые рационально использовать в терапии данного заболевания.

Задача 11. Пациентку О., 50 лет, беспокоят насильственные движения с зажмуриванием глаз, напряжением мимических и жевательных мышц (прикусывает язык), меньше во сне и в положении лежа, а также при закладывании руки за голову.

Впервые учащенное моргание появилось около 5 лет назад на фоне трех операций под общей анестезией (фибромиома, паховая грыжа), несколько позднее присоединилась жевательная мускулатура.

В неврологическом статусе: пароксизмальные, следующие группами сокращения мышц лица с зажмуриванием глаз, сжатием челюстей, чего не наблюдается в положении лежа. Есть корригирующие позы — при закладывании руки за голову гиперкинез уменьшается. Пациентка эмоционально лабильна. Отмечается асимметрия носогубных складок, язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Глотание, фонация в норме. Намечены рефлекс орального автоматизма. Глубокие рефлекс высокие, без асимметрии, патологических рефлекс нет. Мышечная сила и тонус сохранены. Координаторные пробы пациентка выполняет удовлетворительно. 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. Назначить дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
5. Назначить лечение, указать группы препаратов, которые рационально использовать в терапии данного заболевания.

Задача 12. У пациентки 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 наблюдается ахейрокинез справа, пациентка шаркает правой ногой, длина шага снижена.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
5. Назначить лечение.

Задача 13. Пациент Н., 70 лет, жалуется на выраженное нарушение ходьбы, ее замедленность, шарканье ног. Из анамнеза известно, что мужчина длительно страдает цереброваскулярной патологией, неоднократно переносил транзиторные ишемические атаки.

В неврологическом статусе: асимметрия правой носогубной складки, яркие рефлекс орального автоматизма. Ригидность мышц в положении лежа отсутствует. Ходьба грубо нарушена: затруднено начало движения, первые шаги малы, пациент шаркает, широко расставляет ноги. Наблюдается неустойчивость в позе Ромберга. Мужчина отмечает снижение памяти и внимания, трудности в запоминании новой информации. Велосипед-

ная проба положительная: пациент легко демонстрирует ходьбу в положении лежа.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить предварительный клинический диагноз.
4. Назначить необходимые дополнительные методы обследования.
5. Назначить лечение.

Задача 14. Пациент Д., 70 лет, доставлен в стационар на носилках, в сознании. Речь крайне тихая, замедленная, практически отсутствует. Самостоятельно мужчина не передвигается.

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

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

1. Выделить клинический синдром.
2. Предположить, чем он вызван.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
5. Назначить рациональное для данного состояния лечение.

Ответы

Задача 1:

1. Синдромы очаговой симптоматики в виде:
 - центрального правостороннего гемипареза преимущественно в руке;
 - расстройства речи (элементы моторной афазии);
 - центрального пареза VII пары черепно-мозгового нерва (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. КТ головного мозга, МР-ангиография (по показаниям), ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, исследование свертываемости крови.

Задача 2:

1. Синдромы:
 - общемозговой синдром (уровень нарушения сознания — кома II);

– очаговый синдром в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII пары 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. КТ головного мозга, при необходимости — МРТ головного мозга с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование свертываемости крови.

Задача 3:

1. Общемозговой и менингеальный синдромы.

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 проводится МР-ангиография, по показаниям — рентгеновская ангиография и МРТ головного мозга с контрастированием.

Задача 4:

1. Очаговые синдромы в виде:

– элементов моторной афазии;

– центрального пареза VII, XII пар 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: артериальная гипертензия III, риск 4.

4. КТ головного мозга, ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов, транскраниальная доплерография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, исследование свертываемости крови.

5. Антиагреганты, нейропротекторная, антиоксидантная, метаболическая терапия.

Задача 5:

1. Центральный периферический двигательный нейрон.

2. Боковой амиотрофический склероз.

3. Электронейромиография (ЭНМГ).

Задача 6:

1. Гепатоцеребральная дистрофия.
2. ДНК-диагностика.
3. Генетически обусловленное нарушение синтеза церулоплазмина приводит к повышению концентрации меди в крови, отложению ее в органах и тканях, особенно в роговице (кольцо Кайзера–Флейшера), в головном мозге, печени, где возникают и прогрессируют дистрофические процессы.
4. Препараты, выводящие избыток меди из организма (Д-пеницилламин, Купренил). Дозы подбираются индивидуально и принимаются постоянно. Также назначают препараты, улучшающие функцию печени. Из рациона исключают продукты, содержащие много меди (шоколад, орехи, печень).

Задача 7:

1. Хорея Гентингтона.
2. ДНК-диагностика.
3. Аутосомно-доминантный, патологический ген в дистальном отделе короткого плеча хромосомы 4.

Задача 8:

1. Прогрессирующая амнезия, апраксия, аграфия.
2. Болезнь Альцгеймера с ранним началом.
3. Неблагоприятный прогноз.
4. Акатинол, мемантин по схеме.

Задача 9:

1. Акинетико-ригидный синдром, синдром паркинсонизма.
2. Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция, nigro-стриарные нейроны.
3. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, прогрессивное 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 10:

1. Синдром дрожательного гиперкинеза в виде тремора покоя левой руки.
2. Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция, nigro-стриарные нейроны.
3. Болезнь Паркинсона, дрожательная форма, умеренно прогрессивное течение.
4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.

5. С учетом возраста целесообразно начать терапию с агонистов дофаминовых рецепторов (Мирапекс 1,5–4,5 мг/сут, Проноран 150–250 мг/сут) или амантадинов (ПК-Мерц 300–500 мг/сут).

Задача 11:

1. Синдром мышечной дистонии в виде блефароспазма и оромандибулярной дистонии.
2. Поражена экстрапирамидная система.
3. Идиопатическая краниальная дистония, умеренно прогрессирующее течение, средней степени тяжести.
4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.
5. Препаратом выбора при фокальных дистониях является ботулинический токсин (Диспорт 500–1000 ЕД) в виде локальных инъекций в сочетании с приемом препаратов, обладающих миорелаксирующим эффектом (Баклофен 30–75 мг/сут, Сирдалуд 2–6 мг/сут).

Задача 12:

1. Акинетико-ригидный синдром (паркинсонизма) с преобладанием справа.
2. Поражена экстрапирамидная система: черная субстанция, nigrostriарные нейроны.
3. Ювенильный паркинсонизм, акинетико-ригидная форма, дебют.
4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.
5. Амантадин (ПК-Мерц 300 мг/сут), агонисты дофаминовых рецепторов (Мирапекс 1,5–4,5 мг/сут, Проноран 150–250 мг/сут).

Задача 13:

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, транскраниальная доплерография.
5. Агонисты дофаминовых рецепторов (Проноран 150–250 мг/сут).

Задача 14:

1. Синдром — акинетический криз.
2. Резкое прекращение лечения леводопой.
3. Болезнь Паркинсона, осложненная акинетическим кризом.
4. Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.
5. ПК-Мерц (амантадин) 500 мг внутривенно капельно в течение трех часов 1–2 раза в день 3–5 дней; быстрорастворимый Мадопар 150–300 мг 3–4 раза в сутки; в дальнейшем регулярный прием Мадопара 300–600 мг/сут.

ТЕМА 2. ЭПИЛЕПСИЯ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ. ЭПИСТАТУС. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

Методика изучения: теоретический семинар, клиническое практическое занятие, разбор тематических пациентов, использование мультимедийных презентаций, наглядных пособий.

Время: 6 ч.

Цель практического занятия:

– на основе знаний этиологии, патогенеза и клиники пароксизмальных состояний обучить студентов-субординаторов современным методам диагностики эпилепсии, научить проводить дифференциальную диагностику синкопальных пароксизмов и судорожного синдрома, определять тактику лечения эпилепсии в зависимости от вида приступа;

– на основе знаний этиологии, патогенеза и клиники головных болей обучить студентов-субординаторов современным методам диагностики различных видов головных болей, научить проводить дифференциальную диагностику первичных и вторичных головных болей, определять тактику лечения;

– обучить студентов-субординаторов особенностям неврологического обследования пациента с нарушением сознания;

– отработать практические навыки по оценке неврологического статуса на лабораторно-диагностическом учебном комплексе «Центральная нервная система».

Студент должен знать:

1. Определение понятий эпилептического припадка и эпилепсии, этиологию и патогенез эпилепсии.

2. Семиологию эпилептических припадков согласно Международной классификации эпилептических припадков. Критерии диагностики эпилепсии.

5. Клинику эпилептического статуса. Тактику врача при эпилептических припадках.

6. Этиологию и патогенез мигрени, головной боли напряжения и других первичных головных болей.

7. Семиологию головных болей согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (2013 г.) и их дифференциальную диагностику.

8. Критерии диагностики первичных и вторичных головных болей.

9. Клинику мигренозного статуса.

10. Причины коматозных состояний. Их оценку по шкале комы Глазго.

В итоге проведения практического занятия студент-субординатор должен уметь:

1. Проводить неврологический осмотр пациентов с наличием в анамнезе пароксизмальных состояний, эпилептических приступов.

2. Проводить дифференциальную диагностику различных видов эпилептических приступов (генерализованные, парциальные припадки), а также судорожных пароксизмов и других синкопальных состояний (неврогенные, соматогенные, психогенные).

3. Оказывать первую медицинскую помощь пациенту с судорожным синдромом.

4. Проводить неврологический осмотр пациентов с головной болью. Применять современные схемы терапии у пациентов с головными болями, назначать лечение при мигренозном статусе.

5. Составлять план проведения дифференциальной диагностики между различными вариантами первичных и вторичных головных болей.

6. Обследовать неврологический статус пациента с нарушением сознания, обследовать пациента в коме и проводить дифференцированную терапию коматозных состояний.

Материальное оснащение: таблицы, схемы (рисунки), мультимедийные презентации, неврологические молотки, камертон, филамент.

ВВЕДЕНИЕ (АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ)

Эпилепсия, как хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, начинается преимущественно в детском и юношеском возрасте. Изучение данного заболевания актуально в связи с разнообразием клинических проявлений, что требует тщательного анализа данных анамнеза, клинического неврологического осмотра, инструментальной диагностики для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики с другими синкопальными пароксизмами.

Проблема головных болей актуальна в связи с распространенностью данной патологии и необходимостью различных подходов к терапии первичных и вторичных головных болей.

Диагностика степени тяжести нарушения сознания, уточнение причины комы позволяют определить тактику ведения пациента.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

1. Определение понятия, этиология, частота и распространенность эпилепсии. Наследственный фактор. Механизмы эпилептогенеза.

2. Классификация эпилептических приступов.

3. Дифференциальная диагностика эпилептических приступов. Факторы и состояния, провоцирующие развитие эпилептических приступов.

4. Алгоритм обследования пациентов с судорожным синдромом. Первая помощь при генерализованном судорожном припадке. Медикаментозное лечение эпилепсии. Назначение терапии при впервые развившемся эпилептическом припадке.

5. Эпилептический статус: определение понятия, причины, лечение.

6. Международная классификация головных болей (2013 г.): первичные и вторичные головные боли, болевые краниальные невралгии.

7. Алгоритм обследования и ведения пациентов с головной болью.

8. Определение понятия мигрени. Этиология и патогенез мигрени. Факторы, провоцирующие развитие мигрени.

9. Критерии диагностики мигрени без ауры и мигрени с аурой.

10. Осложнения мигрени. Первая помощь при мигренозном статусе. Лечение мигрени.

11. Головная боль напряжения: определение понятия, причины, лечение. Абузусная головная боль.

12. Вторичные головные боли (связанные с травмой головы и/или шеи, различными веществами или их отменой, инфекциями, патологией черепа, шеи, глаз, ушей, пазух, зубов или других структур черепа и лица).

13. Дифференциальная диагностика различных видов первичных и вторичных головных болей.

14. Курация пациентов с головной болью, судорожным синдромом в неврологических отделениях; пациентов с нарушением сознания в палате интенсивной терапии. Схемы терапии. Дальнейшая тактика ведения пациентов на амбулаторном этапе.

15. Оценка неврологического статуса на лабораторно-диагностическом учебном комплексе «Центральная нервная система».

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

№ п/п	Учебные вопросы	Расчет времени, мин
1	Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	5
2	Контроль исходного уровня знаний студентов	30
3	Ответы на вопросы студентов по теме занятия	15
4	Эпилепсия, виды эпилептических припадков	60
5	Эпилептический статус	20
6	Головные боли (первичные, вторичные)	50
7	Комы	40
8	Решение ситуационных задач	20
9	Отработка практических навыков по оценке неврологического статуса на учебном комплексе	80
10	Подведение итогов занятия и постановка задач на следующее занятие	10

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Задача 1. Пациент Е., 36 лет, жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся 6 мес. назад и повторяющиеся 1–2 раза в месяц.

В течение последней недели приступы развивались ежедневно, во время приступа пациент трижды терял сознание, возникали генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длится 2–3 мин, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2–3 ч.

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

На глазном дне наблюдаются застойные диски зрительных нервов.

При МРТ головного мозга 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 результатам дополнительных методов обследования.
4. Поставить предварительный клинический диагноз.
5. Назначить лечение.

Задача 2. Пациентка Н., 16 лет, на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом пациентка 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 электроэнцефалограмме (ЭЭГ) наблюдаются 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. У пациентки Б., 20 лет, с 10 лет возникают приступы отключения сознания на несколько секунд. В этот момент она замолкает, не отвечает на заданные вопросы, но не падает. Кожа лица бледнеет, глаза становятся неподвижными. Создается впечатление, что пациентка задумалась. Как только заканчивается приступ, она продолжает прерванный разговор или работу. О припадках пациентка ничего не помнит. Эти состояния повторяются 3–4 раза в сутки.

В неврологическом статусе: очаговой симптоматики не выявлено. Глазное дно без патологии. На ЭЭГ наблюдаются «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. Пациента С., 18 лет, беспокоят судорожные припадки, начинающиеся с ощущения радужных колец перед глазами, все предметы при этом изменяют свои очертания, после чего пациент теряет сознание, падает, и развиваются тонико-клонические судороги генерализованного характера. Такие припадки возникают с детства с частотой 3–4 раза в месяц.

В неврологическом статусе: очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Глазное дно без патологии. На ЭЭГ — эпилептическая активность 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. Пациентка Р., 70 лет, жалуется на головные боли, которые чаще возникают в утренние часы и 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 отклонен вправо, снижена сила в правой руке, особенно кисти, до 4 баллов, глубокие рефлексy на руках D>S.

На глазном дне наблюдаются 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 пациентки.

Задача 6. Пациент З., 30 лет, с 12 лет отмечает приступы тонико-клонических судорог с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Частота припадков — 1 раз в 2–3 мес., наследственность не отягощена.

В неврологическом статусе: очаговой симптоматики не выявлено. Глазное дно без патологии. На ЭЭГ — эпилептическая активность 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. Пациентка Г., 23 года, остро заболела после семейной ссоры, когда развился приступ потери сознания с тоническими судорогами.

При осмотре: глаза закрыты, на вопросы пациентка не отвечает, периодически повторяются тонические судороги во всех конечностях. Пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: при попытке поднять веки пациентка оказывает сопротивление. Зрачки D=S. Мышечный тонус сохранен. Глубокие рефлексы равномерно оживлены. Патологических рефлексов нет. Менингеальные знаки отсутствуют.

После инъекции Кордиамина пациентка открыла глаза, самостоятельно встала. Походка вычурная, ноги заплетаются, пациентка держится за стену.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить дополнительные методы обследования.
5. Назначить лечение.

Задача 8. Пациент Ж., 40 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. Внезапно на улице он потерял сознание, упал, наблюдались генерализованные судороги. Во время транспортировки в машине мужчина пришел в сознание, но затем повторился общий судорожный припадок. Пациент рассказал, что после травмы черепа (15 лет назад) 1–2 раза в год бывают эпилептические припадки. Вчера мужчина употреблял алкоголь. Пациент сделал попытку встать, но в этот момент вновь возник общий судорожный припадок, который начался с поворота глаз и головы влево.

При осмотре: пациент находится в состоянии оглушения, с трудом вступает в контакт, жалуется на головную боль. В правой лобно-височной области наблюдается старый рубец после травмы. Зрачки одинаковые. Левая носогубная складка сглажена. Язык отклонен влево. В правых конечностях отмечаются активные движения в полном объеме, а левой рукой и ногой пациент двигает с большим трудом. Сила левой кисти 2 балла. Глубокие рефлексy 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 9. Пациентка С., 25 лет, с 14-летнего возраста отмечает приступы потери сознания с падением, но без судорог. Перед приступом появляется чувство «дурноты», бледнеет лицо. 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. Поставить топический диагноз.
3. Назначить дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение.

Задача 10. Пациентка В., 16 лет, доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи. В сопроводительных документах указано, что с 10 лет пациентка 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 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, АД 150/100 мм рт. ст. Дыхание аритмичное из-за продолжающихся судорожных сокращений мышц. Температура тела 37,5°. Зрачки широкие, на свет они не реагируют. В мимических и скелетных мышцах наблюдаются почти постоянные клонические судороги. Отмечаются следы прикусов на языке, кровавая пена у рта, непроизвольное мочеиспускание. Глубокие рефлексy снижены. С обеих сторон вызывается рефлекс Бабинского. Выявляется ригидность мышц затылка 3 см, 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 11. Пациентка Н., 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Она считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10–15 мин, затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3–4 ч до 2 сут и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов — 1–2 раза в месяц. Аналогичные головные боли возникали у матери и бабушки пациентки. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Назначить лечение в период приступов головной боли.
3. Определить методы профилактики приступов головной боли.

Задача 12. Пациентка Б., 50 лет, предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают сдавливание головы обручем. Дебют заболевания женщина связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2–3 раза в неделю, в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. Отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи. Симптомов поражения нервной системы не выявлено.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Назначить лечение данного варианта головной боли.

Задача 13. Пациент Л., 40 лет, жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринореей. Продолжительность приступа — 10–40 мин, количество таких приступов может достигать до 6–8 в сутки. Длительность обострения — около месяца, ремиссии — около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечается сужение глазной щели, зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Назначить лечение пациента во время приступа головной боли, профилактическое лечение.

Задача 14. Пациент К., 45 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правой околоушной области. Боли часто распространяются в ухо, висок, подчелюстную область, шею. Они усиливаются при жевании и открывании рта. При пальпации лица обнаруживаются триггерные точки в жевательных и височных мышцах. Открывание рта ограничено и возможно лишь на толщину двух проксимальных межфаланговых суставов. Патологии со стороны нервной системы не выявлено. На рентгенограммах не обнаружено изменений височно-нижнечелюстного сустава.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Назначить лечение данной патологии.

Ответы

Задача 1:

1. Синдромы:
 - общемозговой синдром (головная боль, сопровождающаяся рвотой);
 - очаговый синдром в виде приступов фокальной моторной джексоновской эпилепсии в правой руке и вторично-генерализованных эпилеприпадков, 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 МРТ головного мозга свидетельствуют о наличии объемного образования в левой лобной доле.
4. Опухоль левой лобной доли с симптоматической эпилепсией в виде фокальных джексоновских и вторично-генерализованных эпилеприпадков.
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, симмет-

ричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

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

5. Противосудорожная терапия: препарат выбора — Депакин в средней дозировке 20–30 мг/кг (под контролем трансаминаз, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

Задача 3:

1. Синдром первично-генерализованных эпилептических приступов 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 (характерна для абсансов) в виде генерализованных, синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

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

5. Противосудорожная терапия: Депакин в дозе 20–30 мг/кг, начиная с 500 мг/сут, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем трансаминаз, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

Задача 4:

1. Синдром генерализованных тонико-клонических эпилептических приступов.

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

3. Выявленная на ЭЭГ генерализованная эпилептическая активность, более выраженная в затылочной области, характерна для эпилепсии.

4. Идиопатическая эпилепсия с частыми генерализованными тонико-клоническими эпилепсиями.

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

Задача 5:

1. Синдромы:

– общемозговой синдром (утренняя головная боль, сопровождающаяся рвотой);

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

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

3. МРТ головного мозга 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 эпилептическими припадками.

5. Противосудорожная терапия: Депакин в дозе 20–30 мг/кг, начиная с 500 мг/сут, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем трансаминаз, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

Задача 7:

1. Синдром психогенного (истерического) припадка.

2. Очаг поражения в головном мозге отсутствует.

3. Конверсионный (истерический) невроз с психогенными припадками.

4. ЭЭГ для исключения эпилептической активности.

5. Транквилизаторы (Атаракс, Грандаксин), антидепрессанты (Амитриптилин, Пароксетин, Стимулотон), психотерапия.

Задача 8:

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

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

3. МРТ головного мозга, ЭЭГ, осмотр глазного дна.

4. Посттравматическая энцефалопатия с симптоматической эпилепсией.

5. Противосудорожная терапия: Депакин в дозе 20–30 мг/кг, начиная с 500 мг/сут, повышая дозу каждые 3 дня (под контролем трансаминаз, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

Задача 9:

1. Синдром синкопальных состояний (обмороки).
2. Очаг поражения в головном мозге отсутствует.
3. ЭКГ с мониторингом, контроль АД.
4. Синдром вегетативно-сосудистой дистонии с синкопальными состояниями.
5. Гинкго билоба 40 мг по 1 таблетке 3 раза в день 1–1,5 мес.; мексидин 125 мг 3 раза в день 3–4 нед.; глицин 100 мг по 2 таблетки 3 раза в день 1 мес.; курс иглорефлексотерапии, массаж.

Задача 10:

1. Синдром тонико-клонического эпилептического статуса.
2. В патологический процесс вовлечены оба полушария головного мозга.
3. Выявленная на ЭЭГ генерализованная эпилепсия 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 эпилептическими приступами, осложненная эпилептическим статусом.
5. Диазепам (Реланиум) 0,15–0,20 мг/кг внутривенно медленно. В дальнейшем цель лечения состоит в поддержании дыхания (интубация, искусственная вентиляция легких), кровообращения в условиях реанимации, при отсутствии эффекта — наркоз тиопентала натрия под контролем ЭЭГ.

Задача 11:

1. Мигрень со зрительной аурой.
2. Триптаны (золмитриптан 2,5 мг), нестероидные противовоспалительные средства — НПВС (ибупрофен 400 мг, парацетамол 1000 мг), прокинетики (метоклопрамид 10–20 мг).
3. Бета-адреноблокаторы (метопролол 50–100 мг в день), блокаторы кальциевых каналов (верапамил 80 мг); Топамакс 100 мг/сут (начальная доза 25 мг).

Задача 12:

1. Хроническая головная боль напряжения.
2. Осмотр офтальмолога; рентгенография шейного отдела позвоночника.
3. Седативная фитотерапия, миорелаксанты (толперизон 150 мг 2–3 раза в день), психотерапия, НПВС.

Задача 13:

1. Кластерная головная боль.
2. КТ головного мозга, глазничной области, ультразвуковая доплерография экстра- и интрацеребральных сосудов.

3. Лечение во время приступа: ингаляции 100%-ного кислорода 7 л/мин в течение 15 мин; триптаны; интраназально на стороне боли 2–4%-ный лидокаин 1 мл.

Профилактическое лечение кластерной головной боли: преднизолон 100 мг в день (начальная доза); верапамил 240 мг в день; топирамат 100 мг в день.

Задача 14:

1. Патология височно-нижнечелюстного сустава (артроз, артрозо-артрит).

2. Рентгенография или КТ височно-нижнечелюстного сустава; консультация челюстно-лицевого хирурга.

3. Физиотерапевтическое лечение, НПВС, миорелаксанты.

ТЕМА 3. ИНФЕКЦИОННЫЕ И ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Методика изучения: теоретический семинар, клиническое практическое занятие, разбор тематических пациентов, использование мультимедийных презентаций, наглядных пособий.

Время: 6 ч.

Цель практического занятия:

– на основе знаний анатомии и физиологии центральной нервной системы обучить студентов-субординаторов выявлению менингеального синдрома, постановке топического диагноза;

– на основе знаний клиники инфекционных заболеваний центральной нервной системы обучить студентов методам диагностики, лечения и профилактики нейроинфекций;

– на основе знаний клиники инфекционно-аллергических заболеваний центральной нервной системы обучить студентов различным методам диагностики, лечения и профилактики демиелинизирующих заболеваний нервной системы.

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности строения оболочек мозга, ликворной системы. Циркуляцию спинномозговой жидкости. Понятие о гематоэнцефалическом барьере.

2. Показатели цереброспинальной жидкости в норме, синдромы клеточно-белковой и белково-клеточной диссоциации.

3. Менингеальный синдром. Определение менингеальных симптомов: ригидности мышц затылка, симптомов Кернига и Брудзинского и др.

4. Эпидемиологию и этиологию нейроинфекций.

5. Клинические варианты течения рассеянного склероза.

В итоге проведения практического занятия студент-субординатор должен уметь:

1. Определять показания и противопоказания к проведению люмбальной пункции.
2. Проводить люмбальную пункцию.
3. Выявлять менингеальный синдром при обследовании пациента.
4. Проводить дифференциальную диагностику бактериального и вирусного менингитов.
5. Составлять план лечения при нейроинфекциях.
6. Проводить неврологический осмотр пациентов с демиелинизирующими заболеваниями центральной нервной системы.
7. Проводить дифференциальную диагностику инфекционно-аллергических заболеваний центральной нервной системы.
8. Определять тактику ведения пациента, проводить диагностику и назначать лечение инфекционно-аллергических заболеваний центральной нервной системы.
9. Составлять план терапевтических мероприятий при острой воспалительной полирадикулоневропатии.

Материальное оснащение: таблицы, схемы (рисунки), мультимедийные презентации, неврологические молотки, камертон, филамент.

ВВЕДЕНИЕ (АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ)

Менингеальный синдром является основой диагностики таких экстренных неврологических заболеваний, как нейроинфекции, острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. По данным исследований, нейроинфекции составляют около $\frac{1}{3}$ всей патологии нервной системы. Общими чертами всех нейроинфекций является тяжесть их течения, высокий уровень летальности и инвалидности. Знать показания и противопоказания к проведению люмбальной пункции, технику ее выполнения должен каждый врач общей практики.

Рассеянный склероз — хроническое, мультифакториальное, аутоиммунное, прогрессирующее воспалительно-дегенеративное заболевание центральной нервной системы. Это одна из наиболее социально и экономически значимых проблем в современной неврологии. Благодаря разработке новых вариантов патогенетической и симптоматической терапии рассеянный склероз из числа неизлечимых заболеваний перешел в категорию частично управляемых.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

1. Люмбальная пункция. Показание и противопоказания к ее применению. Техника проведения люмбальной пункции. Возможные осложнения при люмбальной пункции. Основные ликворные синдромы.

2. Этиология и патогенез менингитов. Первичные и вторичные гнойные и серозные менингиты. Клиника менингеального синдрома. Общеинфекционные и общемозговые симптомы. Симптомы раздражения мозговых оболочек.

3. Этиология, патогенез менингококкового менингита. Клинические особенности менингококцемии. Молниеносная форма менингита. Синдром Уотерхауса–Фридериксена.

4. Клинические особенности серозных менингитов. Этиология серозных менингитов. Энтеновирусные серозные менингиты. Клинические особенности туберкулезного менингита.

5. Современная этиопатогенетическая терапия гнойных и серозных менингитов.

6. Энцефалиты: виды, клиника, диагностика, лечение.

7. Миелиты: клиника, диагностика, лечение.

8. Современные представления о демиелинизирующих заболеваниях. Классификация демиелинизирующих заболеваний. Вопросы этиологии и патогенеза демиелинизирующего процесса.

9. Клинические особенности диагностики и лечения рассеянного склероза. Лечение рассеянного склероза.

10. Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, диагностика, лечение.

11. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (синдром Гийена–Барре).

12. Курация пациентов с нейроинфекциями и демиелинизирующими заболеваниями.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

№ п/п	Учебные вопросы	Расчет времени, мин
1	Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	15
2	Контроль исходного уровня знаний студентов	45
3	Ответы на вопросы студентов по теме занятия	
4	Люмбальная пункция. Показание и противопоказания к ее применению	60
5	Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение менингитов и энцефалитов	70
6	Демиелинизирующие заболевания центральной и периферической нервной системы	75
7	Решение ситуационных задач	50
8	Подведение итогов занятия и постановка задач на следующее занятие	15

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЗНАНИЙ

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

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. Пациент К., 42 года, остро заболел сегодня утром, когда возникла сильная головная боль и многократная рвота, повысилась температура тела до 40 °С, появилось сердцебиение, одышка, судороги. Днем была вызвана скорая помощь, и пациент доставлен в больницу.

При осмотре: сопор, пульс 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. В области ягодиц, бедер и голеней обнаружена геморрагическая сыпь.

В неврологическом статусе: зрачки D=S. Парезов конечностей нет. Глубокие рефлексы равномерно оживлены. Определяется ригидность мышц затылка 4 см, симптом Кернига под углом 90°, положительный нижний симптом Брудзинского. Произведена люмбальная пункция.

Ликвор мутный, он вытекает под давлением 300 мм 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.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить состав спинномозговой жидкости, полученный при люмбальной пункции.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение.

Задача 3. У пациента В., 39 лет, 3 дня назад поднялась температура до 38 °С, возникла головная боль, двоение в глазах и выраженная сонливость.

При осмотре: диплопия при взгляде в стороны, птоз с двух сторон, анизокория D>S, отсутствие реакции зрачков на конвергенцию и аккомодацию при сохранении реакции на свет (обратный симптом Аргайла-

Робертсона). Сознание сохранено. Парезов конечностей нет. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Глубокие рефлексy живые D=S.

Пациенту сделана люмбальная пункция. Спинномозговая жидкость бесцветная, прозрачная, цитоз — 10 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок — 0,6 г/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 пациента Б., 40 лет, через две недели после перенесенного гнойного отита внезапно повысилась температура тела до 39 °С, появилась сильная головная боль, рвота, бред.

В неврологическом статусе: пациент оглушен, дезориентирован в месте и времени. Отмечается горизонтальный нистагм. Правая носогубная складка сглажена, язык отклонен вправо, сила в правых конечностях снижена до 3 баллов, мышечный тонус в них повышен, глубокие рефлексy D>S. Выявляется рефлекс Бабинского справа, ригидность затылочных мышц 4 см, симптом Кернига под углом 90°.

Пациенту произведена люмбальная пункция. Ликвор мутный, он вытекает под давлением 340 мм вод. ст., плеоцитоз — 2327 клеток в 1 мкл за счет нейтрофилов, белок — 3,07 г/л, глюкоза — 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.

Задача 5. Пациент Л., 32 года, остро заболел 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: пациент в сознании, зрачки D=S, движения глазных яблок не ограничены. Определяется дизартрия, дисфония, дисфагия, вялые парезы рук и мышц шеи (симптом «свислой головы»), фебрилярные подергивания в проксимальных отделах рук, тонус мышц и сила рук снижены, глубокие рефлексy угнетены. Поверхностные и глубокие виды чувствительности сохранены.

Ликвор вытекает под давлением 250 мм вод. ст., цитоз — 95 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок — 0,46 г/л. Титр антител к вирусу клещевого энцефалита при проведении ИФА 20 июня IgM — 1 : 6400.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить состав спинномозговой жидкости и анализ крови на анти-тела к вирусу клещевого энцефалита.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение.

Задача 6. Пациент Г., 25 лет, поступил в клинику на 10-й день заболевания. Он заболел две недели назад, когда появилось недомогание, субфебрильная температура, частые головные боли, «беспричинная» рвота, потеря аппетита, запоры.

При осмотре: пациент 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 °С, пульс 60 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: зрачки D>S, птоз и расходящееся косоглазие справа, снижение реакций зрачков на свет. Определяется ригидность мышц затылка 3 см, симптом Кернига положительный. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Ликвор вытекает под давлением 300 мм вод. ст., он бесцветный, прозрачный, белок — 0,6 г/л, цитоз — 100 клеток в 1 мкл 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 7. Пациентка 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.

Пациентка заболела 2 дня назад после перенесенного острого респираторного заболевания, когда появились боли и слабость в ногах, а через день и в руках, сегодня утром перекосило лицо.

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

При проведении электронейромиографии (ЭНМГ) выявлены признаки деструкции миелина.

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

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Оценить результаты дополнительных методов обследования.
5. Назначить лечение и определить методы реабилитации.

Задача 8. У пациентки Д., 30 лет, заболевание началось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение месяца пациентка лечилась у офтальмологов по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. Зрение улучшилось. Спустя полгода появилось двоение в глазах, слабость ног, шаткость при ходьбе; отмечалось 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. Наблюдается горизонтальный нистагм. Сила рук и особенно ног снижена. Тонус мышц повышен в разгибателях голеней. Глубокие рефлексы с рук умеренные, а с ног высокие. Отмечается клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо вызываются с обеих сторон. Походка атаксическая. В позе Ромберга пациентка неустойчива, пошатывается в обе стороны. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы она выполняет с интенцией с обеих сторон. Вибрационная чувствительность на ногах снижена.

На глазном дне отмечается бледность диска правого зрительного нерва.

При МРТ головного мозга определяются множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Назначить дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение обострения, дать рекомендации по дальнейшему ведению пациентки.

Задача 9. Пациент 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, периодическая задержка мочеиспускания, которые прошли после гормональной терапии. Месяц назад после стресса пациент 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 паразетез с высокими глубокими рефлексам и патологическими рефлексам Бабинского, отсутствие брюшных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга, походка с широко расставленными ногами. Отмечается мимопадание и интенционный тремор в правой руке при выполнении пальценосовой пробы.

На глазном дне наблюдается побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

При МРТ головного мозга в белом веществе лобных и височных долей, а также в мозолистом теле определяются множественные очаги демиелинизации.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить данные МРТ, результаты исследования глазного дна и назначить дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение в период обострения, дать рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

Задача 10. У пациента З., 42 года, через 2 недели после гриппа появилась температура 38 °С, 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.

При МРТ головного мозга определяется пять крупных гиперинтенсивных очагов в белом веществе лобных и теменных долей.

Ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз — 156 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок — 0,6 г/л.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить изменения в ликворе и при МРТ головного мозга.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение обострения заболевания, определить прогноз и тактику наблюдения за пациентом.

Задача 11. У пациентки А., 30 лет, появилась слабость в ногах, шаткость при ходьбе и учащенное мочеиспускание после перенесенного острого респираторного заболевания, которые полностью прошли после терапии глюкокортикостероидами. Год назад в течение недели пациентку

беспокоило двоение в глазах, которое самостоятельно прошло, к врачам она не обращалась.

В неврологическом статусе: определяется 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 вызываются с двух сторон. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы пациентка выполняет с интенцией.

Глазное дно без патологии. При МРТ головного мозга определяются три очага демиелинизации в перивентрикулярной области с перифокальным отеком.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Оценить данные МРТ и назначить дополнительные методы обследования.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение. Определить дальнейшую тактику наблюдения за пациенткой.

Ответы

Задача 1:

1. Синдромы:
 - инфекционный синдром с болями в мышцах, развившийся через три дня после укуса клеща;
 - синдром кольцевидной эритемы.
2. Поражение кожи в виде кольцевидной эритемы.
3. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), стадия мигрирующей эритемы.
4. Иммуноферментный анализ (ИФА) и полимеразная цепная реакция (ПЦР) в сыворотке крови, а при необходимости и в ликворе.
5. Лечение: доксициклин 100 мг 2 раза в день per os 14 дней; симптоматическая терапия.

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, менингококцемия, острый период, тяжелое течение. Необходима изоляция пациента.

5. Лечение:

- цефтриаксон 2 г внутривенно 8–10 дней;
- дегидратация: фуросемид, маннитол, глюкокортикостероиды;
- детоксикация: гемодез, плазмаферез.

Задача 3:

1. Инфекционный синдром и очаговые синдромы в виде гиперсомнии и глазодвигательных расстройств.

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 симптоматической терапии:

– дегидратации: маннитола 400 мл внутривенно;

– ангиопротекторов: Кавинтона, Пентоксифиллина;

– нейропротекторов: Актовегина 400 мг 2 раза в день внутривенно, Церебролизина, Пирацетама.

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 внутривенно до 14 дней, показано сочетание с антибиотиками бактерицидного действия. Отмена антибиотиков производится после контрольной пункции при условии, что цитоз < 100 клеток, из которых не менее 75 % лимфоциты;

– дегидратация: фуросемид, маннитол;

– глюкокортикостероиды;

– детоксикация: гемодез, 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 внутримышечно 3–4 дня;

– Рибонуклеаза 20–30 мг внутримышечно 6 раз в сутки в течение лихорадочного периода;

– дегидратация: фуросемид, маннитол;

– детоксикация: гемодез, растворы электролитов;

– ангиопротекторы: Кавинтон, пентоксифиллин;

– нейропротекторы: Пирацетам, Актовегин, Церебролизин;

– ранняя двигательная реабилитация.

Задача 6:

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 мес. (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 мес. (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 7:

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 ЭНМГ — демиелинизирующий характер поражения, в ликворе — белково-клеточная диссоциация.

5. Специфическим методом лечения является:

– программный 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.

Методы реабилитации: ЛФК, массаж, двигательная реабилитация.

Задача 8:

1. Синдромы: нижний центральный парез, 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. МРТ головного мозга с внутривенным введением Омнискана.

4. Рассеянный склероз, рецидивно-ремиттирующее течение, стадия обострения.

5. Лечение:

– метилпреднизолон 1000 мг внутривенно капельно 3–5 дней;

– плазмаферез;

– нейтропротекторы: Церебролизин, Пирацетам, Кортексин;

– антиоксиданты: Мексидел, Тиоктацид.

В дальнейшем возможно применение препаратов, модифицирующих клиническое течение заболевания, — Копаксона, Бетаферона, Ребифа, Авонекса по схеме.

Задача 9:

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

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

3. Выявленные при МРТ головного мозга множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга и изменения на глазном дне характерны для рассеянного склероза. Дополнительный метод — МРТ головного мозга с внутривенным введением Омнискана

4. Рассеянный склероз, рецидивирующе-ремиттирующее течение, стадия обострения.

5. Лечение:

- метилпреднизолон 1000 мг внутривенно капельно 3–5 дней;
- плазмаферез;
- нейропротекторы: Церебролизин, Пирацетам, Кортексин;
- антиоксиданты: Мексидол, Тиоктацид.

В дальнейшем возможно применение препаратов, модифицирующих клиническое течение заболевания, — Копаксона, Бетаферона, Ребифа, Авонекса по схеме.

Задача 10:

1. Синдромы: центральный тетрапарез, проводниковое расстройство поверхностной и глубокой чувствительности с уровня Th10, 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, выявленные крупные очаги при МРТ характерны для острого воспаления головного мозга.

4. Острый рассеянный энцефаломиелит.

5. Лечение:

- метилпреднизолон 1000 мг внутривенно капельно 3–5 дней;
- плазмаферез;
- антиоксиданты: Тиоктацид 600 мг внутривенно капельно № 10, Мексидол, Актовегин;
- нейропротекторы: Церебролизин, Пирацетам, Холина альфосцерат;
- ангиопротекторы: Трентал 5,0 внутривенно капельно № 10;
- ЛФК, массаж, физиотерапия.

Прогноз: выздоровление, возможны остаточные явления. Наблюдение у невролога, повторная МРТ головного мозга через 6 мес.

Задача 11:

1. Синдромы: нижний спастический парапарез и мозжечковая атаксия.

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

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

4. Вероятный рассеянный склероз.

5. Лечение:

- глюкокортикостероиды;

- нейротрофическая терапия: Церебролизин 10,0 внутривенно № 10;
- антиоксиданты: Тиоктацид 600 мг внутривенно 1 раз в день № 10;
- ангиопротекторы: Трентал 5 мл внутривенно № 10.

Наблюдение у невролога, повторно МРТ головного мозга через 3 мес. с контрастированием для выявления новых очагов.

ТЕМА 4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. МИАСТЕНИЯ

Методика изучения: теоретический семинар, клиническое практическое занятие, разбор тематических пациентов, использование мультимедийных презентаций, наглядных пособий.

Время: 6 ч.

Цель практического занятия:

– на основе знаний анатомии и физиологии периферической нервной системы обучить студентов различным методам диагностики, лечения и профилактики неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, невропатий, полиневропатий и других заболеваний, сопровождающихся поражением периферической нервной системы;

– на основе знаний клиники нервно-мышечных заболеваний обучить студентов современным методам диагностики и лечения миастении.

Студент должен знать:

1. Эпидемиологию заболеваний периферической нервной системы.
2. Современную классификацию заболеваний периферической нервной системы.
3. Основные клинические проявления невропатий лучевого, локтевого, срединного, малоберцового, большеберцового нервов.
4. Неврологические проявления дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника по стадиям течения патологического процесса (рефлекторные, корешковые, корешково-сосудистые проявления), а также по уровню проявления (шейный, грудной, пояснично-крестцовый).
5. Методы диагностики нервно-мышечных заболеваний.

В итоге проведения практического занятия студент-субординатор должен уметь:

1. Проводить неврологический осмотр пациентов с заболеваниями периферической нервной системы.
2. Проводить дифференциальную диагностику докорешковых (рефлекторных) и корешковых проявлений остеохондроза позвоночника.
3. Определять тактику диагностики и лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.

4. Проводить осмотр пациента с синдромом патологической мышечной слабости.

5. Назначать терапию пациенту с миастенией.

6. Проводить дифференциальную диагностику миастенического и холинергического кризов.

Материальное оснащение: таблицы, схемы (рисунки), мультимедийные презентации, неврологические молотки, камертон.

ВВЕДЕНИЕ (АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ)

Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника — наиболее распространенная патология, в основе которой лежит дегенерация межпозвонкового диска с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата. Это полиэтиологическая проблема, причиной которой являются как наследственные, так и приобретенные факторы: статико-динамические, аутоиммунные и некоторые другие.

Миастения — аутоиммунное заболевание, в основе патогенеза которого лежит образование аутоантител к различным структурам нервно-мышечного синапса. Заболевание встречается в любом возрасте. Диагностика миастении основана на особенностях клинической картины заболевания, результатах фармакологического теста, электромиографии и иммунологического исследования.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

1. Анатомо-физиологические особенности строения периферической нервной системы, периферических нервов, шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений.

2. Этиология заболеваний периферической нервной системы. Роль травматических, инфекционно-аллергических, токсических факторов в развитии поражений периферической нервной системы.

3. Симптомокомплексы поражения локтевого, лучевого, срединного, малоберцового и большеберцового нервов, корешков, сплетений.

4. Лицевые боли. Невралгия тройничного нерва. Ганглиопатия коленчатого узла. Невралгия языкоглоточного нерва.

5. Невропатия лицевого нерва. Синдромы поражения лицевого нерва на различных уровнях.

6. Неврологические проявления дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника: рентгенологические стадии проявления, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.

7. Полиневропатии: диабетическая, алкогольная, паранеопластическая, токсическая (клиника, диагностика, лечение).

8. Миастения: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

9. Дифференциальная диагностика миастенического и холинергического кризов.

10. Курация пациентов с различными заболеваниями периферической нервной системы и миастенией.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

№ п/п	Учебные вопросы	Расчет времени, мин
1	Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	5
2	Контроль исходного уровня знаний студентов	15
3	Ответы на вопросы студентов по теме занятия	15
4	Мононевропатии верхних и нижних конечностей, невропатия лицевого нерва	35
5	Лицевые боли	45
6	Неврологические проявления дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника	50
7	Миастения	45
8	Самостоятельное исследование пациентов под контролем преподавателя	35
9	Решение ситуационных задач	40
10	Курация тематических пациентов	40
11	Подведение итогов занятия	5

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Задача 1. Пациент В., 37 лет, жалуется на стреляющие боли по задней поверхности правой ноги до пятки и V пальца. Боль появилась после подъема тяжести и вначале была тупой, ноющей, но постепенно narosла до максимальной интенсивности. Она усиливается при движении, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании и ослабевает в покое, если пациент 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 возможен лишь за счет тазобедренного сустава. Определяется напряжение паравертебральных мышц, болевая гипестезия по наружной поверхности стопы и подошвы. Ахиллов рефлекс отсутствует. Отмечается слабость при подошвенном сгибании большого пальца. Положителен симптом Ласега под углом 30–40°.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

5. Назначить лечение и определить методы профилактики обострений.

Задача 2. Пациент А., 40 лет, жалуется на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голени. Заболевание развивалось постепенно. В течение ряда лет пациент употребляет алкоголь.

Объективно: симметричные парезы стоп с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев с атрофией мышц, походка шлепая. Ахилловы рефлексы отсутствуют. Определяются чувствительные расстройства в виде «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Наблюдается отечность, гиперпигментация кожи нижних конечностей.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

5. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

Задача 3. Пациент Р., 48 лет, при ходьбе высоко поднимает правую ногу, т. к. у нее свисает стопа.

При осмотре: свисающая стопа справа, невозможно ее разгибание в голеностопном суставе, невозможно стоять на пятке. Выявляется атрофия мышц передненаружной поверхности правой голени, гипестезия по задне-наружной поверхности голени и тылу стопы. Глубокие рефлексы сохранены.

1. Выделить клинические синдромы.

2. Поставить топический диагноз.

3. Поставить клинический диагноз.

4. Назначить дополнительные методы обследования.

5. Назначить лечение.

Задача 4. У пациента Д., 52 года, после перелома плечевой кости развился паралич мышц, разгибающих предплечье, кисть и пальцы. Определяется 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 5. У пациента Г., 22 года, после гриппа в нижней челюсти справа появились боли приступообразного характера продолжительностью 2–3 с. 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.

Задача 6. У пациента И., 25 лет, после переохлаждения перекосило лицо, появились боли в левой заушной области. Ранее пациент ничем не болел.

В неврологическом статусе: сглаженность складок на лбу слева, лагофтальм, симптом Белла, отсутствие движений мышц левой половины лица (лба, брови, щеки), слезотечение из левого глаза; левый угол рта опущен, при оскале неподвижен.

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 7. Пациента В., 46 лет, беспокоят слабость и боли в кистях и предплечьях, стопах и голених, онемение в них, возникшие постепенно. Много лет мужчина страдает сахарным диабетом.

В неврологическом статусе: атрофия мышц кистей и стоп, снижение в них силы до 3 баллов, снижение мышечного тонуса. Отсутствуют рефлекс карпорадиальные на руках и ахилловы на ногах. Отмечается 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.

Задача 8. Пациентка Г., 40 лет, около 2 лет назад стала отмечать слабость в ногах, которая вначале была непостоянной, проходила после отдыха и усиливалась при длительной ходьбе. Постепенно присоединились двоение в глазах, затруднение при жевании, поперхивание при еде, опустилось левое веко. В течение последующих месяцев нарушения глотания и речи усилились, периодически возникала слабость в руках, ногах, мимической мускулатуре.

При поступлении наблюдается ограничение движений глазных яблок кнаружи и кнутри, птоз. Пациентка говорит с трудом. Глотание нарушено, мягкое небо неподвижно, движения языка резко ограничены. Отмечается выраженная слабость проксимальных отделов конечностей: женщина не может поднять руки, ходить. Нарушений чувствительности, координации движений нет, сухожильные рефлексы вызываются.

1. Объяснить, что лежит в основе двигательных расстройств при данном заболевании.
2. Указать характер криза при поступлении пациентки.
3. Назначить дополнительные методы обследования для обоснования клинического диагноза.
4. Определить терапевтическую тактику в данной ситуации.

Задача 9. На приеме девушка, 16 лет, жалуется на быструю утомляемость, чувство разбитости во второй половине дня. Впервые пациентка обратила внимание на наличие признаков заболевания год назад, когда стало тяжело посещать спортивную секцию и невозможно выполнять упражнения.

Объективно: самочувствие страдает, голос тихий, отмечается полуптоз, диплопия при отведении глаз в сторону. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб выявилась слабость круговых мышц глаза, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

1. Поставить клинический диагноз.
2. Назначить необходимые исследования для подтверждения диагноза.
3. Указать клинические формы миастении.
4. Определить тактику врача при миастеническом кризе.
5. Перечислить заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при миастении.

Ответы

Задача 1:

1. Корешковый синдром.
2. Поражен корешок S₁.
3. Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника с компрессионным корешковым синдромом S₁, грыжа диска L₅–S₁.
4. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
5. Лечение: постельный режим несколько дней, лечебные блокады и НПВС — Кетонал 100 мг внутримышечно 1–2 раза в день или Мелоксикам 1,5 мл внутримышечно 1 раз в день (инъекции несколько дней, затем в таблетках); Толперизон 150 мг 3 раза в день, ангиопротективная терапия — Трентал 100–300 мг внутривенно или 100 мг per os 3 раза в день, физиотерапия.

Профилактика обострений: исключение провоцирующих факторов (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждение), 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 100 мг Тиамина хлорида, фолиевая кислота, Мильгамма, метаболическая, нейропротекторная терапия, ЛФК.

Профилактика: отказ от алкоголя.

Задача 3:

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. Антихолинэстеразные препараты — Нейромидин 1,5%-ный 1 мл внутримышечно; витамины группы В, пентоксифиллин, ЛФК, массаж, физиотерапия.

Задача 4:

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. Антихолинэстеразные препараты — Нейромидин 1,5%-ный 1 мл внутримышечно; витамины группы В, пентоксифиллин, ЛФК, массаж, физиотерапия.

Задача 5:

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 1 раз в день с постепенным повышением дозы.

Задача 6:

1. Периферический парез мимических мышц левой половины лица.
2. Поражен левый лицевой нерв.
3. Острая невропатия лицевого нерва слева.
4. ЭНМГ лицевого нерва.
5. Глюкокортикостероиды — преднизолон 1 мг/кг или дексаметазон до 24 мг 5 дней с постепенным снижением дозы; дегидратационная терапия — Верошпирон 50 мг утром, ангиопротективная терапия — пентоксифиллин; нейропротекторная, метаболическая терапия.

Методы реабилитации: ЛФК, мимическая гимнастика, массаж шейно-воротниковой зоны, иглорефлексотерапия; физиотерапия (лампа Соллюкс, УВЧ).

Задача 7:

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. Нормализация уровня сахара крови; витамины группы В; пентоксифиллин; Тиоктацид 600 мг/сут внутривенно № 10; антидепрессанты — амитриптилин (25 мг по схеме) или пароксетин (20 мг утром) до 3–4 мес.; противосудорожные (при нейропатической боли) — карбамазепин 200 мг 2 раза в день или габапентин, прегабалин 300 мг (начальная доза).

Задача 8:

1. В основе заболевания лежит нарушение нервно-мышечной передачи в синапсе. В результате аутоиммунных процессов повреждаются ацетилхолиновые рецепторы постсинаптической мембраны. Из-за их блокирования в синапсе возникает относительный дефицит ацетилхолина, что приводит к нарушению нервно-мышечной передачи и патологической мышечной утомляемости.

2. Миастенический криз.

3. Прозериновый тест, ЭНМГ.

4. Нормализация нервно-мышечной передачи путем применения антихолинэстеразных препаратов, обеспечение адекватного дыхания с помощью искусственной вентиляции легких.

Задача 9:

1. Подозрение на парциальную (локальную) форму миастении.

2. Наблюдение за пациенткой, соматическое обследование для исключения миастеноподобного синдрома, исключение опухоли вилочковой железы (КТ или МРТ переднего средостения), определение в крови уровня антител к холинорецепторам, ЭКГ, ЭНМГ, прозериновый тест.

3. Клинические формы миастении: генерализованная миастения (с нарушением дыхания и сердечной деятельности и без нарушения); локальные формы (глоточно-лицевая с нарушением дыхания и без нарушения, глазная, скелетно-мышечная с нарушением дыхания и без нарушения).

4. Для восстановления дыхательных функций — искусственная вентиляция легких. Медикаментозное лечение: 0,5%-ный Прозерин в дозе 2 мл подкожно или внутривенно последовательно и с интервалом 30 мин трижды, внутривенно капельно 30 мл 10%-ного калия хлорида в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида, глюкокортикостероиды и плазмаферез.

5. С миастеническими синдромами при ботулизме, ревматоидном артрите, красной волчанке, рассеянном склерозе, опухоли ствола мозга с глазодвигательными нарушениями, боковом амиотрофическом склерозе; с синдромом Ламберта–Итона.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ТЕМА 5. ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА. НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

Методика изучения: теоретический семинар, клиническое практическое занятие, разбор тематических пациентов, использование мультимедийных презентаций, наглядных пособий, муляжей, посещение нейрореанимации, приемного отделения, операционной.

Время: 6 ч.

Цель практического занятия:

– на основе базовых знаний анатомии и физиологии изложить основные моменты патофизиологии черепно-мозговой и позвоночно-спинно-мозговой травмы;

– обучить студентов методике обследования пациентов с черепно-мозговой, позвоночно-спинномозговой травмами, новообразованиями головного и спинного мозга;

– изложить нейрохирургические аспекты лечения пациентов с черепно-мозговой, позвоночно-спинномозговой травмами, новообразованиями головного и спинного мозга;

– на основании знаний анатомии центральной нервной системы, локализации функций в коре головного мозга научить определять основные клиничко-неврологические синдромы при опухолях головного мозга;

– изложить принципы хирургического лечения опухолей головного мозга в зависимости от локализации.

Студент должен знать:

1. Эпидемиологию черепно-мозговой травмы, организацию нейрохирургической и нейротравматологической помощи в Республике Беларусь.

2. Патогенетические механизмы очагового поражения головного и спинного мозга, патоморфологию черепно-мозговой травмы.

3. Синдромы внутричерепной гипертензии и дислокации головного мозга.

4. Методы специальной нейрохирургической и нейротравматологической диагностики.

5. Классификацию черепно-мозговой травмы.

6. Клинические проявления очагового травматического, диффузного аксонального поражения головного мозга, травматического субарахноидального кровоизлияния.

7. Показания и противопоказания к декомпрессивной краниотомии.

8. Интенсивную терапию тяжелой черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травмы.

9. Осложнения в лечении черепно-мозговых и позвоночно-спинно-мозговых травм.

10. Молекулярно-биологические механизмы онкогенеза, патоморфологию опухолей головного мозга.

11. Дифференциальную диагностику опухолей головного мозга с другими заболеваниями центральной нервной системы.

12. Классификацию опухолей головного мозга.

13. Виды и методы лечения пациентов с опухолями головного мозга.

14. Принципы хирургического лечения опухолей головного мозга в зависимости от локализации.

15. Методы локального контроля опухолевого роста (фотодинамическая, локальная химиотерапия).

16. Наиболее типичные ошибки в диагностике и лечении опухолей головного мозга.

В итоге проведения практического занятия студент-субординатор должен уметь:

1. Проводить осмотр пациентов с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести, травмой спинного мозга, подозрением на объемное образование головного и спинного мозга.

2. Интерпретировать данные методов обследования нейрохирургических пациентов (КТ, МРТ, краниографии).

3. Проводить диагностическую и лечебную люмбальную пункцию.

Материальное оснащение: таблицы, схемы (рисунки), муляжи головного мозга в разрезах, муляж ствола головного мозга, муляж черепа, мультимедийные презентации, неврологические молотки, краниограммы, данные КТ, МРТ головного мозга, дигитальные субтракционные ангиограммы на пленках и CD.

ВВЕДЕНИЕ (АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ)

Знание симптоматики, развивающейся при поражении структур головного мозга в результате черепно-мозговой травмы, и современных методов лечения позволяет существенно снизить летальность и повысить качество жизни пациентов.

Существует более 100 разновидностей первично-мозговых опухолей головного мозга, отличающихся по биологической структуре и клиническим исходам. Значительную часть из них составляют глиомы головного мозга, происходящие из астроцитов, олигодендроцитов или клеток эпендимы. Дальнейшее изучение биологии опухолевого роста и разработка новых адъювантных методов лечения позволит существенно увеличить продолжительность и качество жизни пациентов.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

№ п/п	Учебные вопросы	Расчет времени, мин
1	Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	5
2	Ответы на вопросы студентов по теме	10
3	Контроль исходного уровня знаний студентов	15
4	Травмы головного и спинного мозга	50
5	Опухоли головного и спинного мозга	60
6	Освоение практических навыков осмотра пациентов с черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травмой	30
7	Осмотр тематических пациентов с черепно-мозговой травмой	60
8	Демонстрация оперативного вмешательства у пациента с черепно-мозговой травмой, с опухолями центральной нервной системы	60
9	Осмотр тематических пациентов с опухолями центральной нервной системы	30
10	Решение задач	
11	Подведение итогов занятия	10

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЗНАНИЙ

Задача 1. Пациент Н., 45 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль. Известно, что накануне вечером мужчина упал и ударился головой. Отмечалась кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота, однако затем самочувствие было удовлетворительным. Сегодня утром усилилась головная боль, тошнота.

Объективно: состояние удовлетворительное, пациент в сознании, контактен, правильно ориентирован в пространстве и времени. Беспокоит головная боль, более выраженная в правой половине головы. Правая теменно-височная область болезненна при перкуссии. Менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без патологии. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. Пациент оставлен под наблюдением в приемном покое. Спустя несколько часов появились и стали нарастать нарушение сознания до оглушения/сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, расширение правого зрачка, снижение фотореакции. В левых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 3,5–4 баллов. На КТ в правой теменно-височной области выявляется структура высокой плотности, прилегающая к внутренней костной пластинке.

1. Поставить диагноз.

2. Указать, как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов.

3. Назвать развивающийся синдром.
4. Перечислить заболевания, которые могут привести к развитию подобного синдрома.
5. Определить тактику ведения пациента.

Задача 2. Пациент Л., 41 год, после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, мужчина амнезировал происшедшие с ним события. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам, значительно снизилась память, пациент предпочитает лежать лицом вниз, не может работать. Он госпитализирован через 11 дней после травмы.

Объективно: состояние средней тяжести, пациент в сознании, частично дезориентирован во времени. Перкуссия черепа болезненна, больше справа. Отмечаются ригидность затылочных мышц, скуловой симптом Бехтерева справа, симптом Кернига с двух сторон. Зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Левая носогубная складка сглажена, выявляется правосторонний гемипарез со снижением силы до 3,5 баллов, гиперкинез в пальцах левой кисти, глубокие рефлексы оживлены, больше справа. Пациент нечетко выполняет координаторные пробы левыми конечностями.

При рентгенографии деструктивных изменений костей черепа не определяется. На глазном дне диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступеваны, вены расширены, полнокровны. При МРТ головного мозга (Т1-взвешенные изображения), выполненной через 12 дней после травмы, отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обоих полушарий.

1. Поставить диагноз.
2. Определить тактику ведения пациента.

Задача 3. Пациент Д., 42 года, попал в дорожно-транспортное происшествие, от предложенной госпитализации отказался. Через неделю после черепно-мозговой травмы мужчина почувствовал головную боль, слабость и неловкость в правых конечностях. Эти явления нарастали, и пациент был госпитализирован в стационар.

Объективно: состояние при обследовании тяжелое, сознание спутанное, пациент сонлив, на вопросы отвечает односложно, не сразу. Мужчина жалуется на диффузную головную боль. Выражена ригидность затылочных мышц, определяются симптомы Бехтерева, Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Выявляется анизокория $D>S$, снижение реакции зрачков на свет. Отмечается левосторонний гемипарез со снижением силы до 3 баллов, симптом Бабинского слева. На уколы с двух сторон пациент реагирует одинаково. Статика и координация не исследова-

лись из-за тяжести состояния. При КТ головного мозга в левой теменно-затылочной области определяется образование повышенной плотности между костями черепа и веществом головного мозга.

1. Поставить диагноз.
2. Определить тактику ведения пациента.

Задача 4. Пациентка Р., 43 года, поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры АД, незначительное изменение черт лица. Кроме этого, в последние 3,5–4 мес. женщина отмечает снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого АД стали появляться 2,5–3 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Пациентка отмечает нарастание вышеуказанных симптомов.

Объективно: женщина в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Пациентка повышенного питания с ожирением по верхнему типу, имеются стрии на бедрах и пояснице. Кожные покровы красноватые, на лице угревая сыпь. Выражен гипертрихоз. Наблюдаются элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов отмечается выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется. При МРТ головного мозга в проекции гипофиза определяется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла.

1. Поставить диагноз.
2. Определить тактику ведения пациентки.

Задача 5. Пациент В., 45 лет, поступил в клинику нервных болезней с жалобами на упорные головные боли, слабость в левых конечностях. Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение 7–8 лет. Последние 2–2,5 года мужчина стал отмечать нарастающие онемение и неловкость в левой руке и ноге, снижение зрения на правый глаз. За этот период отмечались три приступа клонических судорог в этих же конечностях.

Объективно: пациент в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет. Выражены снижение зрения на правый глаз, парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонний гемипарез со снижением силы в руке и ноге до 2–2,5 баллов, снижение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева.

На глазном дне справа выявляется первичная атрофия диска зрительного нерва. При МРТ головного мозга в правом полушарии определяется округлой формы образование размерами 8 × 10 × 6 см с гомогенной

структурой и капсулой, прилегающей к оболочкам головного мозга. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и равномерное накопление в этом образовании.

1. Поставить диагноз.
2. Определить тактику ведения пациента.

Задача 6. Пациент К., 62 года, поступил в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, нарушение речи, слабость в правых конечностях. Со слов пациента и сопровождающих его родственников, головные боли беспокоят в течение 2–3 лет. На протяжении последнего года они усилились, стали более частыми, присоединилась слабость в правых конечностях и нарушения речи.

Объективно: пациент в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован, но несколько заторможен. Менингеальных симптомов нет. Определяется центральный парез лицевого и подъязычного нервов справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2–3 баллов. Отмечается хватательный рефлекс справа, правосторонняя гемигипестезия, элементы моторной афазии.

На глазном дне слева выявляются симптомы атрофии зрительного нерва, справа — проявления застоя. На ЭЭГ определяется фокус медленно-волновой активности в лобно-височно-теменных отведениях в виде регулярных дельта-колебаний. При МРТ головного мозга без введения контрастного вещества в проекции лобно-теменных отделов левого полушария выявляется зона сигнала пониженной и повышенной интенсивности в режимах T1 и T2 соответственно, которая инфильтрирует окружающие мозговые структуры.

1. Поставить диагноз.
2. Определить тактику ведения пациента.

Задача 7. Пациентка С., 35 лет, в течение последних 6 мес. отмечает снижение слуха на правое ухо. Лечение в ЛОР-клинике эффекта не дало. На протяжении последнего месяца появилось нарастающее системное головокружение, шаткость при ходьбе.

Объективно: движения глазных яблок в полном объеме, снижение слуха на правое ухо, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, сила в норме. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы пациентка выполняет с интенцией с двух сторон, хуже справа, в пробе Ромберга неустойчива. Острота зрения с обеих сторон 0,8, поля зрения не изменены. На глазном дне выявляется отек дисков зрительных нервов. При МРТ определяется патологическое образование в области пирамидки височной кости справа, умеренно выражен-

ная сопутствующая гидроцефалия. В анализе ликвора белково-клеточная диссоциация.

1. Поставить диагноз.
2. Определить тактику ведения пациента.

Ответы

Задача 1:

1. Эпидуральная гематома.
2. Светлый промежуток.
3. Синдром височно-тенториального вклинения.
4. Супратенториальные образования, сопровождающиеся дополнительным объемом: опухоль, кровоизлияние, абсцесс, эхинококкоз.
5. Экстренная операция: опорожнение острой эпидуральной гематомы.

Задача 2:

1. Двусторонняя субдуральная травматическая гематома.
2. КТ головного мозга, при обнаружении хронической субдуральной гематомы — операция: опорожнение хронической субдуральной гематомы через фрезевые отверстия, установка закрытой гравитационной дренажной системы.

Задача 3:

1. Подострая субдуральная гематома.
2. Операция: костно-пластическая трепанация, опорожнение подострой субдуральной гематомы с эндоскопической ассистенцией.

Задача 4:

1. Аденома гипофиза.
2. Консультация нейрохирурга. Трансназальное эндоскопическое удаление аденомы гипофиза.

Задача 5:

1. Опухоль головного мозга, вероятно менингиома.
2. Консультация нейрохирурга. Радикальное удаление опухоли с ее направлением на гистологическое исследование.

Задача 6:

1. Опухоль головного мозга, вероятно глиома.
2. МРТ головного мозга с контрастированием. Консультация нейрохирурга. По возможности радикальное удаление опухоли с интраоперационной фотодинамической терапией с препаратом «Фотолон». Направление фрагментов опухоли на гистологическое исследование. Консультация онколога, направление пациента на лучевую терапию и химиотерапию.

Задача 7:

1. Невринома слухового нерва.
2. Консультация нейрохирурга. Установка наружного вентрикулярного дренажа, радикальное удаление опухоли с ее направлением на гистологическое исследование.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Грабовски, А.* Неотложная неврология / А. Грабовски ; пер. с нем. ; под ред. Ю. В. Алексеенко. Москва : Издательство Панфилова, 2016. 592 с.
2. *Голубев, В. Л.* Неврологические синдромы. Руководство для врачей / В. Л. Голубев, А. М. Вейн. Москва : Эйдос Медиа, 2011. 832 с.
3. Учебное пособие по нейрохирургии. Краткая история нейрохирургии. Черепно-мозговая травма / А. Г. Нарышкин [и др.]. Санкт-Петербург : Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. 123 с.
4. *Гинсберг, Л.* Неврология для врачей общей практики / Л. Гинсберг ; пер. с англ. 2-е изд., доп. Москва : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. 368 с.
5. *Гусев, Е. И.* Неврология и нейрохирургия : учеб. : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коналов, В. И. Скворцова. 4-е изд., доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Т. 1 : Неврология. 640 с. Т. 2 : Нейрохирургия. 408 с.
6. *Федулов, А. С.* Неврология и нейрохирургия : учеб. пособие : в 2 ч. Ч. 1. Пропедевтика и семиотика поражений нервной системы / А. С. Федулов, Е. С. Нургужаев. Минск : Новое знание, 2015. 304 с.
7. *Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы* / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. Москва : Медицинское информационное агентство, 2010. 520 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Методические указания	4
Неврология	7
Тема 1. Методы клинической диагностики заболеваний нервной системы у пациента. Острые и хронические нарушения кровообращения головного и спинного мозга. Нейродегенеративные заболевания	7
Тема 2. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. Эпистатус. Головная боль. Неотложные состояния в неврологии	20
Тема 3. Инфекционные и демиелинизирующие заболевания центральной и периферической нервной системы	32
Тема 4. Заболевания периферической нервной системы. Миастения	45
Нейрохирургия.....	54
Тема 5. Травмы головного и спинного мозга. Новообразования головного и спинного мозга.....	54
Список использованной литературы.....	61

Учебное издание

Федулов Александр Сергеевич
Байда Алла Григорьевна
Логинов Вадим Григорьевич
Борисов Алексей Викторович

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Федулов
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 07.02.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 3,72. Уч.-изд. л. 2,98. Тираж 31 экз. Заказ 69.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.