

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

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Учебно-методическое пособие для проведения занятий
со студентами-субординаторами по специальности субординатуры
«Патологическая анатомия» 6-го курса лечебного факультета



Минск БГМУ 2020

УДК 616.8-089(072)
ББК 56.1я73
Н40

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 18.12.2019 г., протокол № 4

Авторы: 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; ассист. Ю. В. Мос-
ковских

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. Т. В. Качан; канд. мед. наук, доц. К. А. Чиж

Нервные и нейрохирургические болезни : учебно-методическое пособие / А. С. Фе-
Н40 дулов [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020. – 44 с.

ISBN 978-985-21-0609-2.

Излагаются вопросы, подлежащие изучению в рамках курса нервных и нейрохирургических бо-
лезней студентами-субординаторами по специальности «Патологическая анатомия» 6-го курса ле-
чебного факультета, расчет времени занятий, необходимые материалы, а также тестовые задания и
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 978-985-21-0609-2

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2020

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД — артериальное давление

в/м — внутримышечно

в/в — внутривенно

КТ — компьютерная томография

ЛФК — лечебная физическая культура

МРТ — магнитно-резонансная томография

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

РС — рассеянный склероз

ЦНС — центральная нервная система

ЧМН — черепно-мозговые нервы

ЭНМГ — электронейромиография

ЭЭГ — электроэнцефалография

ЭКГ — электрокардиография

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Болезни нервной системы вследствие их широкой распространенности и социальной значимости занимают одно из ведущих мест в клинической медицине. Знание заболеваний нервной системы, умение вести диагностический поиск, назначать схемы терапии имеют важное значение в подготовке врача общей лечебной практики, так как в своей деятельности 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 «Патологическая анатомия» 6-го курса являются: 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.

Цель практических занятий:

1) отработать навыки исследования неврологического статуса пациента; на основании знаний топической диагностики заболеваний нервной системы студент должен уметь объединять симптомы в синдромы и выставить предварительный клинический неврологический диагноз;

2) ознакомить студентов-субординаторов с методами лабораторно-инструментальной диагностики, с современными знаниями 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 «Нервные и нейрохирургические болезни» студенты-субординаторы должны:

1. Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы, последовательности работы в профильных неврологических отделениях, основных методах обследования, 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 выявить изменения в объективном статусе;

– определить симптомы, сформулировать синдромы и выделить из них основной;

– провести дифференциальную диагностику;

– составить план обследования и лечения в соответствии со стандартами медицинской помощи, определить прогноз и дать 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

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВВОДНОЙ ЧАСТИ

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 ... 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*)».

Отработке 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.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕРКЕ 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.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОТРАБОТКЕ 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 студентам тематических пациентов, которых студенты-субординаторы вместе с преподавателем курируют в течение всего занятия. Студенты знакомятся с данными истории болезни, листом врачебных назначений. После этого начинается разбор клинических случаев. Студенты выделяют симптомы, синдромы и 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 пациентами 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 клинический 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.

Рекомендуемая 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.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ ЗАНЯТИЯ (ИЛИ ЦИКЛА)

В заключение занятия проводится анализ работы 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 и т. д., получают допуск к следующему занятию.

ТЕМА 1. СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ И МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

Время: 7 ч.

Цель практического занятия:

- на основе базисных знаний анатомии и физиологии нервной системы обучить студентов-субординаторов проводить неврологический осмотр, ставить топический и клинический диагнозы;
- обучить методике интерпретации результатов нейровизуализации;
- обучить методике интерпретации результатов клинико-лабораторных тестов в неврологии и нейрохирургии.

Студент-субординатор должен знать:

1. Основные данные о строении больших полушарий мозга и мозговых оболочек.
2. Основы нейроанатомии.
3. Методику оценки двигательной системы.
4. Методику оценки чувствительной сферы.
5. Методику оценки координации.

В итоге проведения практического занятия студент-субординатор должен уметь:

1. Оценивать экспрессивную и импрессивную речь; использовать приемы выявления афазий (изучить спонтанную, повторную, номинативную функцию речи, понимание речи) и апраксий (кинестетической, эфферентной, пространственной, идеаторной).
2. Выявлять оптическую, слуховую и тактильную агнозии.
3. Определять функции счета, чтения, письма.
4. Выявлять основные неврологические симптомы и синдромы при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения.

5. Установить топический и синдромальный диагнозы.

6. Поставить клинический диагноз.

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 ЦНС. Поиск причины возникновения симптомов поражения нередко затруднителен, поэтому врачи различных специальностей часто сталкиваются с проблемой выбора тактики лечения пациентов с патологией нервной системы.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Занятие включает следующие темы:

1. Инструментальные методы исследования в диагностике заболеваний нервной системы. Рентгенологическая семиотика заболеваний нервной системы. Рентгенография черепа и позвоночника. Каротидная и вертебральная ангиографии. Дигитальная селективная субтракционная ангиография. Рентгеновское компьютерно-томографическое исследование. МРТ. Однофотонно-эмиссионная и позитронно-эмиссионная томографии.

2. ЭЭГ. Компьютерные методы анализа ЭЭГ, картирование ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг. ЭНМГ. Дуплексное сканирование прецеребральных артерий. Транскраниальная доплерография.

3. Люмбальная пункция: показания, противопоказания, методика проведения, осложнения. Исследование цереброспинальной жидкости.

4. Чувствительность и ее нарушения. Понятия о рецепции, ощущении, восприятии. Строение чувствительного анализатора.

5. Проводящие пути поверхностной и глубокой чувствительности. Виды и типы чувствительных расстройств.

6. Синдромы расстройств чувствительности при поражении периферических нервов, сплетений, спинномозговых корешков, спинного мозга, ствола, полушарий головного мозга.

7. Двигательная система и синдромы ее поражения. Характеристика двигательного пути. Центральные и периферические двигательные нейроны. Классификация рефлексов. Понятие о рефлекторном круге, рефлекторном кольце.

8. Симптомы центрального паралича. Симптомы периферического паралича.

9. Структура и организация экстрапирамидной системы. Синдромы поражения паллидарного и стриарного отделов.

10. Мозжечок. Функциональное значение связей мозжечка с другими структурами нервной системы. Симптомы поражения мозжечка.

11. Черепные нервы, синдромы поражения. Клиническая нейроанатомия обонятельного анализатора, его функции. Уровни поражения и варианты нарушения обоняния.

12. Клиническая нейроанатомия зрительного анализатора. Изменение остроты и полей зрения при поражении различных отделов зрительного анализатора.

13. Клиническая нейроанатомия глазодвигательных нервов — III, IV и VI пары; иннервация глазодвигательных мышц. Симптомы нарушения глазодвигательных функций.

14. Клиническая нейроанатомия тройничного нерва. Зоны чувствительной иннервации и обеспечение функций жевательной мускулатуры. Наиболее частые уровни поражения. Типы расстройств чувствительности на лице.

15. Клиническая нейроанатомия лицевого нерва. Дифференциальная диагностика центрального и периферического пареза мимической мускулатуры.

16. Клиническая нейроанатомия вестибулярной системы. Варианты головокружения и нистагма.

17. Клиническая нейроанатомия языкоглоточного, блуждающего, подъязычного нервов, их функции, симптомы поражения. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.

18. Оболочки головного и спинного мозга. Субдуральное, подпаутинное пространства, синусы твердой мозговой оболочки.

19. Магистральные артерии головы и шеи. Зоны кровоснабжения передней мозговой, средней мозговой и задней мозговой артерий.

20. Синдромы очагового поражения нервной системы. Поражение лобной доли. Поражение теменной доли. Поражение височной доли. Поражение затылочной доли.

21. Поражение мозолистого тела. Поражение внутренней капсулы.

22. Поражение области крыши среднего мозга. Поражение ножек мозга. Поражение моста. Поражение продолговатого мозга.

23. Поражение шейного отдела спинного мозга (CV–CVIII). Поражение грудного отдела спинного мозга. Поражение поясничного отдела спинного мозга. Поражение конского хвоста.

24. Осмотр и курация пациентов: сбор жалоб пациента и анамнеза заболевания, проведение физикального обследования, составление плана лабораторно-инструментального обследования, интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, участие в формулировке диагноза, составлении плана лечения, обосновании показаний к оперативному вмешательству, составлении плана оперативного вмешательства, оформлении медицинской документации.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

Учебные вопросы	Расчет времени, мин
-----------------	------------------------

Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	5
Контроль исходного уровня знаний студентов	20
Ответы на вопросы студентов по теме занятия	10
Освоение практических навыков (оценка функции двигательной и чувствительной систем, черепных нервов, мозжечка, экстрапирамидной системы, долей мозга, проверка менингеальных симптомов). Синдромы очагового поражения нервной системы	50
Учебные вопросы	Расчет времени, мин
Инструментальные методы исследования в диагностике заболеваний нервной системы	20
Острые нарушения мозгового кровообращения	40
Эпилепсия. Эпилептический статус	30
Демиелинизирующие заболевания нервной системы	30
Полиневропатии: паранеопластические, дисметаболические, травматические, компрессионно-ишемические. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия	30
Герпетический энцефалит	30
Миастения. Синдром Ламберта–Итона. Миастенический и холинергический криз	30
Неврологические проявления остеохондроза позвоночника	30
Решение ситуационных задач	20
Подведение итогов занятия	5

ТЕСТЫ I УРОВНЯ

Тесты на различие

1. Где локализуется очаг поражения при моторной афазии:

- 1) в височной доле;
- 2) теменной доле;
- 3) затылочной доле;
- 4) лобной доле?

2. Какая область больших полушарий ответственна за программирование и контроль деятельности:

- 1) лобная доля;
- 2) височная доля;
- 3) теменная доля;
- 4) затылочная доля?

3. Определите локализацию патологического очага поражения у пациента с астереогнозом:

- 1) лобная доля;
- 2) теменная верхняя долька;
- 3) височная доля;
- 4) теменная нижняя долька;
- 5) затылочная доля.

4. Где локализуется очаг поражения, если у пациента выявляется апраксия:

- 1) в лобной доле;
- 2) теменной верхней дольке;
- 3) височной доле;
- 4) теменной нижней дольке;
- 5) затылочной доле?

5. Какой термин употребляется для обозначения расстройств счета:

- 1) алексия;
- 2) афазия;
- 3) астереогноз;
- 4) акалькулия?

6. Где локализуется очаг поражения при сенсорной афазии:

- 1) в лобной доле;
- 2) височной доле;
- 3) теменной доле;
- 4) затылочной доле?

Ответы: 1 — 4; 2 — 1; 3 — 2; 4 — 4; 5 — 4; 6 — 2.

Тесты-классификации

1. Признаки сенсорной афазии:

- 1) нарушение артикулирования звуков и фонем;
- 2) нарушение переключения с одного звука на другой;
- 3) неразличение фонем;
- 4) непонимание обращенной речи;
- 5) «словесный салат»;
- 6) отчуждение смысла слов;
- 7) сохранность понимания речи.

2. Признаки моторной афазии:

- 1) нарушение артикулирования звуков;
- 2) нарушение переключения с одного звука на другой;
- 3) неразличение фонем;
- 4) непонимание обращенной речи;
- 5) «словесный салат»;
- 6) отчуждение смысла слов;
- 7) сохранность понимания речи.

3. Признаки поражения левой теменной доли мозга:

- 1) апраксия;
- 2) астереогноз;
- 3) алексия;
- 4) акалькулия;
- 5) нарушение схемы тела;
- 6) агнозия пальцев;

- 7) сенсорная афазия;
- 8) моторная афазия;
- 9) оптическая агнозия.

Ответы: 1 — 3, 4, 5, 6; 2 — 1, 2, 7; 3 — 1, 2, 3, 4, 5, 6.

ТЕСТЫ II УРОВНЯ

Тесты подстановки

1. Назовите признаки моторной афазии: 1) ...; 2) ...; 3)
2. Назовите признаки сенсорной афазии: 1) ...; 2) ...; 3) ...; 4)
3. Назовите виды апраксий: 1) ...; 2) ...; 3)
4. Назовите виды агнозий: 1) ...; 2) ...; 3)
5. Перечислите признаки расстройства высших корковых функций при поражении лобной доли: 1) ...; 2) ...; 3) ...; 4) ...; 5) ...; 6) ...; 7)

Ответы. 1: 1) Трудность артикулирования звуков; 2) трудность переключения с одного звука на другой; 3) сохранность понимания речи. **2:** 1) «Словесный салат»; 2) непонимание обращенной речи; 3) дефекты фонематического слуха; 4) отчуждение смысла слов. **3:** 1) Афферентная; 2) эфферентная; 3) вследствие нарушения программирования деятельности (идеаторная, моторная, конструктивная). **4:** 1) Оптическая; 2) слуховая; 3) тактильная. **5:** 1) Снижение критики; 2) эйфория; 3) нарушение возможности составить и удержать программу деятельности; 4) нарушение регуляции контроля психической деятельности; 5) нарушение контроля за функцией тазовых органов; 6) нарушение памяти; 7) аспонтанность.

Тесты конструктивные

1. Какой синдром возникает при раздражении клеток передней центральной извилины?
2. Какой синдром развивается при раздражении задней центральной извилины?
2. Каковы признаки очагового процесса в затылочной доле?
3. Какой синдром возникает при поражении лобной доли левого полушария?
4. Какой синдром возникает при поражении левой височной доли?
5. Какой синдром возникает при поражении теменно-височно-затылочной области левого полушария?
6. Каковы признаки поражения правого полушария?

Ответы:

1. Джексоновская эпилепсия.
2. Сенсорный вариант джексоновской эпилепсии.

3. Зрительные галлюцинации, агнозия оптическая.
4. Нарушение программирования и контроля деятельности, инертность, инактивность, моторная афазия.
5. Сенсорная афазия.
6. Алексия, акалькулия, пальцевая агнозия, амнестическая афазия.
7. Анозогнозия, нарушение схемы тела, апраксия одевания, агнозия на лица.

ТЕСТЫ III УРОВНЯ

Проблемные ситуации

Задача 1. Пациент, 50 лет, доставлен машиной скорой помощи. Во время работы почувствовал себя плохо, была кратковременная потеря сознания.

Объективно: определяются высокие цифры кровяного давления, пациент активно реагирует на окружающее. Понимает обращенную к нему речь, выполняет простую инструкцию (сжать руку), однако ответить не может. Произносит только звуки «да-да».

1. *Определите основной клинический синдром.*
2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 2. У женщины, 30 лет, ревматический порок сердца. Проснувшись утром, обнаружила, что не может понять речь окружающих.

Объективно: не понимает, как показать части тела. Не дифференцирует фонемы. Говорит много, но слова непонятны. Речь может быть охарактеризована как «словесный салат».

1. *Определите основной клинический синдром.*
2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 3. Пациент, бухгалтер по профессии, стал отмечать затруднения при чтении (забыл буквы), не справлялся со счетом, не всегда определял нужное направление, когда сходил с автобуса.

Объективно: при осмотре выяснилось, что пациент не узнает правой рукой предметы на ощупь, с трудом может зашнуровать ботинки, не справляется с устным счетом, забывает буквы.

1. *Определите основной клинический синдром.*
2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 4. Пациентка, музыкант по профессии, играющая на пианино, стала отмечать затруднения при быстром темпе игры; иногда не могла произнести длинные слова, ошибалась при письме.

Определите характер двигательных и речевых расстройств.

Задача 5. У пациентки, 30 лет, в течение года изменилось поведение: стала неопрятной, появились склонность к плоским шуткам, неадекватные действия, ухудшилось зрение.

Объективно: отсутствие обоняния слева и снижение зрения, на глазном дне слева — атрофия зрительного нерва, справа — застойный сосок, вы-

ражены хватательные рефлексy. При ходьбе и в позе Ромберга пошатывание вправо. При разговоре испытывает затруднение в подыскивании слов.

1. *Определите основные синдромы.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 6. Пациент, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на приступы проваливания, сопровождающиеся вращением окружающих предметов, лиц. Беспокоит ощущение неприятных запахов, не существующих в действительности; извращение вкусовых ощущений.

Объективно: правосторонняя квадрантная гемианопсия, неустойчивость в позе Ромберга, при ходьбе — пошатывание вправо. Плохо понимает смысл пословиц и сложных фраз.

1. *Определите основные синдромы.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 7. Пациентка, 43 года, жалуется на периодически возникающие неприятные ощущения светящихся точек, искр, пламени перед глазами; формы знакомых предметов представляются искаженными, уродливыми, перестала узнавать лица знакомых.

Объективно: острота зрения равна 1; правосторонняя квадрантная гемианопсия.

1. *Назовите симптомы.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 8. К врачу обратился пациент 30 лет (инженер), жалуется на появившуюся в последнее время «рассеянность» (неправильно застегивает пуговицы, затрудняется отпереть свою дверь ключом), не справляется с арифметическими действиями, читает с трудом (забывает буквы).

Объективно: не узнает предметы на ощупь, не может самостоятельно правильно одеться, затруднен устный счет в пределах 20, неправильно называет пальцы, право-левая ориентация нарушена.

1. *Определите основные синдромы.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 9. У пациента, 57 лет, на фоне чрезмерного эмоционального напряжения внезапно развились слабость и онемение в правых конечностях.

Объективно: правосторонняя гемианопсия, сглаженность правой носогубной складки, язык при высовывании отклоняется вправо, правосторонний гемипарез с повышением мышечного тонуса, сухожильных рефлексов и наличием патологических рефлексов справа. Отсутствие всех видов чувствительности справа.

1. *Определите основные синдромы.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 10. Пациент, 60 лет, жалуется на нестерпимо жгучие боли в правой половине туловища и в правых конечностях, неустойчивость при ходьбе.

Объективно: правосторонняя гемианопсия, гемигипестезия с гиперпатией справа, при ходьбе отклоняется вправо, правая кисть согнута в луче-

запястом суставе, пальцы то прижаты друг к другу, то принимают вычурные, быстро меняющиеся позы.

1. *Определите основные синдромы.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 11. Пациентку, 51 год, в течение нескольких лет беспокоят беспорядочные непроизвольные подергивания в конечностях и в различных частях тела, мешающие целенаправленным произвольным движениям.

Объективно: быстрые, аритмичные, разбросанные, бессистемные насильственные движения в конечностях, туловище, мышцах лица, удержать в покое вытянутые руки, высунутый язык пациентка не может.

1. *Определите основной клинический синдром.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 12. У пациента, 49 лет, внезапно после бани развился паралич в правых конечностях, закрылся левый глаз.

Объективно: расходящееся косоглазие и птоз слева, левый зрачок шире правого, сглаженность правой носогубной складки, язык отклоняется вправо, справа — отсутствие движений, сухожильные рефлексy и мышечный тонус справа выше, чем слева, правосторонняя гемигипестезия.

1. *Определите основной клинический синдром.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 13. Пациент, 66 лет, после сна утром внезапно обнаружил перекос лица влево и отсутствие движений в левых конечностях.

Объективно: лицо «перетянута» влево, правый глаз не закрывается, правые лобные складки отсутствуют, справа «симптом паруса», правый угол рта опущен, язык отклоняется влево, левосторонний гемипаралич с высокими сухожильными рефлексами и наличием патологических рефлексов, гемианестезия слева.

1. *Определите синдром.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 14. У пациента после тяжелой черепно-мозговой травмы развился паралич в правых конечностях, появилось двоение в глазах, перекасило лицо.

Объективно: сходящееся косоглазие левого глаза, лобные складки слева не образуются, левый глаз не закрывается, рот перетянут вправо, левый угол рта опущен, правосторонняя гемиплегия с повышенными сухожильными рефлексами и наличием патологических рефлексов, правосторонняя гемигипестезия.

1. *Определите основной клинический синдром.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 15. У пациента, 66 лет, в течение суток постепенно развился паралич в левых конечностях и появилось затруднение речи.

Объективно: язык при высовывании отклоняется вправо, имеется атрофия мышц правой половины языка, артикуляция затруднена. В левых конеч-

ностях движения отсутствуют, сухожильные рефлексы повышены. Рефлекс Бабинского и рефлекс Оппенгейма слева.

1. *Определите основной клинический синдром.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 16. У пациентки, 46 лет, в течение нескольких месяцев постепенно развилась слабость в левых конечностях, изменился голос (стал гнусавым) и появилось затруднение при глотании.

Объективно: голос сиплый с гнусавым оттенком, правая половина мягкого неба свисает, глоточный и небный рефлексы справа снижены. В левых конечностях снижена мышечная сила до 3 баллов, сухожильные рефлексы слева выше, чем справа, рефлекс Бабинского слева.

1. *Определите основной клинический синдром.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Задача 17. У пациента, 59 лет, во время работы в саду внезапно развился паралич в правых конечностях, появилось затруднение глотания, частое поперхивание при еде, охриплость голоса.

Объективно: голос хриплый, экскурсия мягкого неба при фонации ограничена слева, парез левой голосовой связки, небный и глоточный рефлексы слева не вызываются, левый плечевой пояс опущен. В правых конечностях — отсутствие произвольных движений, мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены, патологические рефлексы справа.

1. *Определите основной клинический синдром.*

2. *Поставьте топический диагноз.*

Ответы на задачи

Задача 1. 1. Моторная афазия.

2. Задние отделы нижней лобной извилины слева.

Задача 2. 1. Сенсорная афазия.

2. Левая височная доля.

Задача 3. 1. Нарушение чтения, счета, праксиса, стереогноза.

2. Левая теменная доля.

Задача 4. Эфферентная апраксия, моторная афазия, аграфия.

Задача 5. 1. Лобная психика; лобная атаксия; моторная афазия.

2. Левая лобная доля.

Задача 6. 1. Вестибулярные пароксизмы; обонятельные и вкусовые галлюцинации; атаксия; сенсорная афазия.

2. Левая височная доля.

Задача 7. 1. Фотопсии; метаморфопсии; агнозия на лица.

2. Затылочная доля.

Задача 8. 1. Агнозия; апраксия; акалькулия.

2. Теменная доля.

Задача 9. 1. Центральный парез VII и XII нервов справа; центральный гемипарез справа; гемианестезия справа.

2. Левая внутренняя капсула.

Задача 10. 1. Гемииалгии справа; гемианопсия справа; гемигипестезия с гиперпатией справа; правосторонняя гемиатаксия; хореоатетоз.

2. Левый зрительный бугор.

Задача 11. 1. Хореический гиперкинез.

2. Стриарный отдел экстрапирамидной системы.

Задача 12. 1. Альтернирующий паралич Вебера.

2. Левая ножка мозга.

Задача 13. 1. Альтернирующий паралич Мийара–Гюблера.

2. Нижние отделы варолиевого моста справа.

Задача 14. 1. Альтернирующий паралич Фовилля.

2. Левая половина варолиевого моста.

Задача 15. 1. Альтернирующий паралич Джексона.

2. Продолговатый мозг справа.

Задача 16. 1. Альтернирующий паралич Авеллиса.

2. Правая половина продолговатого мозга.

Задача 17. 1. Альтернирующий паралич Шмидта.

2. Левая половина продолговатого мозга.

ТЕМА 2. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ЭПИЛЕПСИЯ. СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ. ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ПОЛИНЕВРОПАТИИ. ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ. МИАСТЕНИЯ И ДРУГИЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

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

Время: 7 ч.

Цель практического занятия:

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

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

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

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

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

– на основе знаний основ анатомии и физиологии периферической нервной системы обучить студентов различным методам диагностики, лечения и профилактики неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, невралгий, полиневралгий 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. Факторы риска инсульта (немодифицируемые, модифицируемые).
2. Основные клинические проявления острых нарушений мозгового кровообращения.

3. Базисную терапию инсульта.

4. Определение эпилептического припадка и эпилепсии, этиологию и патогенез эпилепсии.

5. Семиологию эпилептических припадков согласно Международной классификация эпилептических припадков. Критерии диагностики эпилепсии.

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

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

8. Менингеальный синдром. Определение менингеальных симптомов: ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского и др.

9. Эпидемиологию и этиологию нейроинфекций.

10. Клинические варианты течения РС.

11. Эпидемиологию заболеваний периферической нервной системы.

12. Современную классификацию заболеваний периферической нервной системы.

13. 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).

14. Методы диагностики нервно-мышечных заболеваний.

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 при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения.
4. Проводить неврологический осмотр пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
5. Проводить дифференциальную диагностику инфаркта мозга, нетравматического внутримозгового и субарахноидального кровоизлияний.
6. Составлять план проведения диагностического поиска и лечебных мероприятий при нарушениях мозгового кровообращения.
7. Проводить неврологический осмотр пациентов с наличием в анамнезе пароксизмальных состояний, эпилептических припадков.
8. Проводить дифференциальную диагностику между различными видами эпилептических приступов (генерализованными, фокальными припадками), судорожных пароксизмов с другими синкопальными состояниями (неврогенными, соматогенными, психогенными).
9. Оказывать первую медицинскую помощь пациенту с судорожным синдромом.
10. Проводить дифференциальную диагностику бактериального и вирусного менингитов.
11. Определять план лечения при нейроинфекциях.
12. Проводить неврологический осмотр пациентов с демиелинизирующими заболеваниями центральной и периферической нервной системы.
13. Проводить неврологический осмотр пациентов с заболеваниями периферической нервной системы.
14. Проводить дифференциальную диагностику докорешковых (рефлекторных) и корешковых проявлений остеохондроза позвоночника.
15. Вырабатывать тактику диагностики и лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.
16. Проводить осмотр пациента с синдромом патологической мышечной слабости.
17. Назначать терапию пациенту с миастенией.
18. Проводить дифференциальную диагностику миастенического и холинергического кризов.

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, требующих тщательного анализа данных анамнеза, клинического неврологического осмотра, инструментальных методов диагностики для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики с другими синкопальными пароксизмами.

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

Менингеальный синдром является основой диагностики таких экстренных неврологических заболеваний, как нейроинфекции, острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Знание показаний и противопоказаний к проведению, техники выполнения и осложнений люмбальной пункции является непременным условием подготовки врача общей практики. По данным исследований, нейроинфекции составляют около 1/3 всех патологий нервной системы. Общими чертами всех нейроинфекций является тяжесть их течения, высокий уровень летальности и инвалидизации.

РС — хроническое, мультифакториальное, аутоиммунное, прогрессирующее воспалительно-дегенеративное заболевание ЦНС. Это одна из наиболее социально и экономически значимых проблем в современной неврологии. Благодаря разработке новых вариантов патогенетической и симптоматической терапии РС из числа неизлечимых заболеваний перешел в категорию частично управляемых. Частой и тяжелой патологией являются также острый рассеянный энцефаломиелит, первичные воспалительные демиелинизирующие полиневропатии.

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 развития которой являются как наследственные, так и ряд приобретенных факторов: 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

Занятие включает следующие темы:

1. Эпидемиология, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение острых нарушений мозгового кровообращения. Факторы риска возникновения инсульта.

2. Инфаркт мозга. Патогенетические подтипы инфаркта мозга. Клинические проявления инфаркта мозга в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах.

3. Внутримозговое кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние: этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальная диагностика.

ка инфаркта мозга, внутримозгового кровоизлияния и субарахноидального кровоизлияния.

4. План обследования и диагностики пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Базисная (недифференцированная) и дифференцированная терапия инсульта. Тромболизис: показания и противопоказания, порядок проведения.

5. Эпидемиология и классификация эпилепсии. Механизмы эпилептогенеза. Классификация эпилептических припадков. Дифференциальная диагностика пароксизмальных состояний. Медикаментозное лечение эпилепсии.

6. Эпилептический статус: определение, причины, купирование.

7. Современные представления об этиологии и патогенезе РС, основные неврологические синдромы, типы течения, диагностические критерии Мак-Дональда, информативность инструментальных методов исследования, дифференциальная диагностика. Технологии, модифицирующие клиническое течение заболевания. Клеточные технологии в лечении РС.

8. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (синдром Гийена–Барре): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

9. Полиневропатии: паранеопластические, дисметаболические, травматические, компрессионно-ишемические.

10. Герпетический энцефалит: клиническая картина, диагностика (нейровизуализация, методы лабораторной диагностики), лечение, прогноз.

11. Миастения: эпидемиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Методы диагностики миастении. Синдром Ламберта–Итона. Лечение миастении. Миастенический и холинергический криз, смешанный криз: причины и факторы, способствующие возникновению, клинические проявления, диагностические критерии.

12. Классификация неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Клинические фазы течения остеохондроза позвоночника. Дифференциальная диагностика вертеброгенных поражений нервной системы, методы и возможности инструментальной диагностики.

13. Комплексная и медикаментозная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Показания к хирургическому лечению неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.

14. Осмотр и курация пациентов: сбор жалоб пациента и анамнеза заболевания, проведение физикального обследования, составление плана лабораторно-инструментального обследования, интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований, участие в формулировке диагноза, составлении плана лечения, обосновании показаний к оперативному вмешательству, составлении плана оперативного вмешательства, оформлении медицинской документации.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

Учебные вопросы	Расчет времени, мин
Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	5
Контроль исходного уровня знаний студентов	20
Ответы на вопросы студентов по теме занятия	10
Острые нарушения кровообращения головного мозга	40
Острые нарушения кровообращения спинного мозга	30
Учебные вопросы	Расчет времени, мин
Эпилепсия, виды эпилептических припадков. Эпилептический статус	50
Герпетический энцефалит	20
Демиелинизирующие заболевания центральной и периферической нервной системы	40
Неврологические проявления дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника	40
Миастения	30
Решение ситуационных задач	30
Подведение итогов занятия и постановка задач на следующее занятие	5

КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЗНАНИЙ

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

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

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

На глазном дне — застойные диски зрительных нервов.

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 дополнительным методам 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. Пе-

ред приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1–2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появились раздражительность, снохождение, сноговорение.

Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет.

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

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.
4. Поставить клинический диагноз.
5. Назначить лечение.

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

В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Глазное дно — без патологии.

На ЭЭГ — «спайк – волна».

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. Такими припадками страдает с детства, частота их 3–4 раза в месяц.

В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Глазное дно без патологии. На ЭЭГ — 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, больше в утренние часы, которые иногда сопровождаются рвотой. Накануне впервые

в жизни развился приступ клонических судорог в правой кисти, без потери сознания, который длился около 10 мин.

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

На глазном дне: начальные явления застоя дисков зрительных нервов.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Назначить необходимые методы обследования.
4. Поставить предварительный клинический диагноз.
5. Назначить лечение и определить тактику ведения 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 месяца, 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, заболела остро после семейной ссоры, когда развился приступ потери сознания с тоническими судорогами.

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

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

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

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить лечение.
5. Методы профилактики.

Задача 8. Пациент Ж., 40 лет, доставлен в приемное отделение машинной скорой помощи. Внезапно на улице потерял сознание, упал, наблюдались генерализованные судороги. Во время транспортировки в машине пришел в сознание, но затем вновь повторился общий судорожный припадок. Рассказал, что после травмы черепа (15 лет назад) 1–2 раза в год бывают эпилептические

припадки. Вчера 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 в состоянии оглушения, с трудом вступает в контакт. Жалуется на головную боль. В правой лобно-височной области старый рубец после травмы. Зрачки одинаковые. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Активные движения в правых конечностях в полном объеме, а левой рукой и ногой двигает с большим трудом. Сила левой кисти 2 балла. 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 отмечает чувство «дурноты», лицо бледнеет. Чаще приступы возникают в душном помещении.

В неврологическом статусе: очаговой неврологической симптоматики нет. Выражена вегетативная симптоматика. Глазное дно в норме. ЭЭГ без патологических изменений.

1. Выделить клинические синдромы.
2. 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 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 °С. Зрачки широкие, на свет не реагируют. В мимических и скелетных мышцах наблюдаются почти постоянные клонические судороги. Следы прикусов на языке, кровавая пена у рта, непроизвольное мочеиспускание. Глубокие рефлексy снижены. С обеих сторон вызывается рефлекс Бабинского. 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. Пациент В., 72 года, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке и затруднение речи — произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 150/100 мм рт. ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Язык в полости рта. Выражен хоботковый рефлекс.левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута наружу. Движения правой ноги ограничены. Глубокие рефлексывыше, чем слева. Справа рефлекс Бабинского.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Установить предположительный клинический диагноз.
4. Определить бассейн нарушенного кровоснабжения.
5. Назначить дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Задача 12. Пациент Е., 52 года, доставлен в приемное отделение машинной скорой помощи. 20 минут назад 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 рефлексывыше, чем справа. Рефлекс Бабинского справа.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Установить предположительный клинический диагноз.
4. Определить бассейн нарушенного кровоснабжения.
5. Назначить дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Задача 13. Пациент Д., 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Черепно-мозговую травму отрицает.

Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Пациент возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, не-

смотря на запреты. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка (4 см) и симптом Кернига с обеих сторон под углом 90°.

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

Анализ крови: СОЭ — 8 мм/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, необходимые для уточнения диагноза.

Задача 14. Пациент, 45 лет, страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, внезапно после эмоционального напряжения почувствовал слабость и онемение в правых конечностях, затруднение речи.

В неврологическом статусе: элементы моторной афазии, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, легкий правосторонний гемипарез. Все указанные симптомы регрессировали в течение 3 ч.

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
5. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

Задача 15. Пациентка Д., 30 лет. Заболевание началось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение месяца лечилась у офтальмологов по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. Зрение улучшилось. Спустя полгода появились двоение в глазах, слабость ног, шаткость при ходьбе; затруднение мочеиспускания.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

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

На глазном дне отмечается бледность диска правого зрительного нерва.

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

1. Выделить клинические синдромы.

2. *Поставить топический диагноз.*
3. *Назначить недостающие дополнительные методы обследования.*
4. *Поставить клинический диагноз.*
5. *Назначить лечение обострения, рекомендации по дальнейшему ведению пациентки.*

Задача 16. Пациент В., 20 лет. В 18-летнем возрасте в течение 3–5 дней отмечал двоение при взгляде вправо. Через год появились пошатывание при ходьбе, больше вправо, слабость в ногах, периодически задержка мочеиспускания, которые прошли после гормональной терапии. Месяц назад после стресса вновь почувствовал слабость в ногах и шаткость при ходьбе.

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

На глазном дне — побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

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

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

Задача 17. Пациент В., 37 лет, жалуется на стреляющие боли по задней поверхности правой ноги до пятки и V пальца, которые появились после подъема тяжести. Вначале боль была тупой, ноющей, но постепенно нарастала до максимальной интенсивности. Боль 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 суставах.

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

1. *Выделить клинические синдромы.*
2. *Поставить топический диагноз.*

3. *Поставить клинический диагноз.*

4. *Назначить дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.*

5. *Назначить лечение и определить методы профилактики.*

Задача 18. Пациент А., 40 лет. Жалобы на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голенях. В течение ряда лет пациент употребляет алкоголь, заболевание развивалось постепенно.

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

1. *Выделить клинические синдромы.*

2. *Поставить топический диагноз.*

3. *Поставить клинический диагноз.*

4. *Назначить дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.*

5. *Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.*

Задача 19. 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, стала поперхиваться при еде, опустилось левое веко. В течение последующих месяцев нарушения глотания, речи усилились, периодически возникала слабость в руках, ногах, мимической мускулатуре.

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

1. *Что лежит в основе двигательных расстройств при данном заболевании?*

2. *О каком характере криза при поступлении у пациентки можно думать?*

3. *Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для обоснования клинического диагноза?*

4. *Какова терапевтическая тактика в данной ситуации?*

Задача 20. На приеме девушка, 16 лет, жалуется на быструю утомляемость и чувство разбитости во второй половине дня.

Из анамнеза: впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания год назад, стало тяжело посещать спортивную секцию, не могла выполнять упражнения.

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

- 1. Поставить клинический диагноз.*
- 2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?*
- 3. Какие клинические формы миастении выделяют в классификации?*
- 4. Какова тактика врача при миастеническом кризе?*
- 5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференцированную диагностику при миастении?*

ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ

Задача 1. 1. Синдромы:

- общемозговой (головная боль, сопровождающаяся рвотой);
- очаговый в виде приступов фокальной моторной джексоновской эпилепсии в правой руке и вторично — генерализованных эпилептических приступов, 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 эпилептических приступов.

5. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении. Симптоматическая терапия — дегидратационная и противосудорожная.

Задача 2. 1. Синдром первично-генерализованных эпилептических приступов: тонико-клонических и абсансов.

2. В патологический процесс изначально вовлечены оба полушария.

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

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

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

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 — волна» с частотой 3 Гц (характерная для абсансов) в виде генерализованных, синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий.

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

5. Противосудорожная терапия: Депакин в дозе 20–30 мг/кг, начиная с 500 мг в сутки, 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. На ЭЭГ выявлена генерализованная эпилептическая активность, более выраженная в затылочной доле эпилептическими приступами.

4. Идиопатическая эпилепсия с частыми генерализованными тонико-клоническими эпилептическими приступами.

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

Задача 5. 1. Синдромы:

- общемозговой — утренняя головная боль, сопровождающаяся рвотой;
- очаговые — в виде приступов фокальной моторной джексоновской эпилепсии в правой кисти, центрального монопареза правой руки с центральным парезом VII и XII пар ЧМН справа.

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

3. Застойные явления на глазном дне свидетельствуют о повышении внутричерепного давления; 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 приступов.

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 приступами.

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

Задача 9. 1. Синдром синкопальных (обмороки) состояний.

2. Очаг поражения в головном мозге отсутствует.

3. ЭКГ с мониторингом, контроль АД.

4. Синдром вегетативно-сосудистой дистонии с синкопальными состояниями.

5. Лечение: гинкго билоба (40 мг по 1 таблетке 3 раза в день 1–1,5 месяца); Мексигел (125 мг 3 раза в день 3–4 недели); глицин (100 мг по 2 таблетки 3 раза в день 1 месяц); 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 эпилептическая активность 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. Лечение: диазепам (Реланиум) (0,15–0,2 мг/кг в/в медленно); в дальнейшем цель лечения состоит в поддержании дыхания (интубация, искусственная вентиляция легких), кровообращения в условиях реанимации, при отсутствии эффекта — внутривенное введение тиопентала натрия под контролем ЭЭГ.

Задача 11. 1. Синдромы очаговой симптоматики в виде:

- центрального правостороннего гемипареза, преимущественно в руке;
- расстройства речи (элементы моторной афазии);
- центрального пареза VII пары ЧМН справа.

2. Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга.

3. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.
4. Бассейн левой средней мозговой артерии.
5. В первые часы — КТ головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин.

Задача 12. 1. Синдромы:

- общемозговой синдром (уровень нарушения сознания — кома II);
- очаговый синдром в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII пары ЧМН и коркового пареза зрения.

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

3. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу.

4. Бассейн левой средней мозговой артерии.

5. В первые часы — КТ головного мозга, при необходимости — МРТ головного мозга с контрастированием, магнитно-резонансная ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови.

Задача 13. 1. Синдромы:

- общемозговой синдром;
- менингеальный синдром.

2. Поражены мозговые оболочки.

3. Субарахноидальное кровоизлияние, возможно из аневризмы.

4. Предполагается поражение артерий виллизиева круга.

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

Задача 14. 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, сахар, фибриноген, протромбин.

5. Лечение: антиагреганты, нейропротекторная, антиоксидантная, метаболическая терапия.

Задача 15. 1. Синдромы: нижний центральный парепарез, 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. Выявленные на МРТ головного мозга множественные очаги демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга характерны для РС.

4. РС, рецидивно-ремиттирующее течение, стадия обострения.

5. Лечение:

- метилпреднизолон (1000 мг в/в капельно 3–5 дней);
- плазмаферез;
- нейротропные: Церебролизин, пирацетам, Кортексин;
- антиоксиданты: Мексидол, Тиоктаид.

Препараты, модифицирующие клиническое течение заболевания — Копаксон, Бетаферон, Ребиф, Авонекс, — по схеме.

Задача 16. 1. Синдромы: нижний спастический парепарез, мозжечковая атаксия, парез правого отводящего нерва, тазовые расстройства.

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

3. Выявленные на МРТ головного мозга множественные очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга и изменения на глазном дне характерны для РС.

4. РС, рецидивно-ремиттирующее течение, стадия обострения.

5. Лечение:

- метилпреднизолон (1000 мг в/в капельно 3–5 дней);
- плазмаферез;
- нейротропные: Церебролизин, пирацетам, Кортексин;
- антиоксиданты: Мексидол, Тиоктаид.

Препараты, модифицирующие клиническое течение заболевания — Копаксон, Бетаферон, Ребиф, Авонекс, — по схеме.

Задача 17. 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 в/м 1–2 раза в день) или мелоксикам (1,5 мл в/м 1 раз в день) (инъекции несколько дней, затем в таблетках); толперизон (150 мг 3 раза в день), ангиопротективная терапия — Трентал (100–300 мг в/в или per os 100 мг 3 раза в день), физиотерапия. Для профилактики обострений избегать провоцирующих факторов (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждение), ЛФК.

Задача 18. 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; фолиевая кислота, Мильгамма, метаболическая, нейропротекторная терапия, ЛФК.

Профилактика: отказ от алкоголя.

Задача 19. 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 20. 1. У пациентки подозрение на парциальную (локальную) форму миастении.

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

5. С миастеническими синдромами: синдром Ламберта–Итона, при ботулизме, при ревматоидном артрите и красной волчанке. С миастеноподобными синдромами: при РС, при опухоли ствола мозга с глазодвигательными нарушениями, при боковом амиотрофическом склерозе.

ТЕМА 3. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА. ТРАВМА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА. НОВООБРАЗОВАНИЯ

ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

Время: 7 ч.

Цели практического занятия:

1. На основании имеющихся базовых знаний анатомии и физиологии изучить основные моменты патофизиологии черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травмы.

2. Обучить студентов методике обследования пациентов с черепно-мозговой, позвоночно-спинномозговой травмами, новообразованиями головного и спинного мозга.

3. Изложить нейрохирургические аспекты лечения пациентов с черепно-мозговой, позвоночно-спинномозговой травмами, новообразованиями головного и спинного мозга.

4. Изложить клинические проявления, диагностику и лечение аневризматической болезни сосудов головного мозга, субарахноидального аневризматического кровоизлияния, клинические проявления, диагностику и лечение артериовенозных мальформаций церебральных сосудов; виды хирургического лечения пациентов с церебральными инсультами.

5. 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 для декомпрессивной краниотомии.

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

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

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

11. Дифференциальную диагностику опухолей головного мозга с другими заболеваниями ЦНС.

12. Классификацию новообразований 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 и 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, 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 выживших пациентов.

Первично-мозговые опухоли головного мозга представлены более чем 100 различными разновидностями, отличающимися 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

Учебные вопросы	Расчет времени, мин
Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия	5

Ответы на вопросы студентов по теме	10
Контроль исходного уровня знаний студентов	15
Травмы головного и спинного мозга	50
Опухоли головного и спинного мозга	50
Диагностика и лечение аневризматической болезни сосудов головного мозга	30
Освоение практических навыков осмотра пациентов с черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травмой	30
Осмотр тематических пациентов с черепно-мозговой травмой	30

Учебные вопросы	Расчет времени, мин
Демонстрация оперативного вмешательства у пациента с черепно-мозговой травмой, с опухолями ЦНС	60
Осмотр тематических пациентов с опухолями ЦНС	30
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 упал и ударился головой. Отмечались кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота, однако затем чувствовал себя удовлетворительно. Этим утром отметил усиление головной боли, тошноту.

Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании, контактен, правильно ориентирован в пространстве и времени. Беспокоит головная боль, более выраженная в правой половине головы. Правая теменно-височная область болезненная при перкуссии. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов 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 выявляется структура высокой плотности в правой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?*
3. *Как называется развивающийся синдром?*
4. *Какие заболевания могут привести к развитию подобного синдрома?*
5. *Определите тактику ведения пациента.*

Задача 2. Пациент Л., 41 год, после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам,

предпочитает лежать лицом вниз, значительно снизилась память, не может работать. Госпитализирован через 11 дней после травмы.

Объективно: состояние средней тяжести, 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. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3,5 баллов, гиперкинез в пальцах левой кисти, глубокие рефлексы оживлены, больше справа. Нечетко выполняет координаторные пробы левыми конечностями. На рентгенографии деструктивных изменений костей черепа не определяется. *Глазное дно:* диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступеваны, вены расширены, полнокровны. На МРТ головного мозга (T1-взвешенные изображения), выполненной через 12 дней после травмы, отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обоих полушарий.

1. *Поставьте диагноз.*

2. *Определите тактику ведения пациента.*

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

Объективно: состояние при обследовании тяжелое, сознание спутанное, сонлив, на вопросы отвечает односложно, не сразу. Жалуется на диффузную головную боль. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Бехтерева, Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. 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 реагирует одинаково. Статика и координация не исследовались из-за тяжести состояния. На КТ головного мозга — образование повышенной плотности между костями черепа и веществом головного мозга в левой теменно-затылочной области.

1. *Поставьте диагноз.*

2. *Определите 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 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого АД стали отмечаться 2,5–3 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Пациентка отмечает нарастание вышеуказанных симптомов.

Объективно: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах

и пояснице. Кожные покровы красноватые, на лице — угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется. На МРТ головного мозга в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла.

1. *Поставьте диагноз.*

2. *Определите 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. Последнее 2–2,5 года 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: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет. Выраженные 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 первичная атрофия диска зрительного нерва. На МРТ головного мозга в правом полушарии головного мозга определяется округлой формы образование размерами $8 \times 10 \times 6$ 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. *Поставьте диагноз.*

2. *Определите 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, присоединились слабость в правых конечностях и стали отмечаться нарушения речи.

Объективно: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован, но несколько заторможен. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2–3 баллов. Хватательный рефлекс справа. Правосторонняя гемигипестезия. Элементы моторной афазии. На глазном дне слева — симптомы атрофии зрительного нерва, справа — проявления застоя. На ЭЭГ фокус медленно-волновой активности в лобно-височно-теменных отведениях в виде регулярных дельта-колебаний. На МРТ головного мозга без введения контрастного вещества выявляется зона сигнала пониженной и повышенной интенсивности в режимах T1 и T2 соответственно, в проекции лобно-темен-

ных отделов левого полушария, которая инфильтрирует окружающие мозговые структуры.

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Определите тактику ведения пациента.*

Задача 7. Пациентка С., 35 лет, в течение последних 6 месяцев отмечает снижение слуха на правое ухо. Лечилась в ЛОР-клинике без эффекта. На протяжении последнего месяца появились нарастающее системное головокружение, шаткость при ходьбе.

Объективно: общемозговых и менингеальных симптомов нет, движения глазных яблок в полном объеме, снижение слуха на правое ухо, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, сила в норме, пальценосовую и пяточно-коленную пробы 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 — отек дисков зрительных нервов. На МРТ патологическое образование в области пирамидки височной кости справа, умеренно выраженная сопутствующая гидроцефалия. Анализ ликвора — белково-клеточная диссоциация.

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Определите тактику лечения.*

ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ

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. Выполнить 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 пациентки нейрохирургом. Трансназальное эндоскопическое удаление аденомы гипофиза.

Задача 5. 1. Опухоль головного мозга. Вероятно, менингиома.

2. Консультация пациента нейрохирургом. Радикальное удаление опухоли с направлением ее 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 пациента нейрохирургом. Установка наружного вентрикулярного дренажа, радикальное удаление опухоли с направлением ее 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. Часть I. Краткая история нейрохирургии. Черепно-мозговая травма / А. Г. Нарышкин [и др.].* Санкт-Петербург: 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 : учебник : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. 4-е изд., доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Т. 1. Неврология. 640 с.

6. *Гусев, Е. И.* Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. 4-е изд., доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Т. 2. Нейрохирургия. 408 с.

7. *Федулов, А. С.* Неврология и нейрохирургия : учеб. пособие : в 2 ч. / А. С. Федулов, Е. С. Нургужаев. Минск : Новое знание, 2015. Ч. 1. Пропедевтика и семиотика поражений нервной системы. 304 с.

8. *Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина.* Москва : Медицинское информационное агентство, 2010. 520 с.

ОГЛАВНИЕ

Список сокращений	3
Мотивационная характеристика темы.....	3
Методические указания.....	5
Тема 1. Синдромы поражения и методика клинической диагностики заболеваний нервной системы.....	7
Тема 2. Острые нарушения мозгового кровообращения. Эпилепсия. Синкопальные состояния. Демиелинизирующие заболевания нервной системы. Полиневропатии. Герпетический энцефалит. Миастения и другие нервно-мышечные заболевания. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника.....	17
Тема 3. Черепно-мозговая травма. Травма позвоночника и спинного мозга. Новообразования головного и спинного мозга. Хирургическая патология сосудов головного мозга	35
Список использованной литературы	42

Учебное издание

Федулов Александр Сергеевич
Байда Алла Григорьевна
Логинов Вадим Григорьевич и др.

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Федулов
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 05.06.20. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Xerox office».
Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,3. Тираж 30 экз. Заказ 319.

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.

Репозиторий БГМУ