

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения России

КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

О.В. Евдокимова, В.А. Жаднов, Р.А. Зорин

**МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ**

Учебно-методическое пособие
для студентов лечебного факультета

Рязань, 2022

УДК 616.8-07(075.8)

ББК 56.1

Е 155

Рецензенты:

А.В. Соловьева, д.м.н., доц. кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я Гармаша ФГБОУ ВО РязГМУ;

С.Н. Трушин, д.м.н., зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии, ФГБОУ ВО РязГМУ.

Авторы:

Евдокимова О.В., к.м.н., доц. кафедры неврологии и нейрохирургии;

Жаднов В.А., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии;

Зорин Р.А., д.м.н., доц. кафедры неврологии и нейрохирургии.

Е 155. Евдокимова О.В. Методология клинического исследования в неврологии и нейрохирургии: Учебно-методическое пособие для студентов лечебного факультета по дисциплине «Неврология, нейрохирургия» / О.В. Евдокимова, В.А. Жаднов, Р.А. Зорин; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2022.- 150 с.

В пособии освещены логические и методические закономерности построения клинического диагноза в неврологии и нейрохирургии, приведены основные теоретические данные по синдромологии неврологических расстройств. Приведен перечень контрольных вопросов, клинических задач для изучения неврологии и нейрохирургии, а также план неврологического исследования и написания клинической истории заболевания. Учебно-методическое пособие предназначено для студентов лечебного факультета.

УДК 616.8-07(075.8)

ББК 56.1

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ	4
ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ТЕМАМ	17
Диагностика и характеристика двигательных неврологических расстройств.....	17
Диагностика и характеристика чувствительных неврологических расстройств	20
Диагностика и характеристика расстройств черепных нервов.	24
Синдромология поражения коры и полушария большого мозга	28
Синдромы внутренней капсулы и ствола головного мозга	30
Расстройства координации и экстрапирамидные расстройства	33
Синдромология спинного мозга и корешков спинного мозга.	39
Синдромология периферической нервной системы	42
Общемозговые и ликворные синдромы	43
Синдромология вегетативной нервной системы	47
ПЛАН КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО И МЕТОДИКА СОСТОАВЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В КЛИНИКЕ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ	49
ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ»	55
Клиническая синдромология и топическая диагностика.....	55
Клиническая диагностика.....	65
ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ	115
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	144
ПРИЛОЖЕНИЕ	147

ЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

1. Методологические принципы и логическое построение клинического диагноза в неврологии и нейрохирургии

«В сложном деле жизни, как и в медицине, необходимыми условиями понимания являются как теория, так и практика; и метод Гиппократа является единственным методом, когда-либо имевшим общепризнанный успех. Первый элемент этого метода – тяжкий, упорный, разумный, ответственный, неустанный труд у постели больного, а не в библиотеке, полное подчинение доктора своей задаче, и отнюдь не чисто интеллектуальной. Вторым элементом этого метода является внимательное наблюдение за происходящим; выделение, основываясь на рассудительности, рожденной знанием и опытом, характерных и повторяющихся явлений; их классификация и методичное использование в своих интересах. Третьим элементом этого метода является рассудительное построение теории – не философской теории, не грандиозного творения воображения, не квазирелигиозной догмы, а скромной и прозаической вещи полезной трости, помогающей в дальнейшем продвижении. Все это можно обобщить следующими словами: врач должен иметь, во-первых, близкое, укоренившееся, интуитивное знакомство с происходящим; во-вторых, систематическое знание о происходящем; и в-третьих, эффективный способ обдумывания происходящего».

Лоуренс Хендерсон

Освоение методических основ неврологии традиционно начинается на 4 курсе лечебного факультета. Столь раннее изучение трудной для изучения и понимания клинической дисциплины обусловлено особой значимостью методических подходов, используемых в неврологии и нейрохирургии. Сложный методический аппарат клинической неврологии на ранних этапах обучения вырабатывает фундаментальные основы в формировании клинициста, а именно умение: 1. логически размышлять; 2. осознанно действовать; 3. общаться с коллегами.

Методика диагноза представляет собой индивидуальную творческую разработку различных способов и приемов опроса, физикального и инструментального исследования, заполнения истории болезни, характеристики и названий болезней, и не затрагивает правил диагностического мышления, логики построения диагностических умозаключений, суждений и понятий. В узком и точном смысле **методология диагноза** включает проблемы логики, гносеологии, семиотики и семантики, ориентированные на специфику клинического диагноза. «Диагностика - одна из сфер человеческого мышления, где с остротой ощущается потребность в точном знании ее методологической и логической ее основы» (Чазов Е.И., 1981). В конечном итоге логико-методологические возможности врачебного мышления в значительной степени определяют квалификацию врача, успехи его профессиональной деятельности. Современная медицинская диагностика должна иметь не только технологию и организацию, ни и совершенную научную методологию. Врачебную деятельность не могут удовлетворить ни здравый смысл, ни случайный опыт клинициста. Логический подход на основе медицинских знаний является предпосылкой развития теоретической и практической медицины. Увеличение и совершенствование специальной техники, появление принципиально новых приборов не упрощают диагностическое мышление врача, так как он вынужден осмыслить и связать большее число клинических фактов.

2. Основные принципы клинической диагностики

В качестве принципов клинической диагностики существует множество отдельных приемов. Однако наиболее общими принципами служат два стандарта: 1. Принцип онкологической настороженности; 2. Принцип «зебры». Если онкологическая настороженность как диагностический принцип сохраняет свое значение на протяжении последнего века, сменив принцип «сифилитической настороженности», то в последнее время он «подпирается» принципом травматической настороженности в силу клинической частоты и социальной значимости последнего вида заболеваний. Принцип «зебры» довольно устойчивое клиническое образование. В упрощенной интерпретации он расшифровывается следующим образом. «Если вы слышали стук копыт, то это скорее лошадь, чем зебра». В клиническом применении эта дурашливая

формула расшифровывается так: частые болезни бывают часто, а редкие – редко. Несмотря на декларацию широкого взгляда на диагностику, мышление практического врача, следуя механизму экономии времени и мозговой энергии, последовательно реализует этот принцип. Из принципа «зебры» выводится, что частые заболевания могут быть узнаваемы, менее частые распознаваемы, а редкие должны быть доказуемы в диагностике. Функция молодого человека, обучающегося медицине, состоит в необходимости выработать механизмы доказательств в диагностике.

3. Законы логики и гносеологии как инструмент диагностики

Большинство клиницистов, используя стихийно законы логики, относятся к ним неосознанно. Потребность в знании врачами законов логики возрастает, так как становится очевидным, что диагностические ошибки не результат недостаточной квалификации, а следствие нарушения элементарных требований законов логики.

Индуктивный и дедуктивный методы в диагностике. Мышление врача при значительной специфике медицинской деятельности, вряд ли далеко отстоит от основных законов формальной логики и основано на четырех классических законах – тождества, не противоречия, исключения третьего, достаточного основания. Развитие клинического мышления подчинено обычным правилам – от построения гипотезы через систему доказательств к конечному умозаключению. Основные категории логического мышления – понятие, суждение, умозаключение – ярко представлены в диагностических задачах. В интерпретации мыслительного процесса, лежащего в основе клинического диагноза, наиболее распространены три направления - интуитивное, дедуктивное, гипотетическое.

4. Первичная диагностика как метод познания болезни. Структура первичных знаков диагностики – симптомы, признаки, тесты

Клиническое исследование завершается формулировкой и описанием первичных феноменов заболевания. Детальная физикальная характеристика заболевания позволяет первичные феномены заболевания структурировать в виде симптомов, признаков и тестов.

Симптомы заболевания определяются как субъективные знаки заболевания, выявляемые при опросе больного и родственников. Симптомы и жалобы различаются степенью оценки, анализом значимости, обязательности. Жалобы, передаваемые пациентом, приносят субъективную оценку расстройств без оценки существенности и первоочередности в анализе заболевания. Симптомы – это диагностические единицы, анализируемые врачом, которые расставлены в порядке приоритетов, в динамике, в существенности и значимости. При этом симптомы при детальном клиническом анализе теряют статус субъективного отклонения и становятся объективным феноменом.

Признаки – первичные феномены заболевания, выявляемые при физикальном исследовании клиницистом, и складываются из многообразия данных, выявленных начальным исследованием.

Тесты – первичные знаки заболевания, выявляемые при придании пациенту особых артифициальных функциональных состояний, положений и нагрузок для детализации признаков и выявления их количественных характеристик.

Диагностический смысл сложного структурирования первичных знаков заболевания состоит не только в необходимости детального динамического анализа заболевания. Такое разделение ориентирует клинициста в отношении согласования первичных знаков друг с другом, что придает первичному диагностическому суждению логическую обоснованность. Соответствие или несоответствие симптомов, признаков и тестов ведет к определенному клиническому суждению и уже на начальном этапе работы позволяет сделать опережающие выводы. Так, например, аггравация, игнорирование, демонстрация расстройства может первично оцениваться на основании соответствия первичных знаков заболевания.

5. Синдромологическая структура заболевания. Функция синдрома. Правила построения синдрома – гносеологические и логические

Клинический синдром – крайне упрощенно определялся как совокупность симптомов, выявленных при первичном исследовании. Наличие нескольких синдромов, не соответствие симптомов и признаков, случайное и независимое возникновение симптомов вынуждают уточнить характеристику клинического синдрома как

совокупности симптомов, связанных общим механизмом возникновения и развития. Однако в реальной клинической ситуации возникают две ситуации, которые вызывают сомнение в выше приведенной характеристике синдрома. Во-первых, зачастую расстройство представляется атипично или фрагментарно, не полностью, не в классическом виде, описанном учебником, лектором.

В некоторых случаях «полный комплект» симптомов, входящих в тот или иной синдром, не может быть выявлен вследствие расстройств сознания или речи у больного, делающих невозможным полноценное исследование неврологического статуса. Так, например, у больных в коме невозможно выявить нарушения речи, чувствительности, координации, а выявления пареза основано не на проверке активных движений и мышечной силы, а на оценке тонуса мышц, патологических рефлексов.

Наличие некоторых клинических синдромов не дает технической возможности выявить другой, даже если больной способен к полноценному контакту с врачом и выполнению тестов. Так, наличие пареза конечности делает невыполнимым тест на координацию или затрудняет интерпретацию результата теста (непонятно, почему пациент промахивается при пальценосовой пробы: из-за пареза или атаксии?).

Также хорошо известен факт «клинической диссоциации», когда сочетание нескольких неврологических синдромов приводит к атипичному проявлению некоторых симптомов. Так, сочетание центрального пареза и мозжечковой атаксии приводит к формированию мышечной гипотонии, вместо спастичности мышц, и центральный парез проявляется атипично.

Во-вторых, в развитии, в динамике заболевания синдром может быть представлен в различном виде, все же оставаясь самим собой.

Так, центральный парез в случае острого заболевания (инсульт, травма) первые недели характеризуется сниженным мышечным тонусом и проприоцептивными рефлексами вследствие развития «спинального шока», в последующем мышечный тонус и рефлексы повышаются и центральный парез становится «спастическим», т.е. типичным. Такая динамика развития централь-

ного пареза не меняет его сущности как клинического синдрома поражения центрального мотонейрона.

Таким образом, клиническая логика заставляет произвести дальнейшее развитие понятия **клинического синдрома** и характеризовать его как **системное описание клинко-неврологического функционального расстройства**, поскольку синдром по существу является внешним (функциональным, поведенческим, событийным) выражением внутренних болезненных процессов.

Формула клинического синдрома выполняет несколько функций: 1. Коммуникативная – является характеристикой тяжести и динамики состояния пациента и служит задачам оповещения коллег в лаконичном виде о происходящих с пациентом событиях; 2. Гносеологическая – характеризует промежуточную фазу диагностики, являясь основой построения топического (структурного, морфологического) диагноза. От клинко-неврологических функциональных синдромов, как выражения функционального дефекта, следует отличать эпонимические (авторские) синдромы, которые имеют несколько иное значение – прямое топико-диагностическое - и могут включать несколько функциональных клинических синдромов (например, синдром Броун-Сикара, Валенберга и т.д.)

Структура клинического синдрома зависит от специфики медицинской специальности и определяется в определенной сфере функциональной организации. Так, клинко-неврологические синдромы определяют как двигательные, чувствительные, обще-мозговые, координаторные, вегетативные, нейропсихологические, психические. Кроме того, синдромы определяют как деструктивные (синдромы выпадения, «минус-синдромы») и продуктивные (ирритативные, «плюс-синдромы»).

Для системного описания клинко-неврологического синдрома необходимо ответить на ряд вопросов:

1. Какой функциональной сферы касается синдром (двигательной, чувствительной и т.д)?

2. Каков характер расстройства? Для двигательных расстройств – парез, судорога, патологическая утомляемость, гиперкинез.

3. Где локализовано расстройство? Так, расстройство движений локализуется – в определенной части тела, конечности, группе мышц. Локализация чувствительных расстройств определяется по зонам распределения чувствительности – сегментарным или невральным.

4. Каков механизм расстройств? Для двигательных расстройств – центральные, периферические, смешанные. Для чувствительных расстройств – проводниковые, корешковые, невральные, корковые, сегментарные спинальные и стволовые.

5. Какова выраженность расстройства? (легкая, умеренная, глубокая)

6. Какова стадия или фаза расстройства? (острая, подострая, восстановительная, резидуальная).

Например, клинико-неврологический синдром – Резидуальный центральный глубокий парапарез ног – характеризует сферу расстройства (двигательная), характер расстройства (парез), локализацию (ноги), механизм (центральный), выраженность (глубокий), фазу развития (рези дуальный). Иногда в описании синдрома рекомендуют указывать механизм заболевания – травматический, инсультный, врожденный и т.д. В «снятом» виде характеристика синдромов отвечает на вопросы: что, где, почему, сколько, когда, вследствие чего.

6. Топический диагноз. Функция. Построение топического диагноза

Значение топического диагноза в неврологической диагностике столь велико, что не может быть сведено к установлению локализации поражения нервной системы.

Формула топического диагноза - последующий этап построения клинико-неврологического диагноза и с позиции формальной логики может характеризоваться как умозаключение. Клиническое значение топического диагноза состоит в коммуникативной и гносеологических функциях.

1. Коммуникативное значение формулировки топического диагноза состоит в представлении окружающим коллегам ясности и простоты, а значит надежности суждений в отношении больного на предыдущих этапах диагностики.

2. Гносеологическая функция формулировки топического диагноза содержится в обозначении анатомической основы заболе-

вания и может иметь как утвердительную, так и отрицающую формулу, т.е. констатирует наличие-отсутствие структурного дефекта, как основы заболевания. В качестве логической диагностической структуры топический диагноз служит одной из основ формирования предварительного клинического диагноза.

Для практической формулировки топического диагноза необходимо получить ответы на серию вопросов.

1. Необходимо обозначить имеет ли заболевание структурный (анатомический или «органический») или регуляторный, психогенный (в прежнем архаическом виде, так называемый функциональный) характер. Такое отношение к анатомической организации заболевания имеет смысл при обосновании неструктурных или микроструктурных заболеваний – неврозы, сотрясение головного мозга.

2. Необходимо обозначить, носит ли структурный дефект в пределах органа, анатомического образования нервной системы диффузный или очаговый характер, вовлекает ли он часть структур органа. Подобное умозаключение обнаруживает специфику заболевания, например диффузное поражение периферических нервов или локальное избирательное поражение группы нервов характеризует разные заболевания.

3. Характеризуется ли заболевание очаговым или многоочаговым характером, первично-очаговым или вторично-очаговым. Умозаключение может быть установлено на основании анализа механизмов возникновения клинико-неврологических синдромов, а именно при совпадении механизмов расстройств доказательно может быть установлен одноочаговый вид поражения и наоборот.

4. Какова характеристика очагового поражения – локально-деструктивный или объемный. Так, сочетание очагового неврологического расстройств, вторично-очаговых и общемозговых расстройств констатирует объемное поражение мозга.

5. Какова динамика структурного поражения нервной системы - прогрессирующее, регрессирующее, стабильное и проч..

7. Правила обоснования предварительного клинического диагноза. Структура предварительного клинического диагноза. Значение предварительного диагноза

Предварительный клинический диагноз возникает на основе первичного клинического исследования. Функциональный смысл

предварительного клинического диагноза состоит в том, что на этапе первичной диагностики возникает необходимость в логической диагностической структуре, которая дала бы основание для дополнительного исследования на основе принципа экономии мозговой энергии и времени. Предварительный клинический диагноз состоит из описания основной клинической формы заболевания и фазы ее развития.

Как и почти все суждения в клинической медицине, предварительный клинический диагноз носит вероятностный характер. Тем не менее, предварительный клинический диагноз нуждается в логическом обосновании. В некоторых случаях, возможно игнорировать обоснование предварительного клинического диагноза. Такой способ носит характер интуитивной или диагностики по узнаванию. Этот способ широко распространен и непреложно осуществим в фельдшерской практике, при наличии обширного практического визуального опыта, в практике скорой помощи, когда диагностика носит синдромальный характер. Однако безосновательная формулировка предварительного клинического диагноза теряет доказательность и заведомо служит источником ошибок. Таким образом, поскольку предварительный клинический диагноз должен быть обоснован, необходимо выделить группы клинических фактов, называемых критериями диагностики - не случайными совпадениями фактов, доказанных клинически. С большой достоверностью критериями диагностики служат три основных группы фактов.

1. Клиническая причина заболевания. Причиной заболевания в клинической ситуации необходимо называть провоцирующий фактор в развитии заболевания, в отличие от этиологии заболевания. Этиология заболеваний в большей части случаев трудна для познания, а подчас и не доступна. Например, никто всерьез не знает причины канцерогенеза, тем более в отношении к конкретному пациенту. Тем не менее, беспричинное начало болезни как клинического факта логически с большой вероятностью обосновывает развитие онкологического заболевания. Или, например, этиология гипертонической болезни в достаточной степени разработана теоретически, но в разных клинических и физиологических школах принимаются разные, часто противоречивые теории. Однако, установление системного сосудистого за-

болевания, в том числе гипертонической болезни, как причины неврологического заболевания в значительной степени и достоверно обосновывает нарушение мозгового кровообращения.

2. Механизм развития заболевания. Эта группа фактов описывает с клинических позиций скорость, темп, прогрессивность заболевания. Детальный клинический анализ характера течения существенным и достоверным образом устанавливает специфику патологического процесса. Так, острое градуальное нарастание очаговых неврологических расстройств, вероятно, соответствует ишемическому тромботическому инсульту.

3. Топический диагноз. Ранее описанный алгоритм структурного обоснования болезни делает предварительный клинический диагноз достоверно обоснованным по совокупности клинических фактов. Так, острое многоочаговое поражение головного и спинного мозга вероятностно доказывает диссеминированный склероз.

В современной медицине возникла еще одна группа критериев обоснования предварительного клинического диагноза – это данные визуализационных методов исследования. Следует констатировать, что механическое восприятие и применение нейровизуализационных методов исследования без логической обоснованности приводит не только к диагностическим затруднениям, но и не обоснованным экономическим затратам.

8. Дифференциальный диагноз. Функция, структура, методика проведения

Процедура дифференциального диагноза является заключительным этапом в построении клинического диагноза. Эта процедура составляет ядро врачебной диагностической работы, так как требует глубокой клинической эрудиции, владения логическим мышлением. Главная функция дифференциального диагноза состоит в отбрасывании избыточной информации, установлении на основе предварительного клинического диагноза всех значимых характеристик заболевания у конкретного пациента. Процедура дифференциального диагноза состоит из двух операций. Первая операция – это предъявление списка заболеваний, отвечающих основным критериям диагностики, а именно механизму течения заболевания и топическому диагнозу. Алгоритм выбора заболеваний в список предусматривает перечисление ос-

новных по происхождению групп заболеваний, а именно сосудистых, травматических, онкологических, дегенеративных, инфекционных, наследственных, токсических. В каждой из групп заболеваний возможно установление соответствующих критериям диагностики, взятых для обоснования предварительного клинического диагноза.

Вторая операция дифференциального диагноза – обоснованное формирование плана и проведение дополнительного исследования. План дополнительного исследования включает нейровизуализационные, функциональные и лабораторные методы исследования, должен соответствовать строгим правилам необходимости, достаточности, клинической и экономической эффективности исследования пациента.

Результаты каждого дополнительного метода исследования, дают врачу информацию для «отсечения» некоторых возможных клинических диагнозов из списка возможных, и все дополнительные методы в итоге позволяют «сузить» этот список до единственного возможного диагноза. Процедура дифференциального диагноза предусматривает последовательное применение разных методов исследования по мере убывания их диагностической значимости, что отражается в использовании в медицине диагностических алгоритмов. Подобная логическая процедура с одной стороны, носит формальный характер, с другой стороны, значительно экономит время врача, особенно в условиях экстренных ситуаций.

Однако далеко не всегда дополнительные методы исследования играют основополагающую роль в дифференциальной диагностике. т.к. не позволяют свести список возможных диагнозов к одному. Иногда в таких случаях провести дифференциальный диагноз помогает пробное лечение, (фармакологические пробы при миастении, болезни Паркинсона), когда эффект однократного или более длительного назначения специфичных для лечения конкретного заболевания препаратов, позволяет подтвердить или опровергнуть предварительный диагноз. В некоторых случаях, подобная процедура требует длительного времени, до нескольких месяцев. Возможны ситуации, когда нет достоверных клинических, нейровизуализационных, лабораторных, фармакологических различий между двумя возможными диагнозами, и разгра-

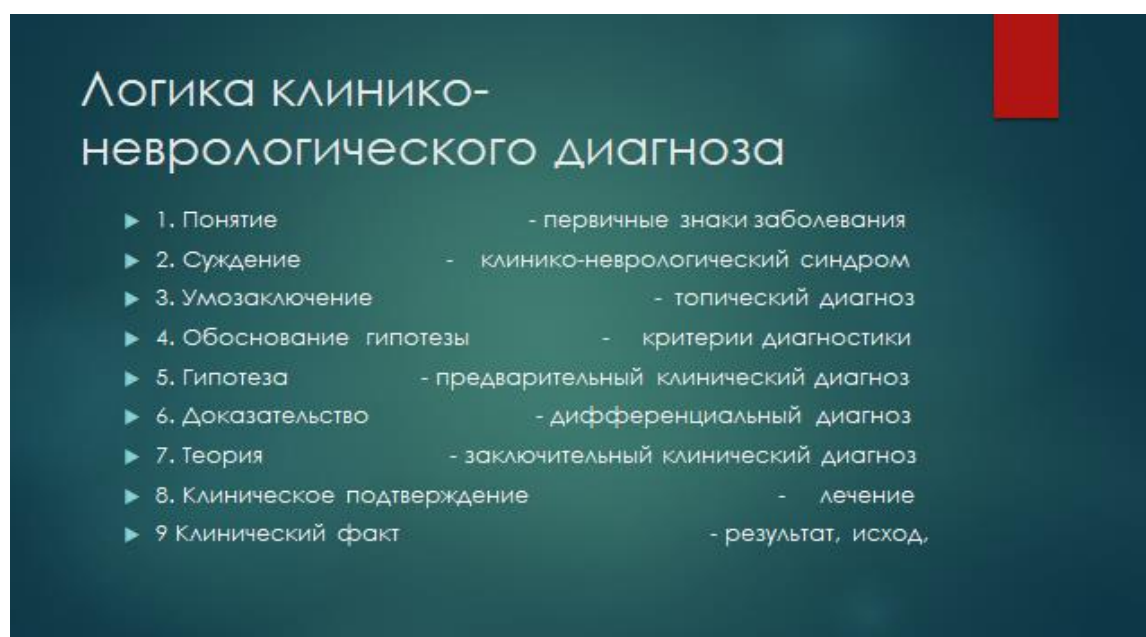
ничество заболеваний основано на течении заболевания у пациента, а это требует длительного наблюдения. К примеру, шейная форма бокового амиотрофического склероза и шейная миелопатия при остеохондрозе имеют одинаковую синдромологию в дебюте заболевания. Появление бульбарных расстройств через несколько лет после дебюта заболевания доказывает диагноз бокового амиотрофического склероза.

Таким образом, процедура дифференциального диагноза является сложной многоступенчатой логической процедурой, требующей не только получения и интерпретацию результатов параклинических методов, но и применение пробного лечения, наблюдения за больным. Иногда на проведение дифференциального диагноза требуется минимальное время (РКТ головного мозга при травматической субдуральной гематоме требует несколько минут), иногда месяцы и годы. В последних случаях врач вынужден установить «рабочий» заключительный диагноз, т.к. диагностический поиск в лечебных учреждениях ограничен по времени формальными требованиями, понимая, что такой «рабочий» диагноз может быть изменен. Причинами изменения диагноза может быть появление новых данных о синдромологии, течении болезни, а также результатов дополнительных методов исследования, требующих длительного времени или недоступных в краткие сроки (например, ПЭТ, генетическое исследование и др.).

9. Заключительный клинический диагноз. Структура и функции. Изучая клиническую медицину студенты и начинающие врачи странным образом не получают логических основ диагностики. Одним из таких «странных» вопросов остается понятие заключительного клинического диагноза, которое большинство обучающихся, да и практические врачи, подчас с большим стажем, определяют с трудом. Большинству врачей кажется, что при формулировке диагноза достаточно интуитивного или традиционного определения болезни. Зачастую заключительный клинический диагноз подменяют клинической формой заболевания. Так, в виде клинического диагноза может служить «эмболический ишемический инсульт». Вероятно, определений заключительного клинического диагноза должно быть множество, в соответствии с опытом и спецификой клинической специальности. Тем не менее, что-либо общее должно быть сформулировано для

междисциплинарного общения специалистов. В основу определения заключительного клинического диагноза должна быть положена его конечная предназначенность – служить юридическим, клиническим, моральным и деонтологическим обоснованием установления показаний и выбору методов лечения и реабилитации, определение прогноза и экспертных заключений. Поскольку заключительный клинический диагноз характеризует заболевание в его конкретных проявлениях у пациента, то предлагается в виде рабочей версии определение диагноза как системного описания причин, провоцирующих факторов, механизмов развития, клинических форм, структурных основ, внешних функциональных проявлений, фаз и способов развития патологических процессов, осложнений, сопутствующих заболеваний, индивидуальных функциональных и анатомических особенностей пациента.

Рисунок 1



ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ТЕМАМ

Диагностика и характеристика двигательных неврологических расстройств

Двигательные расстройства человека по механизму возникновения определяются как артрогенные, остеогенные, миогенные, нейрогенные, психогенные.

Нейрогенные двигательные расстройства делятся на расстройства в сфере организации произвольных движений и расстройства в сфере непроизвольных движений. К первым необходимо отнести парезы, судороги, патологическую мышечную утомляемость. Ко вторым относят атаксии, гиперкинезы и акинезию.

Парезом называется снижение мышечной силы и уменьшение объема активных движений

Парезы делят на несколько категорий в зависимости от классификационного основания.

По *локализации* парезы оценивают как парез мышцы, группы мышц – дистальные или проксимальные, конечности, двух конечностей – на одной стороне – бипарез, с двух сторон на одном уровне – парапарез. Трипарез – парез трех конечностей, тетрапарез – парез четырех конечностей, гемипарез – парез половины тела, альтернирующий парез – парез лица с одной стороны тела и бипарез с другой, акинетический мутизм – парез всей произвольной мускулатуры тела, кроме глазодвигателей.

По *механизму* (локализации поражения в нервной системе в зависимости от центрального или периферического нейрона) описывают центральный, периферический, смешанный и психогенный парез.

По *выраженности* различают легкий, умеренный, глубокий парез и паралич.

По характеру *мышечного тонуса* – вялый и спастический (центральный парез может быть вялым или спастическим в зависимости от фазы заболевания).

По *фазовой* характеристике парез определяется как острый, восстановительный или остаточный.

Выделяют парезы по *механизму заболевания* – инсультный, травматический, послеприпадный, психогенный и др.

Таблица 1

**Принципиальная схема локализации очага
и двигательной синдромологии (приложение, рисунок 1)**

Локализация поражения	Клинико-неврологический синдром
Кора головного мозга	Дистальный центральный контралатеральный моно- (гемипарез)
Лучистое сияние моторной области полушария	Центральный контралатеральный неравномерный (в зависимости от зоны преимущественного поражения в нижней или верхней части полушария) гемипарез
Внутренняя капсула	Центральный равномерный контралатеральный гемипарез
Половина мозгового ствола	Альтернирующий парез (периферический парез сегментарный на лице и центральный контралатеральный в руке и ноге)
Боковой канатик спинного мозга выше шейного утолщения	Центральный ипсилатеральный бипарез
Боковые канатики выше шейного утолщения	Центральный тетрапарез, центральный нейрогенный мочевой пузырь
Шейное утолщение	Периферический парез рук, центральный парез ног, центральный нейрогенный мочевой пузырь
Боковой канатик ниже шейного утолщения	Центральный ипсилатеральный парез ноги

Боковые канатики ниже шейного утолщения	Центральный парепарез ног, центральный нейрогенный моче-вой пузырь
Поясничное утолщение	Периферический парепарез ног, центральный нейрогенный моче-вой пузырь

Контрольные вопросы к занятию "Двигательные рас- стройства"

1. Анатомия центрального двигательного нейрона: соматотопическое распределение нейронов в двигательной области коры мозга.
2. Соматотопическое распределение двигательных проводников во внутренней капсуле и пирамидных путях в спинном мозге.
3. Анатомия периферического двигательного нейрона: соматотопическое распределение нейронов в передних рогах серого вещества спинного мозга.
4. Сегментарное распределение двигательной иннервации на шейном и поясничном уровнях.
5. Сегменты, соответствующие бицепс, трицепс, карпорадиальному, коленному, ахиллову рефлексам.
6. Общая классификация расстройств движений, обусловленных поражением нервной системы.
7. Клиническая характеристика паралича и пареза.
8. Классификация парезов по локализации очага поражения в двигательном пути.
9. Классификация парезов по локализации на теле.
10. Классификация пареза по характеру мышечного тонуса.
11. Классификация пареза по степени выраженности.
12. Классификация пареза по стадиям развития.
13. Классификация патологических рефлексов.
14. Клинические проявления центрального пареза.
15. Клинические проявления периферического пареза.
16. Клиническая характеристика пареза при поражении коры и подкорки полушария большого мозга.
17. Клиническая характеристика пареза при поражении внутренней капсулы.

18. Клиническая характеристика пареза при одностороннем и двустороннем поражении ствола мозга.

19. Клиническая характеристика пареза при одностороннем и 2-стороннем поражении спинного мозга выше шейного утолщения.

20. Клиническая характеристика пареза при одностороннем и двустороннем поражении спинного мозга ниже шейного утолщения.

21. Характеристика двигательных нарушений при одностороннем и двустороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.

22. Характеристика двигательных нарушений при одностороннем и двустороннем поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения.

23. Характеристика двигательных нарушений при поражении корешка спинного мозга.

24. Характеристика двигательных нарушений при поражении шейного сплетения.

25. Характеристика двигательных нарушений при поражении поясничного сплетения.

26. Характеристика двигательных нарушений при поражении периферического нерва.

Диагностика и характеристика чувствительных неврологических расстройств

Чувствительные расстройства описывают в виде феноменов выпадения и феноменов раздражения. Раздражение в чувствительной сфере описывают в виде боли и парестезий.

По виду выделяют расстройства поверхностной и глубокой чувствительности, которые могут быть в виде алгии, анестезии, гипестезии, дизестезии,

Типы расстройства чувствительности делят на три группы по генезу – центральные, периферические и психогенные. Центральные расстройства чувствительности разделяют на корковые, проводниковые, альтернирующие, сегментарно-диссоциированные. Периферические расстройства чувствитель-

ности делят на корешковые, сплетенные, невральные и полиневральные. Локализация расстройств чувствительности описывается по зонам иннервации, для чего существует два способа – по невральным и сегментарным зонам.

Таблица 2

Принципиальная схема локализации очага и чувствительной синдромологии (приложение, рисунок 2)

Локализация поражения	Клинико-неврологический синдром
Кора головного мозга	Чувствительные пароксизмы в противоположной половине тела. Расстройство сложных видов чувствительности. Астереогноз. Расстройство «схемы тела».
Лучистое сияние сенсорной области полушария	Проводниковая контралатеральная тотальная анестезия (гипестезия).
Внутренняя капсула	Проводниковая контралатеральная тотальная анестезия (гипестезия).
Таламус	Контралатеральная тотальная гемигипестезия, гиперпатия, таламические боли, сенситивная атаксия
Половина мозгового ствола	Альтернирующая анестезия (сегментарная на лице и проводниковая контралатеральная)
Боковой канатик спинного мозга	Проводниковая контралатеральная гипестезия болевой и температурной чувствительности с уровня на 2-3 сегмента ниже патологического очага
Боковые канатики с обеих сторон	Проводниковая параанестезия болевой и температурной чувствительности с уровня патологического очага

Задний канатик спинного мозга	Проводниковая ипсилатеральная гипестезия проприоцептивной чувствительности с уровня патологического очага
Задние канатики с обеих сторон	Проводниковая параанестезия проприоцептивной чувствительности с уровня патологического очага
Поражение половины поперечника спинного мозга (синдром Броун-Сикара)	На стороне поражения - центральный парез ниже уровня поражения, проводниковая гипестезия проприоцептивной чувствительности, на противоположной – проводниковая гипестезия болевой и температурной чувствительности с уровня на 2-3 сегмента ниже поражения
Полное поперечное поражение спинного мозга	Тотальная параанестезия ниже уровня поражения
Поражение бокового рога спинного мозга	Диссоциированное сегментарное расстройство чувствительности – болевой и температурной в соответствующем дерматоме
Поражение заднего корешка спинного мозга	Боли, парестезии, тотальная гипестезия в соответствующем дерматоме
Поражение спинномозгового ганглия	Боли, парестезии, тотальная гипестезия, герпетические высыпания в соответствующем дерматоме
Поражение нервного сплетения	Боли, парестезии, тотальная гипестезия в зоне иннервации сплетения
Поражение периферического нерва	Боли, парестезии, тотальная гипестезия в зоне иннервации пораженного нерва

Множественное поражение периферических нервов	Полиневритический дистальный тип расстройства чувствительности - гипестезия всех видов чувствительности по типу перчаток и носков, боли и парестезии, сенситивная атаксия
---	---

Контрольные вопросы к занятию

1. Анатомия нервных центров и проводников поверхностной чувствительности.
2. Анатомия нервных центров и проводников глубокой чувствительности.
3. Соматотопическое распределение чувствительных нейронов в коре.
4. Первичные, вторичные и третичные чувствительные поля в коре.
5. Соматотопическое распределение чувствительности в проводниках поверхностной чувствительности.
6. Соматотопическое распределение в проводниках глубокой чувствительности.
7. Классификация чувствительности.
8. Виды расстройств чувствительности.
9. Клиническая характеристика и классификация нейрогенной боли.
10. Характеристика фантомной боли, каузалгии, симпаталгии.
11. Типы (синдромы) расстройств чувствительности.
12. Клиническая характеристика невралного расстройства чувствительности.
13. Характеристика полиневралного расстройства чувствительности.
14. Характеристика расстройства чувствительности при поражении сплетения.
15. Характеристика корешкового расстройства чувствительности.
16. Характеристика сегментарного расстройства чувствительности.

17. Характеристика проводникового расстройства чувствительности.

18. Характеристика расстройства чувствительности при поражении половины спинного мозга.

19. Характеристика расстройств чувствительности при поражении задних столбов спинного мозга.

20. Характеристика расстройств чувствительности при поражении боковых столбов спинного мозга.

21. Расстройства чувствительности при одностороннем поражении ствола мозга.

22. Расстройства чувствительности при поражении таламуса.

23. Характеристика корковых расстройств чувствительности.

24. Особенности психогенных расстройств чувствительности.

Диагностика и характеристика расстройств черепных нервов

Черепные нервы обеспечивают чувствительную и двигательную иннервацию лица, мягкого неба, глотки, голосовых связок, языка. Из 12 пар черепных нервов I, II, VIII пары являются чувствительными, III, IV, VI, XI, XII – двигательными, V, VII, IX, X – смешанными. III, VII, IX, X нервы содержат вегетативные волокна. Первые 2 нерва являются частью соответствующих отделов мозга (I – переднего, II – промежуточного), как бы вынесенной не периферии. Остальные 10 пар черепных нервов сохраняют общую структуру со спинномозговыми нервами (Чувствительные – 3-нейронное строение, двигательные – 2-нейронное).

Таблица 3

Принципиальная схема локализации очага и синдромологии черепных нервов (Приложение рисунок 3)

Локализация поражения	Клинико-неврологический синдром
Обонятельные нити, обонятельная луковица,	Ипсилатеральная гипосмия (аносмия)

обонятельный тракт	
Крючок парагиппокампальной извилины	Обонятельные простые парциальные эпилептические приступы (синдром раздражения)
Зрительные нерв	Амавроз (амблиопия), парацентральная скотома, простая атрофия диска зрительного нерва, отсутствие прямой и сохранность содружественной реакции зрачка на свет
Зрительная хиазма внутренние волокна	Битемпоральная гетеронимная гемианопсия, амблиопия, простая атрофия дисков зрительных нервов
Зрительная хиазма наружные волокна	Биназальная гетеронимная гемианопсия, амблиопия, простая атрофия дисков зрительных нервов
Зрительный тракт, латеральное коленчатое тело	Гомонимная контралатеральная гемианопсия, простая атрофия дисков зрительных нервов, положительная скотома, асимметрия дефектов полей зрения, отсутствие гемианоптической реакции зрачков на свет
Зрительная лучистость (пучок Грасиоле)	Гомонимная контралатеральная гемианопсия, атрофия дисков зрительных нервов отсутствует, отрицательная скотома, дефекты полей зрения симметричны, сохранность гемианоптической реакции зрачков на свет
Первичная зрительная кора (медиальная поверхность затылочной доли, шпорная борозда)	Квадрантное выпадение поле зрения с противоположной стороны (клин – нижние квадранты, язычная извилина – верхние). Раздражение – фотопсии в соответствующих полях зрения.
Ассоциативная зрительная кора (латеральная поверхность затылочной доли)	Зрительная агнозия. Раздражение – сложные зрительные галлюцинации, макропсия, микропсия, метаморфопсия

Глазодвигательный нерв	Птоз, диплопия, расходящееся косоглазие, ограничение движений глазного яблока вверх, вниз, медиально, мидриаз, паралич аккомодации
Блоковый нерв	Лёгкое сходящееся косоглазие, диплопия при взгляде вниз
Отводящий нерв	Сходящееся косоглазие, диплопия при взгляде в сторону пораженного нерва
Лобный центр зора (задний отдел 2-й лобной извилины)	Парез зора в противоположную сторону (глаза смотрят на очаг)
Мостовой центр зора	Парез зора в сторону поражения (глаза отворачиваются от очага)
Верхние бугорки четверохолмия	Синдром Парино – паралич зора вверх при сохранности горизонтальных движений глазных яблок, частичный птоз с 2-х сторон
Медиальный продольный пучок	Межъядерная офтальмоплегия
Тройничный нерв	Невралгия лица. Жевательный парез. Сегментарная и невральная анестезия лица.
Лицевой нерв	Мимический парез ипсилатерально. Ксерофтальмия. Дизакузия. Агевзия.
Слуховой нерв	Анакузия ипсилатерально. Вестибулярная атаксия.
Языкоглоточный нерв.	Невралгия глотки. Анестезия глотки. Агевзия.
Блуждающий нерв	Бульбарный паралич.
Добавочный нерв	Парез грудиноключичной и трапецевидной мышц ипсилатерально
Подъязычный нерв	Парез половины языка ипсилатерально

Контрольные вопросы

1. Клиническая анатомия обонятельной системы.
2. Клиническая характеристика периферических и центральных расстройств обоняния.
3. Топическая диагностика расстройств обоняния.
4. Клиническая анатомия зрительной системы.
5. Характеристика нарушений остроты зрения при поражении зрительной системы.
6. Характеристика нарушений полей зрения.
7. Характеристика и клиническое значение изменения глазного дна в диагностике зрительных расстройств.
8. Характеристика нормальных зрачковых реакций, характеристика и значение нарушений зрачковых реакций.
9. Характеристика зрительного узнавания при поражении зрительной системы.
10. Клинический синдром поражения зрительного нерва.
11. Клинический синдром поражения зрительной хиазмы.
12. Клинический синдром поражения зрительного тракта.
13. Клинический синдром поражения наружного коленчатого тела.
14. Зрачковые расстройства при поражении верхних бугорков пластины четверохолмия.
15. Клинический синдром поражения задних отделов внутренней капсулы, зрительной лучистости.
16. Клинический синдром поражения зрительной коры.
17. Структуры, организующие глазодвигательную функцию.
18. Клинический синдром поражения ствола и ядра глазодвигательного нерва.
19. Клинический синдром поражения ствола головного мозга на уровне ядра глазодвигательного нерва.
20. Синдром поражения блокового нерва.
21. Синдром поражения ствола отводящего нерва.
22. Синдром нарушения содружественных движений глаз при поражении полушария и ствола мозга.
23. Нарушения содружественного движения глаз при поражении четверохолмия среднего мозга.
24. Ядра тройничного нерва.

25. Двигательные расстройства при поражении системы тройничного нерва.

26. Периферические и стволовые чувствительные расстройства при поражении тройничного нерва.

27. Синдром тригеминальной невралгии.

28. Анатомия двигательной порции лицевого нерва.

29. Анатомия промежуточного нерва.

30. Центральный и периферический парез мимической мускулатуры.

31. Синдром поражения ствола лицевого нерва в мостомозжечковом углу и во внутреннем слуховом проходе.

33. Синдром поражения ствола лицевого нерва в лицевом канале на разных уровнях.

34. Синдром одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне внутренней петли лицевого нерва.

35. Синдром поражения слуховой порции преддверно-улиткового нерва.

36. Синдром поражения вестибулярной порции преддверно-улиткового нерва.

37. Дифференциальная диагностика поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата.

38. Синдром поражения языкоглоточного нерва.

39. Синдром языкоглоточной невралгии.

40. Синдром одностороннего поражения блуждающего нерва.

41. Синдром одностороннего поражения добавочного нерва.

42. Синдром поражения ствола и ядра подъязычного нерва.

43. Синдром одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне ядра подъязычного нерва.

44. Бульбарный паралич.

45. Псевдобульбарный паралич.

46. Рефлексы орального автоматизма.

Синдромология поражения коры и полушария большого мозга

Корковые расстройства квалифицируют в первую очередь как ирритативные и деструктивные феномены. Ирритативные яв-

ления представлены в неврологической клинике главным образом в виде фокальных эпилептических приступов, клиническая фактура которых зависит от локализации первичного очага. Фокальные (парциальные) эпилептические приступы описывают как моторные, сенсорные, вегетативные и психические. Деструктивные корковые расстройства делят на афазии (расстройства речи), агнозии (расстройства узнавания), апраксии (расстройства организации движений). Афазии в неврологической клинике описывают в виде моторной, сенсорной, амнестической и сематической.

Долевые расстройства зависят как от локализации, так и от стороны поражения в силу межполушарной функциональной организации головного мозга (Приложение, рисунок 4). Поражение лобной доли складывается из моторных – фокальный контралатеральный монопарез и фокальные моторные пароксизмы, экстрапирамидных – гемипаркинсонизм. психических – синдром лобной психики, речевых – моторная афазия при поражении доминантного полушария, координаторно-апрактических – астазия-абазия – нарушений. Поражение височной доли представлено разнообразием фокальных – слуховых, обонятельных, психических, вегето-висцеральных – приступов, речевых – сенсорная афазия при поражении доминантного полушария, зрительных – верхнеквадрантная гемианопсия, - расстройств. Синдромология теменной доли состоит в фокальных сенсорных пароксизмах, локальных расстройствах поверхностной и глубокой чувствительности, астереогнозисе и расстройстве «схемы тела». Поражение затылочной доли представлено фокальными зрительными пароксизмами и контралатеральной гомонимной центральной гемианопсией.

Контрольные вопросы

1. Строение полушарий большого мозга.
2. Понятие об экспрессивной и импрессивной речи.
3. Клиническая характеристика и топико-диагностическое значение моторной афазии.
4. Клиническая характеристика и топико-диагностическое значение сенсорной афазии.

5. Клиническая характеристика и топико-диагностическое значение амнестической афазии.
6. Клиническая характеристика и топико-диагностическое значение семантической афазии.
7. Характеристика и диагностическое значение зрительной агнозии.
8. Характеристика и диагностическое значение слуховой агнозии.
9. Виды и диагностическое значение сенситивной агнозии.
10. Характеристика и диагностическое значение идеаторной апраксии.
11. Характеристика и диагностическое значение моторной апраксии.
12. Характеристика и диагностическое значение конструктивной апраксии.
13. Виды расстройств памяти.
14. Классификация расстройств сознания.
15. Клиническая характеристика оглушения.
16. Клиническая характеристика сопора.
17. Клиническая характеристика комы.
18. Синдром поражения лобной доли.
19. Клиническая характеристика "лобной психики".
20. Синдром поражения теменной доли.
21. Синдром поражения височной доли.
22. Синдром поражения затылочной доли.

Синдромы внутренней капсулы и ствола головного мозга

Внутренняя капсула построена из проводников движений, чувствительности, координации и зрения. В комплекс неврологических капсулярных нарушений входят контралатеральный центральный гемипарез, контралатеральная тотальная проводниковая гемианестезия, динамическая гемиатаксия и контралатеральная гемианопсия. Синдромология ствола головного мозга зависит от уровня и сторонности поражения. При поперечном поражении ствола возникает комбинация двусторонних двигательных рас-

стройств, расстройств сознания и витальных нарушений, сегментарных двусторонних нарушений функции черепно-мозговых нервов. Одностороннее латерализованное поражение ствола характеризуется свойственными разного уровня локализации перекрестными (альтернирующими) нарушениями.

Таблица 4

**Основные альтернирующие синдромы при поражении
ствола головного мозга**

Название синдрома	Топика поражения	Симптомы
Синдром Вебера	Ножка мозга (вентральная часть среднего мозга)	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения глазодвигательного нерва Контралатерально: центральный гемипарез (гемиплегия)
Синдром Бенедикта	Покрышка среднего мозга (красное ядро)	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения глазодвигательного нерва Контралатерально: мозжечковая атаксия, гиперкинезы (хорея, хореоатетоз)
Синдром Мийара-Гублера	Вентрокаудальный синдром моста	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения лицевого нерва (периферический мимический парез) Контралатерально: центральный гемипарез (гемиплегия)
Синдром Фовиля	Вентрокаудальный синдром моста	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения лицевого и отводящего нервов (периферический мимический парез, сходящееся косоглазие) Контралатерально: центральный гемипарез (гемиплегия)
Синдром Гаспарини	Покрышка моста	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения тройничного, лицевого, кохлеовестибулярного

		нервов (диссоциированная гипестезия лица, периферический парез мимических и жевательных мышц, гипакузия) Контралатерально: проводниковая гемигипестезия
Синдром Валенберга-Захарченко	Латеральный синдром покрышки продолговатого мозга + базальных отделов мозжечка (тромбоз задней нижней мозжечковой артерии)	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения тройничного, языкоглоточного, блуждающего нервов (периферический парез мышц глотки, гортани, мягкого неба, диссоциированная гипестезия лица, синдром Горнера, мозжечковая атаксия) Контралатерально: проводниковая гемигипестезия болевой и температурной чувствительности на туловище и конечностях
Синдром Джексона	Медиальный синдром продолговатого мозга	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения подъязычного нерва (периферический парез половины языка) Контралатерально: центральный бипарез (биплегия)
Синдром Авеллиса	Покрышка продолговатого мозга	Ипсилатерально: симптомы ядерного поражения языкоглоточного, блуждающего, подъязычного нервов (периферический парез мышц глотки, гортани, мягкого неба, половины языка) Контралатерально: центральный бипарез (биплегия)

Контрольные вопросы

1. Клиническая анатомия внутренней капсулы.
2. Клиническая характеристика неврологических расстройств при поражении внутренней капсулы.
3. Клиническая анатомия промежуточного мозга.

4. Клинические признаки поражения промежуточного мозга.
5. Клиническая анатомия среднего мозга.
6. Клинические признаки поперечного поражения среднего мозга.
7. Клинические признаки одностороннего поражения среднего мозга.
8. Синдром Вебера.
9. Клинические признаки синдромов поражения красного ядра.
10. Клиническая анатомия моста.
11. Клинические признаки вентрального поражения моста.
12. Клинические признаки поражения покрывки моста.
13. Клиническая анатомия продолговатого мозга.
14. Клинические признаки поперечного поражения продолговатого мозга.
15. Клинические признаки одностороннего поражения продолговатого мозга.
16. Медиальный синдром продолговатого мозга (Джексона).
17. Синдром Авелиса.
18. Латеральный синдром покрывки продолговатого мозга (Валенберга-Захарченко).

Расстройства координации и экстрапирамидные расстройства

Атаксии — расстройства координации — описываются в виде серии синдромов, для которых свойственны ядерные (основные) и дополнительные нарушения. Выделяют мозжечковые, вестибулярные, сенситивные, корковые, проводниковые, психогенные атаксии.

Функцией мозжечка является рефлекторное поддержание мышечного тонуса, равновесия, координации и синергии движений. При поражении мозжечка возникает ряд двигательных расстройств атактического и асинергического характера.

1. *Расстройство походки.* Атактически-мозжечковая, или так называемая «пьяная», походка является результатом не только нарушения равновесия, но и асинергии. Больной ходит, широко

расставляя ноги и пошатываясь, что особенно резко сказывается при поворотах. Отклонение в сторону при ходьбе, а в выраженных случаях и падение, наблюдаются чаще в сторону мозжечкового поражения.

2. *Интенционное дрожание* наблюдается при движении и отсутствует в покое. Обнаруживается оно резче всего в конце движения и исследуется в руках при помощи пальце-носовой, а в ногах при помощи пяточно-коленной пробы. Больному дается задание с закрытыми глазами попасть указательным пальцем в кончик своего носа; чем ближе к цели, тем отчетливее и резче обнаруживается дрожание пальца или всей кисти и руки. Еще лучше обнаруживается интенционное дрожание в руках иным способом: больной касается указательным пальцем молоточка или пальца исследующего с открытыми глазами, причем положение молотка несколько раз меняется. Пяточно-коленная проба производится у лежащего больного, которому предлагается сначала высоко поднять ногу, затем коснуться пяткой колена другой и провести пяткой вниз по передней поверхности голени.

3. *Нистагм* (подергивание глазных яблок при отведении их), наблюдающийся при поражении мозжечка, чаще бывает горизонтальным, чем вертикальным или ротаторным; указание на то, что он больше выражен при взгляде в больную сторону, ненадежно.

4. *Адиадохокинез* обнаруживается при попытке быстро совершать попеременно противоположные движения. Так, больным не удастся быстро менять пронацию на супинацию кисти: получатся неловкие, неправильные движения.

5. *Дисметрия* или, точнее, *гиперметрия* движений может быть легко обнаружена следующим приемом: исследуемому предлагается держать кисти вытянутыми вперед ладонями вверх, с разведенными пальцами; следует приказ быстро перевернуть кисти ладонями вниз; на стороне, где имеются мозжечковые расстройства, это движение производится с избыточной ротацией кисти.

При предложении коснуться пяткой одной ноги колена другой (в лежащем положении) больной заносит ног у выше колена и касается пяткой бедра (феномен гиперфлексии).

6. *Мимопадание*, или *промахивание*, при так называемой «пробе показания» обнаруживается следующим образом: боль-

ному предлагается 2 — 3 раза попасть указательным пальцем в поставленный перед ним палец исследующего или в молоточек: после этого больной закрывает глаза и продолжает то же задание. В руке, в которой имеются мозжечковые расстройства, отмечается промахивание мимо цели, чаще кнаружи.

7. *Расстройство речи* есть частное проявление мозжечкового расстройства движений; речь теряет плавность, становится скандированной, взрывчатой, замедленной.

8. *Гипотония мышц*, сказывающаяся в вялости, дряблости мышц, в избыточной экскурсии в суставах, обнаруживается при исследовании пассивных движений. Она может сопровождаться понижением сухожильных рефлексов конечностей.

При поражениях мозжечка могут наблюдаться и другие симптомы.

а) *Асинергия* выражается в нарушении координации работы ряда мышечных групп, необходимых для осуществления того или иного движения.

б) *Симптом отсутствия «обратного толчка»*, объясняющийся также гипотонией и нарушением антагонистической иннервации; больной держит руку перед собой, с силой сгибая ее в локтевом суставе, в чем ему оказывается сопротивление; при внезапном прекращении сопротивления рука больного с силой ударяет в грудь. У здорового этого не происходит, так как быстрое включение в действие антагонистов (разгибателей предплечья) — «обратный толчок» — предотвращает удар.

в) *Расстройство почерка* является следствием нарушения координации тонких движений и дрожания; почерк становится неровным, линии — зигзагообразными, буквы — слишком крупными (мегалография).

г) *Недооценка тяжести предмета*, удерживаемого рукой, является своеобразным симптомом, наблюдающимся на стороне поражения.

д) *Головокружение* является довольно частым симптомом остро возникающих поражений мозжечка.

е) При поражении связей nucleus dentatus с nucleus ruber могут возникать *экстрапирамидные гиперкинезы*; при поражении нижней оливы или ее связей с nucleus dentatus иногда наблюдаются миоклонии языка, глотки, мягкого нёба.

ж) При поражении червя превалируют расстройства статики и походки; при поражении полушарий мозжечка особенно страдают плавность и точность движений гомолатеральных конечностей (интенционное дрожание).

К экстрапирамидным расстройствам относят моторные нарушения, вызванные поражением подкорковых ядер полушарий головного мозга. Два главных синдрома описывают при анализе клинического состояния — гипертонически-гипокинетический и гипотонически-гиперкинетический.

1. *Симптомокомплекс паллидарного поражения* может быть назван *гипертонически-гипокинетическим*, так как основными чертами, характеризующими его, является повышение мышечного тонуса и уменьшение подвижности, обеднение движениями.

Экстрапирамидная гипертония, или *ригидность* мускулатуры значительно отличается от таковой при пирамидном поражении. При паллидарной ригидности сопротивление, испытываемое исследующим при пассивных движениях, остается все время одинаковым от начала до конца движения, тогда как при центральном параличе или парезе спастичность особенно велика в начале движения и заметно ослабляется в конце (симптом «складного ножа»). Паллидарная ригидность носит наименование «восковидной». При пассивном разгибании предплечья, голени, круговых движениях в лучезапястном суставе можно ощутить иногда своеобразную прерывистость, ступенчатость растяжения мышц, носящую наименование симптомы «зубчатого колеса».

Гипокинезия, или *олигокинезия*, отнюдь не обуславливается наличием паралича; при исследовании обнаруживается, что произвольные движения совершаются в достаточном объеме и с удовлетворительной мышечной силой. Основными являются малоподвижность больного, резкое уменьшение двигательной инициативы, затруднение в переходе из покоя в движение. Больной, приняв определенную позу, долгое время сохраняет ее, хотя бы она была и неудобной, «застывает» в принятом положении, напоминая собой статую или манекен.

Обычная поза больного достаточно характерна: спина согнута, голова наклонена к груди, руки согнуты в локтевых, кисти — в лучезапястных, ноги — в коленных суставах (поза сгибателей).

Походка замедлена, напоминает старческую, шаги мелкие. Двинуться вперед удастся не сразу, но в дальнейшем больной может «разойтись» и двигаться быстрее. Зато остановиться быстро он не может: при необходимости или при приказании остановиться его все еще продолжает «тянуть» вперед (*propulsio*).

Мимика крайне бедна, лицо принимает застывшее, маскообразное выражение (гипомимия). Улыбка, гримаса плача при эмоциях возникает с запозданием, и также с замедлением лицо возвращается к обычной мимике.

Речь больных тиха, монотонна, глуха, без достаточных модуляций и звучности.

Характерным является отсутствие или уменьшение физиологических содружественных или сопутствующих движений, синкинезий, существующих в норме и содействующих тому или иному основному движению. Так, у больных не наблюдается обычного размахивания руками в такт ходьбе, отсутствует наморщивание лба при взгляде-вверх, нет разгибания в лучезапястном суставе при сжатии руки в кулак и т.д. Затруднен не только переход из покоя в движение, но обычно резко замедлены и все произвольные движения (*брадикинезия*). Все действия больной проделывает медленно, как бы с затруднением, напоминаемая своими движениями автомат.

Кроме описанных симптомов, при паллидарном поражении нередко имеет место своеобразное *дрожание*, которое наблюдается в покое, выражено в дистальных отделах конечностей, иногда в нижней челюсти и отличается обычно малой амплитудой, частотой и ритмичностью. В отличие от мозжечкового интенционного дрожания, появляющегося в движении и отсутствующего в покое, здесь типично наличие его в покое и уменьшение или исчезновение при движениях.

Описанный синдром паллидарного поражения носит еще название *паркинсонизма*, или *амиостатического симптомокомплекса*.

II. *Симптомокомплекс стриарного поражения*. В отличие от паллидарного, он может быть назван *гипотонически-гиперкинетическим*. На фоне существующей в покое гипотонии мускулатуры возникают разнообразные произвольные насильственные движения, или *экстрапирамидные гиперкинезы*.

В противоположность паллидарной скованности движений, гипомимии и отсутствию физиологических сопутствующих движений, при стриарных поражениях наблюдается часто двигательное беспокойство, быстрота, размахистость движений, обилие синкинезий, гримасничанье. Основными формами экстрапирамидных гиперкинезов являются следующие.

Атетоз, который наблюдается больше в дистальных отделах конечностей, например в кистях и пальцах рук. Наблюдаются медленные, извивающиеся, червеобразные движения с некоторыми интервалами, во время которых конечность принимает неестественные положения. Атетоз может быть ограниченным, может быть и распространенным, захватывая иногда всю мускулатуру тела. Есть основания предполагать, что атетоз возникает при поражении *nuclei caudati*.

Торсионный спазм представляет собой атетоз туловища. Он характеризуется перегибающими, иногда штопорообразными движениями туловища, возникающими при ходьбе, которая бывает часто значительно затруднена.

Хорея отличается от атетоза быстротой подергиваний: последние наблюдаются в различных мышечных группах, часто в проксимальных отделах конечностей, в лице. Характерна быстрая смена локализации судороги: то подергиваются мимические мышцы, то мускулатура ноги, одновременно глазные мышцы и рука и т.д. В выраженных случаях больной становится похожим на паяца. Часто наблюдается гримасничанье, причмокивание; расстраивается речь. Движения становятся размахистыми, избыточными, походка — «танцующей». Возможно, что хорея возникает при поражении наружного ядра *nuclei lenticularis (putamen)* с одновременным вовлечением в процесс денто-рубральной системы (*nucleus dentatus* мозжечка и *nucleus ruber*).

Миоклония по своему характеру близка к хорее. Здесь подергивания также очень быстры, наблюдаются в отдельных мышечных группах или одиночных мышцах. В отличие от хорей, миоклония часто не сопровождается значительным двигательным эффектом.

Общими чертами, характерными для всех видов экстрапирамидных гиперкинезов, является обычное исчезновение их во сне

(в отличие от корковых судорог) и усиление при волнении и произвольных движениях.

Контрольные вопросы

1. Клиническая анатомия мозжечка.
2. Афферентные пути мозжечка.
4. Эфферентные пути мозжечка.
5. Симптомы и признаки нарушения координации в осевой мускулатуре (статико-локомоторная атаксия).
6. Динамическая атаксия. Клиническая характеристика.
7. Клинические особенности мозжечковой атаксии.
8. Клинические особенности вестибулярной атаксии.
9. Клинические особенности сенситивной заднестолбовой и полиневральной атаксии.
10. Клинические особенности вестибулярной атаксии.
11. Клинические особенности капсулярной атаксии.
12. Клиническая характеристика лобной атаксии.
13. Особенности невротической атаксии
14. Анатомия базальных ганглиев.
15. Синдром паркинсонизма: клиническая характеристика.
16. Виды гиперкинезов: атетоз, хорей, хореоатетоз.
17. Виды гиперкинезов: гемибаллизм, миоклонии, тики.
18. Мышечные дистонии: генерализованные и фокальные формы.

Синдромология спинного мозга и корешков спинного мозга

Синдромология зависит от уровня поражения спинного мозга, поперечника поражения. Описываются как особые варианты верхнешейное, шейного утолщения, грудные, поясничного утолщения, эпиконуса и мозгового конуса, а также конского хвоста локализации очагов. В поперечнике описывают поражение передних рогов серого вещества, боковых канатиков, передне-спинальное, задне-спинальное, а также интрамедуллярное и экстрамедуллярное поражения. В синдромологию спинного мозга входит характеристика нейрогенных тазовых нарушений.

Симптомокомплекс поражения спинного мозга на разных уровнях

Верхнешейный отдел (C1 — C4). В случае его поражения возникает паралич или раздражение диафрагмы (одышка, икота), спастический паралич всех четырех конечностей, утрата всех видов чувствительности с соответствующего уровня книзу, расстройства мочеиспускания центрального типа (задержка, периодическое недержание мочи). Могут быть корешковые боли в шее, отдающие в затылок.

Шейное утолщение (C5 — D1) — периферический паралич верхних конечностей, спастический паралич нижних; утрата всех видов чувствительности, те же расстройства мочеиспускания. Возможны корешковые боли, иррадиирующие в верхние конечности. Нередко присоединяется симптом Горнера.

Грудной отдел (D2 — D12) — верхние конечности свободны от поражения; наблюдается спастическая параплегия нижних конечностей с теми же расстройствами мочеиспускания; утрата всех видов чувствительности в нижней половине тела. Корешковые боли носят здесь опоясывающий характер.

Поясничное утолщение (L1 — S1) — периферический паралич нижних конечностей, анестезия на нижних конечностях и в промежности, те же расстройства мочеиспускания.

Conus medullaris (S2 — S5) — параличи отсутствуют; утрата чувствительности в области промежности, расстройства мочеиспускания периферического типа (обычно истинное недержание мочи).

Конский хвост (cauda equina) — поражение его дает симптомокомплекс, весьма сходный с поражением поясничного утолщения и *conus medullaris*. Возникает периферический паралич нижних конечностей с расстройствами мочеиспускания типа задержки или истинного недержания. Анестезия на нижних конечностях и в промежности. Характерны жестокие корешковые боли в ногах и для начального и неполного поражения — асимметрия симптомов.

Контрольные вопросы

1. Клиническая анатомия сегментарного аппарата спинного мозга.

2.Клиническая анатомия внесегментарного аппарата спинного мозга.

3.Анатомическое соотношение сегментов и корешков спинного мозга и позвонков.

4.Анатомическая локализация дерматомов C5, C8, D5, D7,D10, L1, L5, S1.

5.Клиническая характеристика двигательных расстройств при поражении спинного мозга.

6.Клиническая характеристика чувствительных расстройств при поражении спинного мозга.

7.Клиническая характеристика координаторных расстройств при поражении спинного мозга.

8.Клиническая характеристика вегетативных расстройств при поражении спинного мозга.

9.Характеристика тазовых расстройств при поражении спинного мозга.

10.Клинические синдромы поражения передних рогов серого вещества спинного мозга.

11.Клинические расстройства при поражении задних рогов серого вещества спинного мозга.

12.Клинические расстройства при поражении боковых рогов серого вещества спинного мозга.

13.Клинические расстройства при поражении боковых столбов спинного мозга.

14.Клинические расстройства при поражении задних столбов спинного мозга.

15.Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне C3.

16.Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне C5 - C6 сегментов.

17.Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне C8 - D2 сегментов.

18.Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне D7 сегмента.

19.Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне L2 - L5 сегментов.

20.Характеристика поражения мозгового эпиконуса.

21.Характеристика поражения мозгового конуса.

22. Характеристика поражения конского хвоста.

Синдромология периферической нервной системы

Синдромология периферической нервной системы включает описание проявлений поражения нервов, сплетений и корешков. Главными определителями локализации поражения служат локализованные боли и парестезии, выпадение поверхностной и глубокой чувствительности, локализованные парезы, атрофии, исчезновение рефлексов.

Контрольные вопросы

1. Анатомия периферической нервной системы.
2. Синдром поражения первого и второго шейного нервов, малого затылочного нерва.
3. Диафрагмальный нерв: анатомия и синдром поражения.
4. Плечевое сплетение: анатомия и синдром поражения.
5. Верхний, средний и нижний первичный пучки плечевого сплетения
6. Подключичный нерв, передние грудные нервы: анатомия и синдром поражения.
7. Надлопаточный, подлопаточный нерв: анатомия и синдром поражения.
8. Подмышечный нерв: анатомия и синдром поражения.
9. Мышечно-кожный нерв: анатомия и синдром поражения.
10. Медиальные кожные нервы плеча и предплечья: анатомия и синдром поражения.
11. Срединный нерв: анатомия и синдром поражения.
12. Лучевой нерв: анатомия и синдром поражения.
13. Локтевой нерв: анатомия и синдром поражения.
14. Синдромы передней лестничной и малой грудной мышцы.
15. Анатомия поясничного сплетения.
16. Подвздошно-подчревный нерв, подвздошно-паховый нерв: анатомия и синдром поражения.
17. Бедренно-половой нерв, латеральный кожный нерв бедра: анатомия и синдром поражения.
18. Запирательный нерв: анатомия и синдром поражения.

- 19.Бедренный нерв: анатомия и синдром поражения.
- 20.Крестцовое сплетение: анатомия и синдром поражения.
- 21.Грушевидный, верхний ягодичный нервы, задний кожный нерв бедра: анатомия и синдром поражения.
- 22.Седалищный нерв: анатомия и синдром поражения.
- 23.Большеберцовый нерв: анатомия и синдром поражения.
- 24.Общий малоберцовый нерв: анатомия и синдром поражения.
- 25.Синдром грушевидной мышцы.

Общемозговые и ликворные синдромы

Общемозговые расстройства в неврологической клинике рассматриваются несколько особым образом, так как, как правило, носят витальный характер. Кроме того, они сложно организованы и включают не только анализ ликвородинамических и сосудистых по механизму нарушений, а также и соматические, эндокринные и очаговые неврологические расстройства. К общемозговым неврологическим расстройствам относят менингеальный синдром, внутричерепную гипертензию, внутричерепную гипотензию, а также синдромы мозговой дислокации. Ликворные синдромы включают воспалительный, геморрагический и окклюзионно-ликворный.

Внутричерепная гипертензия

Головной мозг человека расположен внутри черепной коробки – это замкнутое пространство с ригидными стенками, в котором примерно 80% объема занимает собственно мозговое вещество, около 15% составляет ликвор, остальные 5% отводятся крови. Цереброспинальная жидкость (ликвор) вырабатывается в специальных сосудистых сплетениях, она постоянно циркулирует между желудочками мозга и субарахноидальным пространством, где происходит ее всасывание в венозные синусы. Ликвор выполняет защитную и питательную функцию, а также создает определенное давление на стенки черепа и структуры мозга.

Стойкое и длительное увеличение ВЧД развивается при нарушении нормальных соотношений всех компонентов

черепной коробки (например, из-за увеличения количества ликвора, нарушения венозного оттока, появления отека или патологических объемов в веществе мозга и т.д.). Выраженное повышение давления в замкнутом пространстве черепа опасно тем, что в результате сдавливания мозгового вещества развивается нарушение метаболических процессов в нейронах, может произойти дислокация (смещение) отдельных структур мозга вплоть до вклинивания мозжечка и продолговатого мозга в затылочное отверстие с последующим нарушением жизненно важных функций.

Причины

1. наличие дополнительного образования, увеличивающего объем мозга (опухоль, гематома, абсцесс);
2. отек вещества головного мозга, возникший на фоне энцефалита, черепно-мозговой травмы, гипоксии, при ишемических инсультах, отравлениях, при энцефалопатии печеночной этиологии;
3. расстройства ликвородинамики, возникающие вследствие повышения продукции, нарушения всасывания спинномозговой жидкости или наличия препятствия на пути ее оттока.
4. увеличение притока крови к мозгу при гипертермии, гиперкапнии (отравление углекислым газом), гипертонии;
5. затруднение венозного оттока из полости черепа (повышение внутригрудного или внутрибрюшного давления).

По течению различают острую и хроническую формы ВЧГ. Первая обычно является следствием повреждения мозга в результате черепно-мозговых травм, инсультов или инфекций, вторая развивается постепенно на фоне медленно растущих опухолей, кистозных образований или по мере увеличения сосудистых нарушений.

Симптоматика

- головная боль распирающего характера по всему черепу, чаще беспокоит по утрам после подъема с кровати, нарастает при наклонах головы и кашле;
- тошнота, иногда внезапная рвота без предварительной тошноты, особенно по утрам;

- преходящие зрительные нарушения в виде тумана или «мушек» перед глазами, двоение, выпадение полей зрения;

- Отечность зрительных нервов, расширение и извитость вен на глазном дне.

Менингеальный синдром — симптомокомплекс, возникающий при раздражении мозговых оболочек. Он включает:

1. интенсивную головную боль, тошноту и рвоту;
2. Реактивные болевые феномены: резкая болезненность при пальпации точек выхода ветвей тройничного нерва, затылочных нервов, при надавливании изнутри на переднюю стенку наружного слухового прохода, перкуссии черепа и скуловой дуги, которая выражается в появлении болезненной гримасы, при перкуссии остистых отростков позвонков;

3. Общую гиперестезию: непереносимость яркого света, громких звуков, прикосновения к коже.

4. Ригидность шейных мышц, препятствующую пассивному сгибанию головы и в тяжелых случаях вызывающую запрокидывание головы назад. Следует помнить, что ригидность шейных мышц, особенно у пожилых, может быть следствием шейного спондилеза, миозита, травмы шейного отдела.

5. Симптом Кернинга — невозможность полностью разогнуть в коленном суставе ногу, предварительно согнутую под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах.

6. Симптомы Брудзинского: сгибание бедра и голени при проверке ригидности шейных мышц (верхний симптом), надавливании на лонное сочленение (средний симптом) и при проверке симптома Кернинга на другой ноге (нижний симптом).

Менингеальный синдром часто сопровождается признаками повышения внутричерепного давления — нарастающим угнетением сознания, брадикардией, повышением систолического давления и нарушением ритма дыхания (рефлекс Кушинга).

Этиология.

Самыми частыми причинами менингеального синдрома являются 2 группы причин:

- инфекции центральной нервной системы (менингиты, энцефалиты, абсцесс головного мозга),

•субарахноидальное кровоизлияние (геморрагический инсульт или черепно-мозговая травма).

Контрольные вопросы

1. Причины внутричерепной гипертензии.
2. Механизмы внутричерепной гипертензии.
3. Клинические и параклинические признаки внутричерепной гипертензии.
4. Тактика при первичной диагностике синдрома внутричерепной гипертензии.
5. Механизмы менингеального синдрома.
6. Причины менингеального синдрома.
7. Клинические признаки менингеального синдрома.
- 8.Тактика при менингеальном синдроме.
- 9.Механизмы открытой гидроцефалии.
- 10.Клиническая характеристика открытой гидроцефалии.
- 11.Механизмы ликворной окклюзии.
- 12.Клиническая характеристика окклюзии отверстия Монро, мозгового водопровода.
- 13.Дополнительные методы исследования при гидроцефально-окклюзионном синдроме.
- 14.Тактика при гидроцефально-окклюзионном синдроме.
- 15.Нормальные показатели ликвора.
- 16.Характеристика окклюзионно-ликворного синдрома.
- 17.Характеристика геморрагического ликворного синдрома.
- 18.Характеристика воспалительного ликворного синдрома.
- 19.Общие механизмы мозговых дислокационных синдромов.
- 20.Клиника височно-тенториального вклинения.
- 20.Клиника мозжечково-бульбарного вклинения.
- 21Прямые и косвенные показания для поясничного ликворного диагностического прокола.
- 22.Техника и клиническое значение ликвородинамических проб.
- 23.Противопоказания для диагностического люмбального прокола.

Синдромология вегетативной нервной системы

Вегетативные расстройства крайне многообразны и достойны анализа не только в неврологической. Но и в общесоматической клинике. Общая классификация вегетативных расстройств включает нейроциркуляторную дистонию, периферический вегетативный синдром, ангиотрофалгические синдромы, нейроэндокринные расстройства.

Контрольные вопросы.

1. Клиническая анатомия симпатической нервной системы.
2. Клиническая анатомия парасимпатической нервной системы.
3. Клиническая анатомия гипоталамуса.
4. Признаки симпатикотонии.
5. Признаки парасимпатикотонии.
6. Методы исследования регуляции сосудистого тонуса.
7. Периферические вегетативные синдромы.
8. Симпаталгия, общая характеристика синдрома
9. Симпаталгия при периваскулярном неврите.
10. Синдром каузалгии.
11. Симпатоганглиониты, общая синдромология.
12. Синдром звездчатого узла.
13. Симпатический полиганглионит
14. Ганглионит крылонебного узла
15. Симпатическая плексопатия позвоночной артерии.
16. Спинальные вегетативные расстройства.
17. Симпатическая иннервация глаза, анатомическая характеристика.
18. Синдром десимпатизации глаза.
19. Клиническая характеристика и топическое значение расстройств мочеиспускания.
20. Клиническая характеристика и топическое значение расстройства дефекации.
21. Гипоталамический нейрососудистый вегетативный синдром.
22. Гипоталамические нейроэндокринные синдромы.
23. Гипоталамические нейродистрофические синдромы.

24.Гипоталамические вегетативно-висцеральные расстройства.

25.Панические атаки: клиническая характеристика.

26. Синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности.

ПЛАН КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО И МЕТОДИКА СОСТАВЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В КЛИНИКЕ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Паспортная часть

Фамилия, имя, отчество. Возраст. Профессия. Семейное положение. Место жительства. Дата поступления в клинику.

Жалобы

Отмечаются жалобы с их подробной характеристикой. 1. При болях указывается их характер, локализация, длительность, интенсивность, динамика, причины возникновения и усиления, факторы облегчения, сопровождающие расстройства. 2. При ослабленности движений в конечностях описывается локализация, выраженность этих расстройств, динамика, сопровождающие расстройства. 3. При жалобах на приступы подробно описывается их характер, длительность, состояние сознания, пред- и послеприступный периоды, причины возникновения и прекращения, двигательные, чувствительные, вегетативные расстройства со слов пациента и свидетелей. 4. При чувствительных расстройствах описывают характер, локализацию, интенсивность, динамику, сопровождающие нарушения.

История заболевания

Отмечается дата начала заболевания, примерное время, когда возникли факторы, предшествующие или сопутствующие заболеванию. Возможно отметить, с чем больной связывает возникновение заболевания: травма головы, тела, заболевания - грипп, ангина и др., физическое и умственное перенапряжение, - психические травмы, интоксикации и др. Описывают симптомы болезни. Подробно описывают развитие и течение заболевания, длительность и причины периодов ухудшения. Отмечают последовательность изменения нарушений. Факторы, ухудшающие течение болезни или способствующие состояниям. Изменение работоспособности во время болезни. Представляют результаты исследований до помещения в клинику в хронологическом изложении, прежде установленные диагнозы. Описывают последовательность и эффективность лечебных мероприятий. История болезни описывается исследующим до момента курации.

История жизни

Место рождения. Развитие в раннем детстве. Перенесенные детские болезни. Образование. Условия работы, бытовые условия. Интоксикации (курение, алкоголь, наркотики). Время начала месячных, беременность, роды, аборты, выкидыши. Состав и здоровье членов семьи, взаимоотношения в семье.

Перенесенные заболеваний. Характер травмы и длительность посттравматических расстройств. Перенесенные операции, анестезиологические пособия. Умственные, физические и эмоциональные перенапряжения. Непереносимость лекарств, пищевых продуктов, производственных факторов, описание реакций на них. Хронические и наследственные заболевания у ближайших родственников. Родословная.

Общее состояние

Положение больного в момент обследования. Общий вид, телосложение, питание, вес и рост. Кожа: окраска, рубцы, внутрикожные и подкожные образования. Состояние волос, ногтей, слизистых оболочек. Состояние полости рта. Лимфатические узлы. Деформации позвоночника (кифоз, лордоз, сколиоз). Подвижность различных отделов позвоночника, болезненность при нагрузке, болезненность остистых отростков при перкуссии. Форма черепа, перкуссия черепа. Деформация суставов, контрактуры, анкилозы. Развитие мышечной системы. Эндокринное состояние. Развитие вторичных половых признаков.

Легкие - данные перкуссии и аускультации.

Сердце - данные перкуссии и аускультации. Пульс, его характеристика. Артериальное давление.

Органы пищеварения, печень и селезенка.

Тазовые органы - задержка, недержание мочи и кала, императивные позывы и т.д.

Неврологическое состояние

Сознание: ориентировка в месте и времени, способность к контакту. Настроение. Поведение при обследовании, отношение к своему заболеванию. Память. Бредовые идеи. Обманы восприятия. Состояние интеллекта.

Менингеальные симптомы

Ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского.

Черепно-мозговые нервы

Обонятельный нерв. Обоняние: сохранено, снижено, утрачено. Наличие обонятельных галлюцинаций. Исследовать обоняние с помощью не раздражающих пахучих веществ, отдельно справа и слева.

Зрительный нерв. Острота зрения с коррекцией и без коррекции. Цветовосприятие. Поля зрения. Состояние глазного дна.

Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы. Ширина и равномерность глазных щелей. Объем движений глазных яблок в стороны, вверх, вниз. Наличие сходящегося косоглазия. Диплопия. Парезы и параличи взора.

Зрачки - форма, величина (мидриаз, миоз); равномерность. Реакция зрачков на свет (прямая, содружественная), на конвергенцию и аккомодацию.

Тройничный нерв. Болезненность давления на точки выхода ветвей тройничного нерва (надглазничная, подглазничная и подбородочная). Боли и парестезии в лице. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи лица, слизистой рта, носа, языка (сохранена, снижена, утрачена, извращена - гипералгия). Описать границы расстройства чувствительности на лице (зоны 1, 2, 3 ветвей, сегментарные зоны Зельдера). Вкус на передних двух третях языка. Жевательная мускулатура (выраженность, напряжение, атрофии). Объем движения нижней челюсти. Роговичный, конъюнктивальный, носовой, нижнечелюстной рефлекс (сохранены, снижены, отсутствуют, равномерность).

Лицевой нерв. Состояние мимической мускулатуры - выраженность и равномерность лобных и носогубных складок, расположение углов рта в покое и при заданных движениях (наморщивание лба, зажмуривание глаз, нахмуривание бровей, надувание щек, оскаливание зубов). Слезотечение, сухость глаз.

Слуховой нерв. Острота слуха на разговорную и шепотную речь в отдельности на каждое ухо. Шум в ушах, головокружение. Нистагм.

Языкоглоточный и блуждающий нервы. Глотание - поперхивание при еде, попадание жидкой пищи в нос). Звучность голоса - нормальная, ослаблена, афония. Подвижность мягкого нёба - достаточная, ослаблена, с какой стороны. Вкус на задней трети языка - нормальный, ослаблен, отсутствует. Саливация. Небный, глоточный рефлекс, их живость, равномерность.

Добавочный нерв. Внешний вид грудино-ключично-сосцевидных и трапецевидных мышц - нормальный, атрофии, с какой стороны, степень. Объем активных движений при поворотах головы, при поднимании надплечий, при сближении лопаток.

Подъязычный нерв. Вид языка: атрофии, фибриллярные подергивания (с какой стороны). Положение языка при высовывании – по средней линии, отклонение в сторону. Объем активных движений языка в стороны, вверх, вниз. Четкость и ясность произношения - нормальное, дизартрия, анартрия.

Двигательная сфера

Осмотр мускулатуры конечностей и туловища. Наличие атрофии или гипертрофии - указать, каких мышц, степень атрофии, провести данные измерений сантиметровой - лентой окружности конечностей (плечо, предплечье, бедро, голень). Фибриллярные- и фасцикулярные подергивания (есть или нет, их локализация).

Активные движения. Объем активных движений в суставах конечностей. При ограничении движений указать, в каких суставах и степень ограничения. Мышечная сила. Проба Барре (верхняя и нижняя).

Пассивные движения возможны в полном объеме или ограничены. Указать степень ограничения (в градусах). Наличие тугоподвижности в суставах. Контрактуры. Состояние мышечного тонуса (определяется во время пассивных движений и при ощупывании мышц): нормальный, снижен, повышен. Характер повышения мышечного тонуса (но пирамидному или экстрапирамидному типу). Наличие феномена «зубчатого колеса». Синкинезии. Механическая возбудимость мышц.

Непроизвольные движения (гиперкинезы): дрожание, хорей, атетоз, хореоатетоз, судороги, тики, торсионный спазм, миоклонии. При описании гиперкинезов отмечать их амплитуду, темп, ритм, стереотипность или разнообразие, постоянство (постоянные, только в покое или при движениях). Гипокинезия.

Координация движений: пальценосовая и пяточно-коленная пробы - точные, с промахиванием, с интенционным тремором. Гиперметрия, адиадохокинез. Устойчивость в положении Ромберга. Проба сочетанного сгибания туловища и бедра (проба Бабинского). Скандированная речь.

Походка больного: нормальная, спастическая, паретическая, гемиплегическая, атактическая (с открытыми и закрытыми глазами), спастико-атактическая, «петушиная», «утиная», манерно-вычурная и др.

Рефлекторная сфера

Глубокие (сухожильные и периостальные рефлексы) - лучезапястный, сухожилия бицепса, трицепса, коленные, ахилловы. Указать степень выраженности (высокие, нормальной амплитуды, снижены, отсутствуют), равномерность. Кожные рефлексы - брюшные, подошвенные - степень их (живые, снижены, отсутствуют), равномерность. Патологические стопные рефлексы Бакинського, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Чаддока, Россолимо, Бехтерева, Жуковского: отсутствуют, имеются, с какой стороны, их выраженность, Клонусы стоп и коленных чашек. Патологические рефлексы на руках: Якобсон-Бехтерева, Бехтерева, Тремнера. Хватательный рефлекс. Защитные рефлексы сгибательные, автоматизмы, если имеются, то на какой -стороне, их характер, уровень, с которых они вызываются. Рефлексы орального автоматизма — Аствацатурова, Маринеску-Родовичи, хоботковый.

Чувствительная сфера

Боли (местные, проекционные, иррадиирующие, их характер). Парестезии, описать их характер, степень, локализацию. Болезненность при надавливании на нервные стволы, если имеется, то указать в каких точках, и степень ее). Симптомы натяжения седалищного нерва (Лассега, Нери, посадки), бедренного нерва (Вассермана, Мацкевича). Анталгические позы больного. Анталгический сколиоз.

Поверхностная чувствительность (тактильная, болевая, температурная). При нарушении поверхностной чувствительности указать, на каких участках кожи отмечены изменения, какого характера (гипестезия, анестезия). Глубокая чувствительность - мышечно-суставное чувство, вибрационная чувствительность. При описании мышечно-суставного чувства указать, в каких суставах и в какой степени оно расстроено. Двумерно-пространственное чувство, дискриминация, чувство локализации. Типы расстройств чувствительности: периферический, корешковый, сегментарный, проводниковый, центральный (геми-тип).

Расстройства корковых функций (афазия, апраксия, агнозия).

При наличии афазии производится более подробное исследование для выявления типа речевого нарушения: понимание обращенной к исследуемому устной речи, оценка правильности речи больного (свобода речи, запас слов, парафазии, понимание написанного), письмо активное, под диктовку, копирование, называние на память предметов (амнестическая афазия). Апраксия, Агнозия.

Вегетативная нервная система

Местные изменения кожи, пигментации, трофика, температура кожи. Акроцианоз, мраморность кожи. Дермографизм, выраженность, стойкость. Потоотделение - нормальное, повышено, понижено. Глазосердечный рефлекс Ашнера. Ортоклиностагическая проба. Симптом Горнера. Экзофтальм.

Формулировка клинических синдромов

Топический диагноз

Обоснование предварительного клинического диагноза.

На основании причины заболевания, механизма развития заболевания, клинически установленного описания локализации и характера патологического процесса – топического диагноза обосновывается клиническая форма заболевания - предварительный клинический диагноз.

Дифференциальный диагноз

Перечисляются заболевания, сходные по критериям диагностики. Приводится план клинического исследования.

Заключительный клинический диагноз

Этиология и патогенез заболевания. План лечения

Прогноз.

Эпикриз

ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИ- РУРГИЯ»

Клиническая синдромология и топическая диагностика

1. Сила мышц правых руки и ноги умеренно снижена, язык при высовывании отклоняется вправо, правый угол рта при попытке улыбки не отводится. Сухожильно-мышечные рефлексy правых руки и ноги выше, чем слева. Патологические рефлексy Бабинского, Россолимо, Гордона выявлены слева. Название расстройства. Вероятная локализация поражения.

2. Резко снижена сила дистальных отделов ног. Установлена атрофия мышц голеней. Ахилловы и подошвенные рефлексy не вызываются. При ходьбе стопы «шлепают». Больной не может стоять на пятках. Назвать расстройство. Определить локализацию поражения.

3. Обнаружено значительное снижение силы правых руки и ноги, установлена атрофия дельтовидной и двуглавой мышц. Бицепитальный рефлекс справа не вызывается. Трицепитальный, карпорадиальный, коленный и ахиллов рефлексy справа высокие. Кожные брюшные рефлексy справа отсутствуют. Рефлексy Бабинского и Оппенгейма справа. Назвать расстройства. Определить локализацию поражения.

4. У пациента при умеренном снижении силы правой руки установлена атония и атрофия ее мышц, фибриллярные подергивания в слабых мышцах. Бицепитальный, трицепитальный и карпорадиальный рефлексy справа отсутствуют. Определить название расстройства. Установить локализацию поражения.

5. Нет активных движения ног. Высокий тонус разгибателей в ногах. Коленные и ахилловы рефлексy высокие, клонусы надколенников и стоп. Обнаружены патологические рефлексy Бабинского и Россолимо с двух сторон. Нет чувствительности от паховых складок на боль, тепло, движения в суставах. Задержка

мочи и стула. Описать неврологические расстройства и установить локализацию поражения.

6. Значительное снижение силы и атрофия мышц левой кисти. Карпорадиальный рефлекс отсутствует. Нет чувствительности на внутренней поверхности левого плеча и предплечья. Назовите синдромы и топический диагноз.

7. Значительная слабость ног. Тонус мышц бедер повышен по спастическому типу. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические стопные рефлексы с обеих сторон. Отсутствует поверхностная чувствительность с уровня пупка. Невозможность произвольного мочеиспускания и дефекации с возникновением необходимости катетеризации мочевого пузыря. Установить название неврологических расстройств. Установить топический диагноз.

8. Боль по передней поверхности правой ноги сопровождается снижением силы в разгибателях голени. Установлена атония и атрофия четырехглавой мышцы правого бедра. Нет правого коленного рефлекса. Болевая и температурная гипестезия на передней поверхности бедра, колена и переднезадней поверхности голени справа. Установить название расстройства и локализацию поражения.

9. Интенсивная жгучая боль по задненаружной поверхности левой голени и во всей голени. Походка «шлепающая», левая стопа не разгибается и приведена. Нет левого ахиллова рефлекса. Болевая и температурная гипестезия на задненаружной поверхности голени и на всей стопе. Симптом Ласега. Как называются неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

10. Периферический паралич рук и центральный ног. Установить топический диагноз.

11. Активных движений в плечевом и локтевом суставах правой руки нет. Движения кисти не нарушены. Выявлена атония и атрофия мышц правого надплечья, дельтовидной и двуглавой мышц. Нет правого бицепс-рефлекса. Поверхностная чувствительность правого надплечья, наружного края правого плеча и предплечья отсутствует. Установить эпонимическое и функциональное название расстройств. Сформулировать топический диагноз.

12. Активных движений левой ноги нет. Спастический гипертонус левой ноги. Левый коленный и ахиллов рефлексы слева выше. Брюшных рефлексов слева нет. Патологический рефлекс Бабинского вызван слева. На уровне 5 ребра слева выявлено отсутствия болевой и температурной чувствительности. С уровня 7 ребра установлена поверхностная гипестезия справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

13. Нет активных движений правой ноги. Выявлена атрофия мышц. Фибриллярные подергивания в мышцах. Не вызывается коленный и ахиллов рефлексы. Назвать синдром. Установить топический диагноз.

14. Значительное снижение силы рук и ног. Тонус повышен в сгибателях рук и разгибателях ног. Бицепитальные, трицепитальные, коленные, ахилловы рефлексы высокие с клонусоидом. Установлены рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона, Шефера с обеих сторон. Выявлена полная анестезия с задней поверхности шеи симметрично. Невозможность произвольного мочеиспускания и запор. Описать синдромы. Установить топический диагноз.

15. Простреливающая боль в обеих ногах, больше правой, парестезии в голених, стопах. Поверхностная и глубокая анестезия стоп, голених, бедер и промежности. Недержание мочи. Дать название расстройства. Определить топический диагноз.

16. Установлен миоз, полуптоз с обеих сторон. Движения рук и ног отсутствуют. Атония и атрофия мышц надплечий и рук. Спастическое состояние мышечного тонуса ног. Бицепитальные, трицепитальные и карпорадиальные рефлексy не вызываются. Клонусы стоп. Брюшные рефлексy отсутствуют. Патологические рефлексy Бабинского, Россолимо, Гордона, Шеффера с обеих сторон. Полная анестезия с уровня ключиц. Остаточная моча и запор. Название неврологических расстройств и локализация поражения.

17. Глубокая слабость ног. Атрофия мышц голеней. Нет анального рефлексa. Ахилловы и подошвенные рефлексy отсутствуют. Выявляется болевая анестезия промежности, бедер, голеней и стоп. Задержка мочи, запор. Название расстройств. Топический диагноз.

18. Нет движений рук и ног. Спастическое повышение мышечного тонуса рук и ног. Высокие сухожильные и надкостничные рефлексy рук и ног. Клонусы надколенников и стоп. Поверхностные брюшные рефлексy отсутствуют. Патологические рефлексy Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Защитные рефлексy. Полная анестезия с затылка. Задержка мочи, запор. Выявлена инспираторная одышка. Икота. Обосновать топический диагноз.

19. Ломящие боли кистях и более в стопах. Нет чувствительности на кистях и стопах в зонах «перчаток» и «носков». Отсутствуют лучезапястные, ахилловы и подошвенные рефлексy. При стоянии и ходьбе грубое пошатывание, усиленное закрыванием глаз. Название частных неврологических расстройств и общего клинико-неврологического синдрома. Название локализации поражения.

20. Полная анестезия в промежности. Анальный рефлекс не вызывается. Недержание мочи и кала. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз.

21. Интенсивные простреливающие боли в ногах при кашле и чихании. Движения ног отсутствуют. Атрофия мышц ног. Полная анестезия ног и промежности. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологические стопные рефлексы не вызываются. Недержание мочи и кала. Описать синдромы. Локализовать поражение.

22. Постоянная ломящая боль и отсутствие чувствительности в широком полупоясе от пупа до паховой складки. Средний и нижний поверхностные брюшные рефлексы отсутствуют. Описать неврологические расстройства. Установить топический диагноз.

23. Болевая и температурная чувствительности на правой руке отсутствуют. Не вызываются трицепитальный, карпорадиальный, бицепитальный рефлексы справа. Описать неврологические нарушения. Установить локализацию поражения.

24. Нет тактильной, мышечно-суставной и вибрационной чувствительности с уровня реберной дуги справа. Брюшные поверхностные рефлексы справа отсутствуют. Рефлексы ног равномерные симметричные. Нарушение выполнения точных движений правой ногой. Описать неврологические синдромы и топический диагноз.

25. Левосторонняя гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия и гемиальгия. Крайне неприятная боль в левой половине тела не снимается анальгетиками, усиливается ночью. Название расстройства. Локализация поражения.

26. Левосторонняя гемианестезия, атаксия и левосторонняя центральная гомонимная гемианопсия. Установить топический диагноз.

27. Центральный глубокий левосторонний гемипарез. Проводниковая тотальная гемианестезия. Центральная левосторонняя гомонимная гемианопсия. Установить топический диагноз.

28. Сильная жгучая боль и пузырьковые высыпания на правой половине лица. Название неврологического расстройства. Локализация поражения.

29. Правосторонняя аносмия. Слизистая носа обычная. Название расстройства. Локализация поражения.

30. Птоз справа. Расширенный правый зрачок. Нет реакции на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи. Глазное яблоко не двигается внутрь и вверх. Название расстройства. Локализация поражения.

31. Правое глазное яблоко повернуто к носу и не отводится. Двоение предметов при взгляде вправо. Название расстройства и локализация поражения.

32. Двоение предметов при взгляде вниз. Ограничение движения правого глазного яблока книзу. Название синдрома. Локализация поражения.

33. Паралич всех мимических мышц справа: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перетянут влево, расширена глазная щель, не закрывается глаз (лагофтальм), симптом Белла. Жидкая пища вытекает из угла рта. Лоб не наморщивается справа. Слезотечение из правого глаза. «Дребезжание» в правом ухе. Вкус соли на передних 2/3 правой половины языка не воспринимается. Название расстройств. Локализация поражения.

34. Мимический паралич слева: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перекошен, расширена левая глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, лоб не наморщивается слева. Слезотечение слева. Слух и вкус не нарушены. Описать неврологические синдромы. Локализовать поражение.

35. Мимический паралич слева. Опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла. При наморщивании складки не образуются слева. Слезотечение слева. Слух не нарушен. Нет вкуса на передних

2/3 языка справа. Боль и болезненность с области сосцевидного отростка. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

36. Мимический паралич справа – рот перекошен влево, угол рта опущен, носогубная складка сглажена, глазная щель расширена, лагофтальм, симптом Белла, складки лба не образуются. Сухость правого глаза. Слух «извращен» справа. Нет вкуса на передних 2/3 языка справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

37. Мимический паралич справа. Опущен правый угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, не наморщивается правая половина лба. Сухость правого глаза. Нет вкуса на передних 2/3 языка справа. Глухота справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

38. Мимический паралич справа. Опущен правый угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, не наморщивается правая половина лба. Слезотечение справа. Дизакузия справа. Снижена сила левых руки и ноги. Тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателей голени повышен. Сухожильные и надкостничные рефлексy слева повышены. Брюшные рефлексy слева отсутствуют. Патологический рефлекс Бабинского слева. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

39. Шум и звон в левом ухе, снижение слуха слева, ощущение покачивания предметов. Костная проводимость слева укорочена. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

40. Язык неподвижен. Атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Речь понимает, отвечает жестами, мимикой. Глотание сохранено. Название расстройства. Локализация поражения.

41. Отклонение языка влево. Атрофия левой половины языка. Фибриллярные подергивания в атрофированной половине. Название расстройства. Локализация поражения.

42. Сужение левой глазной щели и зрачка. Асимметрия выстояния глазных яблок. Рациональное и эпонимическое название расстройства. Локализация поражения.

43. Голова свисает на грудь, повороты головы невозможны. Плечи опущены, резко затруднены пожатие плечами и поднятие рук выше горизонтального уровня. «Крыловидные лопатки». Атрофия грудинно-ключично-сосковых и трапециевидных мышц. Назвать расстройства. Обосновать топический диагноз.

44. Жгучие боли в правой половине лица, гиперемия и потливость ее. Асимметрия зрачков и глазных щелей. Гиперемия и гиперпатия правой половины лица и шеи. Асимметрия пульса и артериального давления. Обосновать топический диагноз.

45. Жалобы на интенсивные приступообразные боли, длящиеся несколько минут. Повышение чувствительности в области корня языка, мягкого неба, миндалина и глотки справа. Приступы болей провоцируются разговором, смехом, кашлем, зевотой и приемом пищи. Рефлексы с мягкого неба и задней стенки глотки сохранены. Определить и обосновать топический диагноз.

46. Речь глухая, неясная, смазанная с гнусавым оттенком. Может есть только мягкую пищу. Жидкая пища вызывает кашель и поперхивание. Движения языка ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо неподвижно. Дужковые, глоточные рефлексы и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Назвать расстройство. Обосновать топический диагноз.

47. Правосторонняя гемианопсия с «избыточным полем зрения». Глазное дно нормальное. Реакция зрачков на свет со слепых половин сетчатки вызывается. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Определить локализацию поражения.

48. Правосторонняя гемианопсия, отсутствие реакции зрачков на свет со слепых половин сетчатки. Диски зрительных нервов бледные, границы четкие. Название расстройства. Установить локализацию поражения.

49. Общий судорожный припадок начинается с поворота головы и глаз вправо. Название расстройства. Установить локализацию поражения.

50. Кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Название расстройства. Локализация поражения.

51. Периодически возникают подергивания правой руки и мышц правой половины лица в течение 15-20 секунд, не сопровождающиеся потерей сознания. Определить локализацию поражения. Как называются подергивания?

52. Диплопия, частичный птоз и расширение правого зрачка. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, ограничены движения его внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения левых конечностей, повышен тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателей голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы выше слева, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского и кистевой рефлекс Россолимо слева. Как называется расстройство? Установить топический диагноз.

53. Наблюдается уклонение языка влево, атрофия мышц левой его половины, центральный паралич правых конечностей. Название синдрома. Определить топический диагноз.

54. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния; дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остроумиям; неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптомы противодержания. Определить название расстройства и топический диагноз.

55. У правши отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Установить топический диагноз.

56. Утрачены болевая и температурная чувствительность на правой половине лица, отсутствуют все виды чувствительности слева с области затылка книзу (на шее, туловище, конечностях). Определить название расстройства и топический диагноз.

57. Битемпоральная гетеронимная гемианопсия. Диски зрительных нервов бледные. Определить локализацию поражения.

58. Походка мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Речь монотонная, тихая, затухающая. Наблюдается стереотипный тремор пальцев рук типа «скатывания пилюль». Тонус мышц конечностей повышен в сгибателях и разгибателях рук и ног по типу «стиральной доски». Установить название расстройства и топический диагноз.

59. Наблюдаются быстрые, аритмичные, непроизвольные движения конечностей и туловища. Ребенок гримасничает, чмокает, непроизвольно высовывает язык. Тонус мышц рук и ног снижен. Определить название расстройства и топический диагноз.

60. Не способен самостоятельно одеться, не может пользоваться посудой, самостоятельно есть и элементарно обслуживать себя. Больного одевают, кормят. Как называется расстройство? Установить топический диагноз.

61. Обнаружен горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны, грубее вправо. Походка шаткая. Больной ходит, широко расставляя ноги, пошатывание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга уклоняется в правую сторону. Дрожание при выполнении направленных движений правыми рукой и ногой. Несоразмерность ритмичных движений с избыточной амплитудой справа. Изменился почерк и

стал крупным, размашистым. Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Чувствительность всех видов сохранена. Слабости мышц нет. Назвать расстройство. Обосновать топический диагноз.

62. Отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает одинаково во все стороны. Сухожильные и надкостничные рефлексy низкие. Снижен тонус мышц рук и ног равномерно. Чувствительных нарушений не найдено. Определить название расстройства и установить топический диагноз.

63. Скандированная – растянутая, «рубленая» - речь. Горизонтальный нистагм, шаткая и неустойчивая походка. Неустойчивость в пробе Ромберга. Дрожание при выполнении пальце-носовой, указательной и пяточно-коленной проб симметричное. Избыточность амплитуды при ритмичных движениях с обеих сторон, изменение почерка. Снижение тонуса мышц рук и ног. Диффузное снижение сухожильные и надкостничные рефлексy. Сила рук и ног достаточная. Чувствительных расстройств не установлено. Назвать расстройства и установить локализацию поражения.

64. Ограничение полей зрения по периферии с обеих сторон – сужение полей зрения, «трубчатое зрение» Прямая и содружественная фоторекции сохранены. Диски зрительных нервов розовые симметричные. Ход сосудов не изменен. Установить топический диагноз.

Клиническая диагностика

65. Пациент А., 35 лет. Жалобы на ограничение разгибания правой кисти, онемение тыла кисти. Расстройство обнаружено сразу после сна в вынужденном положении после алкогольного эксцесса. Известна склонность больного к систематической алкоголизации. Кисть правой руки "свисает", невозможно разгибание кисти. Пальцы кисти слегка согнуты в кулак. Невозможно разгибание пальцев, отведение 1 пальца. Гипестезия тыла кисти.

Слабость разгибателей предплечья. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

66. Пациент Б., 35 лет. Жалуется на слабость и похудание рук и ног, Около 4 месяцев отмечает непостоянное затруднение глотания, "гнусавость" голоса. Болен "без причины" в течение 2 лет с постепенным нарастанием расстройств. В неврологическом состоянии. Фибрилляции языка. Дужковые рефлексy не вызываются. Речь с носовым оттенком. Поперхивание при глотании. Жидкая пища попадает в нос. Смешанный тетрапарез с гипотрофией мышц. Миофибрилляции надплечий и рук. Двусторонние патологические стопные знаки. МРТ шейного отдела спинного мозга без патологии. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

67. Пациент В., 17 лет. Жалобы на онемение надплечий и левого плеча, длительно не рубцующийся ожог области правой лопатки, похудание рук. Снижена болевая и температурная чувствительность левой половины лица, надплечий с обеих сторон и левой руки. Суставно-мышечное чувство сохранено. Рубцы на коже левого плеча от якобы ожогов при прикосновении к батарее водяного отопления. Сила мышц сохранена. Сухожильные рефлексy ног равномерно повышены. Патологические стопные знаки. Деформация левых лучезапястного и локтевого суставов. МРТ шейного отдела спинного мозга: расширение центрального канала. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

68. Г., 44 лет. 2 месяца тому назад получил ножевой удар в спину, после чего возникло расстройство движений в ногах, нарушение мочеиспускания. От операции по поводу травмы сразу отказался. Расстройство постепенно регрессировало. Ровный кожный рубец длиной 4 см кнутри от правого угла лопатки. Выраженная слабость правой ноги. Патологические стопные рефлексy справа. Болевая анестезия с уровня рёберной дуги слева. Тазовой дисфункции нет. МРТ грудного отдела спинного мозга: очаговые кистозные изменения на уровне позвонка Th7. Вопро-

сы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

69. Пациент Г., 63 лет. Жалобы на кратковременные приступы острой интенсивной боли в правой половине лица, преимущественно в щеке. Болен около 4 лет, обращался к стоматологу и лишился половины зубов. Учащение приступов связывает с переохлаждением, эмоциональным напряжением, а особенно с прикосновением к лицу. Принимал финлепсин по совету приятеля и отметил некоторое уменьшение интенсивности приступов. Двигательных, координаторных расстройств не установлено. Расстройств чувствительности нет, кроме болезненной кожной области снаружки от правого угла рта, прикосновение к которой вызывает типичный для больного болевой приступ. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

70. Пациент Д., 21 года. Третьего дня ехала в машине с опущенным окном и "замерзла". Вчера утром проснулась с ощущением неловкости в лице и обнаружила асимметрию щек, небольшую боль за правым ухом. Сегодня утром лицо "перекосило", правый глаз закрывается не плотно, при еде через угол рта выливается чай. Прикусила внутреннюю поверхность щеки. При исследовании обнаружено несмыкание век справа, не отведение правого угла рта при улыбке и оскале. Болезненность перкуссии сосцевидного отростка справа. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

71. Е., 32 лет. Неделю назад в алкогольном опьянении получил удар ножом в среднюю треть правого предплечья. Рана не обработана. Обратился в связи с возникновением жгучих болей в кисти и пальцах. В области передней поверхности предплечья справа резаная рана с неровными краями. Снижена сила сгибателей правой кисти и пальцев, больше 1-3. Болевая анестезия 1,2,3 пальцев, тенара и ладонной поверхности кисти. Цианоз и отечность кожи кисти и пальцев. Прикосновение к кисти вызывает распространённую парестезию с неприятным жгучим оттенком.

Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

72. Пациент Ж., 28 лет. Вчера утром упала на стекло, поранив руку в нижней трети предплечья. Возникло онемение в пальцах левой кисти. При исследовании – рана левого предплечья. Ограничено сгибание 4 и 5 пальцев, большой палец не приводится. Снижена болевая чувствительность на тыльной поверхности 3-5 пальцев и ладонной поверхности 4 и 5 пальцев. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

73. Пациент З., 56 лет. Около 2 лет во время ночного сна возникало чувство показывания и неприятного онемения пальцев рук, в связи с чем вынуждена была встать и долго ходить до прекращения ощущений. В последние 1,5 месяца появилась отечность кисти. При исследовании обнаруженная пастозность кистей, болевая гипестезия ладонной поверхности 1-3 пальцев с обеих сторон. Болезненность глубокой пальпации карпальной связки с провокацией парестезий в пальцах. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

74. Пациент И., 43 лет. Жалобы на онемение тыла стопы, «отвисание» стопы, в связи с чем нарушилась походка. Расстройство возникло неделю назад, накануне долго работал «на корточках». Гипотрофия передней и наружной групп мышц правой голени. Правая стопа отвисает. Невозможно тыльное сгибание пальцев стопы и пальцев. Понижение чувствительности на наружной поверхности голени и тыла стопы. Болезненность головки малоберцовой кости. Ахиллов рефлекс сохранен. При стимуляционной электронейромиографии определяется снижение скорости проведения импульса по правому общему малоберцовому нерву. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

75. К., 53 лет, Жалобы на ощущение жжения и онемения по передненаружной поверхности правого бедра. Больна не-

сколько месяцев без причины. Вес тела 123 кг. Болезненность наружного края паховой складки. Болевая гипестезия с гиперпатией наружно передней поверхности бедра. Двигательных расстройств нет. Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

76. Л., 23. Жалуется на ограничение движений в руках и чувство онемения в них. Участвовал в лыжном переходе, неся тяжелый рюкзак. Через сутки по окончании похода возникла слабость в руках. Астеничен. Активные движения рук ограничены, снижена сила дельтовидных мышц, болезненность надключичных ямок. Болевая гипестезия в зонах С5-С6 симметрично. Сухожильные рефлексы рук не вызываются. Двигательных, чувствительных расстройств в ногах не найдено. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

77. М., 32 лет. Жалобы на онемение кистей рук, стоп, расстройство походки - шаткость при ходьбе, особенно в сумерках. Имеет многолетний стаж работы на фармацевтическом производстве. Несколько раз возникали эпизоды беспричинной диареи со спастическими болями в животе. Болевая и суставно-мышечная гипестезия кистей и стоп. Атаксия с нарушением мелких движений в кистях. Западение межкостных промежутков кистей. Снижена сила мышц рук. Болезненность пальпации проекции срединных нервов на предплечье. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

78. Н., 43 года. Жалобы на тошноту, рвоту, головную боль, боли в животе, невозможность удерживать голову вертикально, слабость в руках и ногах, онемение рук, пошатывание при ходьбе. По ошибке утром вместо этанола употребил пол стакана раствора хлорофоса. Миоз с фотоарефлексией. Гнусавый оттенок голоса. Дужковые рефлексы не вызываются. Поперхивается при глотании. Фибриллярные подергивания мышц надплечий. Голова наклонена вперед, долго голову не удерживает. Слабость мышц рук и ног, преимущественно кистей и стоп. Сухожильные рефлексы не вызываются. Мышечный тонус рук и ног снижен. Бо-

левая и суставно-мышечная гипестезия кистей и стоп. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

79. О., 29 лет. Жаловалась на слабость в ногах, затруднение глотания, нечеткость речи. Переведена в неврологическое отделение из инфекционного, где лечилась по поводу дифтерии зева. На 12 день заболевания возникла слабость в ногах, “гнусавость” голоса. Глоточный рефлекс отсутствует. Носовой оттенок голоса. Свисание небной занавески. Вялый парез ног. Гипотония и гипотрофия голеней. Сухожильные рефлексy не вызываются. Гипестезия кистей и стоп. Мышечный тонус снижен. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

80. Пациент П., 38 лет. Жалобы на слабость и боль в ногах, неуверенность при ходьбе в сумерках, нестерпимые позывы на мочеиспускание, головные боли при перемене положения тела. Систематически применяется инсулин по поводу сахарного диабета. Периферический парепарез ног, преимущественно дистальный. Снижение чувствительности на стопах с преобладанием расстройства глубокой чувствительности. Пошатывание при ходьбе, при стоянии с закрытыми глазами. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

81. Пациент Р., 44 лет. Жалобы на неуверенность и пошатывание при ходьбе, слабость и онемение ног, снижение памяти. Ежедневно выпивает 350 мл и более крепких алкогольных напитков, утром опохмеляется. 2-4 раз в месяц алкогольные эксцессы до 1,5 литров алкоголя, в последнее время часто употребляет суррогаты алкоголя. Потерял престижную работу, развелся, живет у случайных собутыльников. За последний год заметил нарастающее дрожание в руках, в связи с чем расплескивает употребляемый напиток. Испытывает затруднения в общении, не понимает смысл событий вне алкогольного интереса. Руки и ноги гипотрофичны. Болевая гипестезия с гиперпатией кистей и стоп. Гиперемия и синюшность кожи стоп и кистей. Мышечный тонус

низкий. Нарушена координация мелких движений в кистях. Статическая и динамическая атаксия. Интеллект снижен. Безучастен и в беседе оживляется только при разговоре об алкоголе. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

82. С., 22 лет. Жалобы на острую опоясывающую жгучую боль в левой половине грудной клетки, мокнущие высыпания в подмышечной области слева. Соматически здоров. В подмышечной области на участке 10×15 см участок гиперемии с пузырьковыми белесыми высыпаниями, частично покрытые корками. На уровне 5 и 6 ребра слева выявляется болевая гипестезия с гиперпатией и жгучим оттенком. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

83. Пациент А, 16 лет. С раннего детства отмечалась общая мышечная слабость, главным образом ног, похудание мышц ног. Стало известно, что у отца и деда была мышечная слабость, и они умерли рано. Соматической патологии нет. Слабость мышц ног, преимущественно разгибателей стоп. Похудание мышц голени с формированием “когтистых стоп”. Легкая болезненность крупных нервных стволов. Снижение всех видов чувствительности в стопах. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

84. У., 57 лет. Жалобы на скованность и замедленность движений, дрожание рук, головы. Четыре года назад без видимой причины отмечал нарастающее дрожание сначала в левой, потом в правой руке. Около года возникла замедленность движений, слюнотечение. Лицо маскообразное, Кожа сальная, слюнотечение. Походка скованная. Мышечный тонус повышен, отмечено “зубчатое” напряжение. Речь замедленная. Тремор рук типа “скачивания пилюль” Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

85. Ф., 29 лет. Госпитализирован в экстренном порядке в неврологическое отделение в связи с нарастающей слабостью ног, затем рук. При наблюдении в отделении обнаружено рас-

стройство речи и глотания. Соматической патологии не найдено. Менингеальных знаков нет. Дизартрия. Слабость жевательных мышц. Фибриллярные подергивания языка. Периферический тетрапарез, преимущественно в ногах. Болевая гипестезия рук до локтей, ног – до паховых складок. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

86. Больной Ч., 44 лет. Жалобы на ломящую боль в правой руке, отек и синюшность кисти. Некоторое время отмечал боль и ограничение движений в шее. Соматически здоров. Болезненность при пальпации грудинной головки грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Слабость мышц правой руки, синюшность, отечность правой кисти и предплечья. Поворот головы влево вызывает усиление боли и отечности руки. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

87. Пациент Щ., 36 лет. Жалобы на нарушение движений в правой руке при письме, нарушение сна в виде ночных пробуждений. Расстройство движений в кисти и нарушение почерка возникает только при выполнении служебных обязанностей. Впервые отметила изменение почерка после серии служебных “неприятностей”. Двигательных, чувствительных, координаторных расстройств не установлено. Почерк изменен. При письме установка кисти не естественная, мышцы кисти напряжены. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

88. Пациент А-н., рабочий. При подъеме тяжести внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Утратил сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Травму головы отрицает. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Температура 38°. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели, несмотря на запреты. Общая гиперестезия. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Птоз справа.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка отсутствует, левого живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты - $10 \cdot 10^9$ /л. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок - 1,2 г/л, цитоз - 240 в 1 мкл (эритроциты). МРТ - наружная гидроцефалия. Спустя две недели после попытки встать с постели у больного усилилась головная боль и увеличилась ригидность мышц затылка. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить предварительный клинический диагноз.

89. Пациент Ф., 68 лет. Вчера утром, после сна, почувствовала онемение и слабость правой ноги, а затем правой руки. В течение суток слабость их постепенно нарастала и сменилась параличом. Заболеванию предшествовали головная боль, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность. Объективно: границы сердца расширены в обе стороны, тоны его глухие. АД - 110/60 мм. рт. ст. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту. Определяется правосторонняя гемианопсия. Глазное дно: границы сосков зрительных нервов четкие, артерии сетчатки сужены, извиты, склерозированы. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, язык при высовывании уклоняется вправо. Активные движения правых конечностей отсутствуют, тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти, а также в разгибателе голени справа. Сухожильные и надкостничный рефлекс справа выше, чем слева, брюшные справа - отсутствуют. Вызываются патологические рефлекс Бабинского и Оппенгейма справа. Правосторонняя гемианестезия. Анализ крови: СОЭ - 6 мм/ч, лейкоциты - $7 \cdot 10^9$ /л, протромбиновый индекс - 1,16, АЧТВ = 20 секунд; общий холестерин - 7,8 ммоль/л. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, белок - 0,3 г/л, цитоз - 2 клетки в 1 мкл. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены расширение границ сердца и усиление тени грудной аорты. При краниографии патологии не выявлено. РКТ - гипointенсивный очаг в левой лобной доле. Описать клинические синдромы.

Определить и обосновать топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.

90. Пациент К., 16 лет, родился в срок, развивался нормально. Заболел в трехлетнем возрасте, когда после введения противокоревой сыворотки возник эпилептический припадок. В последующем припадки повторялись 1 - 2 раза в месяц. Поступил в клинику для обследования. Патологии внутренних органов не выявлено. Признаков очагового поражения нервной системы нет. Глазное дно не изменено. В клинике наблюдался припадок, длившийся около трех минут. Во время припадка лицо стало багровым с цианотичным оттенком, изо рта выделялась кровянистая пена, зрачки широкие, на свет не реагировали, наблюдались тонические и клонические судороги конечностей. После припадка уснул. На следующий день отмечены следы прикуса бокового края языка. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л. Спинномозговая жидкость: давление - 180 мм вод. ст., белок — 0,33 г/л, цитоз — 4 клетки в 1 мкл (лимфоциты). На ЭЭГ обнаружены единичные острые волны билатерально-синхронно в лобных отведениях в обоих полушариях. При краниографии патологии не обнаружено. МРТ – множественные мелкие дистрофические очаги в белом веществе полушарий головного мозга. Описать неврологические синдромы. Установить клинический диагноз.

91. Пациент И., 52 лет. Три года назад внезапно на улице закружилась голова, появилась общая слабость и наступила кратковременная потеря сознания. Придя в сознание, обнаружил онемение и неловкость движений левой руки, которые исчезли спустя несколько часов. Через полгода вновь возникли головокружение, шум в ушах, общая слабость и кратковременная потеря сознания. В течение суток испытывал затруднение приема жидкой пищи. Год назад появилась и стала постепенно нарастать слабость рук и ног. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Функции черепных нервов не нарушены. Сила рук и ног снижена. Отмечается снижение тонуса мышц рук и повышение тонуса разгибателей голеней. Атрофия мышц верхних конечностей, особенно дистальных их отделов. Сухожильные

и надкостничные рефлексы рук не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы повышены, определяется клонус стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлекс Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Чувствительность сохранена. Спинномозговая жидкость: белок — 0,36 г/л, цитоз — 7. Проходимость субарахноидального пространства не нарушена. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника определяется умеренный остеохондроз, спондилёз. УЗДГ сосудов шеи: косвенные признаки шейного остеохондроза с компрессией позвоночных артерий с двух сторон. МРТ — множественные мелкие дистрофические очаговые изменения в белом веществе полушарий головного мозга. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить клинический диагноз.

92. Ж., 32 лет, четыре года назад появилось онемение пальцев левой руки. Постепенно стала худеть левая, а затем и правая кисть. Снизилась сила рук. Левая глазная щель сузилась. Левое надплечье опустилось. Грудной отдел позвоночника искривился. Объективно: сколиоз грудного отдела позвоночника. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Определяются синдром Горнера слева, снижение силы рук, главным образом кистей. Отмечаются атония и атрофия мышц дистальных отделов верхних конечностей. Сухожильные и надкостничные рефлексы рук не вызываются. Брюшные рефлексы слева снижены, коленный и ахиллов повышены. Патологический рефлекс Бабинского слева. Отсутствует болевая и температурная чувствительность на левой руке. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, белок—0,3‰, цитоз—2. Проходимость субарахноидального пространства не нарушена. На рентгенограммах позвоночника — сколиоз верхнегрудного отдела. МРТ — расширение центрального канала спинного мозга на уровне С3- С7 позвонков. Определить и обосновать топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.

93. Пациент Б., 63 лет, утром после сна почувствовал слабость левой руки и ноги, а также головокружение. Слабость их

прогрессировала, и в течение трёх дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом. Объективно: АД—110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца тихие. Снижена пульсация правой внутренней сонной артерии. Острота зрения: справа — 0,05; слева — 1,0,. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты. Опушен левый угол рта, язык уклоняется влево. Отсутствуют активные движения левой руки и ноги. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателе голени слева. Сухожильные и надкостничный рефлексy слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется гемиянестезия слева. Анализ крови: СОЭ—10 мм/ч, лейкоциты— $8 \cdot 10^9$ /л, протромбиновый индекс — 1,13, АЧТВ 25 сек, ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в левой области справа. При УЗДГ сосудов шеи и головы обнаружена закупорка правой внутренней сонной артерии на 3 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. МРТ - дегенеративные очаги в белом веществе передних отделов полушарий головного мозга с перифокальным отеком. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический и предварительный клинический диагнозы.

94. Пациент Ш, 48 лет, слесарь, в течение года страдает периодическими болями в пояснично-крестцовой области. Возникновение заболевания связывает с физической нагрузкой и переохлаждением. Три месяца назад после подъёма тяжести почувствовал сильную боль в пояснично-крестцовой области, распространяющуюся в правую ногу. Боль усиливалась при движении правой ноги, при кашле, натуживании и, несмотря на лечение, не уменьшалась. Объективно: напряжение длинных мышц спины в поясничной области, гипотония ягодичных мышц справа, правая ягодичная складка ниже левой. Коленные рефлексy равномерно повышены, ахиллов рефлекс справа снижен. Отмечена гипестезия по наружной задней поверхности правой голени и наружному краю стопы. Выраженная болезненность паравертебральных точек в поясничной области позвоночника. Симптомы натяжения

справа. При рентгенографии позвоночника обнаружено снижение высоты диска L5-S1. МРТ – протрузия диска L5-S1 вправо. Определить, где локализуется патологический очаг. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. .

95. Б-в., 66 лет, после простуды возникли стреляющие боли в левой половине лица и в ухе. Наутро к ним присоединились отек, краснота и пузырьковые высыпания. Отмечается гиперестезия левой половины лица. Сухожильные рефлексy оживлены, равномерны. МРТ – структурных изменений в мозге не выявлено. Установить клинический диагноз.

96. Пациент В., 52 лет, жалуется на онемение кистей, стоп, на боли, появившиеся в мышцах голениx месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти и пошатывание при ходьбе. Год назад лечился и не вылечился по поводу хронического алкоголизма. В состоянии: объем активных движений в конечностях ограничен. Снижена болевая чувствительность кистей и стоп. Гипотония мышц. Коленные и ахилловы рефлексy отсутствуют, рефлексy рук снижены. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Нарушено суставно-мышечное чувство 1 пальцах стоп. Походка «петушиная». Отечность стоп и кистей. В позе Ромберга неустойчив, неустойчивость при ходьбе усиливается в сумерки. Вассермана отрицательная. МРТ – асимметричная наружная и внутренняя гидроцефалия. Определить и обосновать топический и предварительный клинический диагнозы. Провести дифференциальный диагноз.

97. Пациент М., 33 лет, во время мытья окна разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. Сразу после травмы у нее возникло ограничение активных движений пальцев левой кисти. Болевая лечилась амбулаторно, однако, без эффекта. Спустя месяц появились резкие жгучие боли в области левой ладони. Уменьшение болей отмечалось лишь при обертывании кисти влажной салфеткой. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Определяется ограничение сгиба-

ния I—II и отчасти III пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев в кулак. Больная не может противопоставить большой палец остальным. Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности I—III пальцев. Наблюдается отёчность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму «обезьяньей». Бицепитальный, трицепитальный рефлексы вызываются, карпорадиальный справа снижен. При стимуляционной электронейромиографии левого срединного нерва определяется блок проведения на уровне предплечья. Описать клинические синдромы. Установить и обосновать топический и предварительный клинический диагноз.

98. Пациент К., 45 лет. Два года назад у него после волнения и употребления алкоголя внезапно возникла слабость правой руки, а утром - и правой ноги. Спустя неделю сила ноги восстановилась, оставалась незначительная слабость кисти. Через год вновь развился правосторонний гемипарез и нарушилась речь. Затем постепенно в течение месяца речь и сила ноги восстановились, оставалась лишь легкая слабость руки. Неделю назад у больного снизилась сила правой руки; он перестал разговаривать, сохранив способность понимать речь. Объективно: АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Пульсация левой внутренней сонной артерии на шее ослаблена. Расстройство речи — повторяет отдельный слог — «ба-ба», по просьбе выполняет действия левыми рукой и ногой, сглажена носогубная складка и резко опущен угол рта справа. Язык отклоняется в правую сторону, атрофии мышц языка нет. Активные движения правой руки отсутствуют. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа. Сухожильные и надкостничный рефлексы резко повышены справа, вызываются патологические «кистевые» рефлексы Россолимо и Бехтерева с этой же стороны. Выраженная гипестезия правой руки. Температура нормальная. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты— $8,4 \cdot 10^9$ в 1 мкл, протромбиновый индекс 1,0, АЧТВ 30 секунд. На ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биопотенциалов, преимущественно в левой лобной области. При УЗДГ сосудов шеи обнаружено сужение левой внутренней сонной артерии на 2 см выше

разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. РКТ — изменений не установлено. МРТ — очаг измененной мозговой ткани с перифокальным отеком в левой теменно-лобной зоне, смещение срединных структур мозга вправо. Определить локализацию поражения. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

99. Пациент М., 40 лет, страдает тромбофлебитом левой голени. Два дня назад внезапно «перекосило» лицо, появилось онемение и слабость в правых конечностях. Заболевание прогрессировало, и в течение 2—3 часов развился их паралич. Больная перестала говорить, однако понимание речи сохранилось. Объективно: АД—115/65 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Моторная афазия. Опущен правый угол рта, язык уклоняется вправо. Активные движения правых конечностей отсутствуют. Повышен тонус мышц Сгибателей руки и разгибателя голени справа. Сухожильные и надкостничные рефлексы справа выше, чем слева, брюшные—справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Выявляется снижение чувствительности на правой половине тела. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты — $8 \cdot 10^9$ в 1 л, протромбиновый индекс 1,2, АЧТВ 15 секунд. РКТ головного мозга: зона пониженного сигнала в правой лобной доле. Обосновать и сформулировать топический и предварительный клинический диагнозы. Провести дифференциальный диагноз.

100. Пациент Х., около 70 лет, доставлена в клинику бригадой скорой помощи. Сведений о развитии заболевания нет. Обнаружена без сознания на улице. В последующем было установлено, что она страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет. Объективно: кожные покровы лица кирпично-красного цвета, дыхание шумное. АД—240/140 мм рт. ст. Пульс 110 ударов в минуту, напряженный, ритмичный. Границы сердца расширены влево, тоны его приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Сознание отсутствует, голова и глаза повернуты вправо, зрачки широкие, вяло реагируют на свет, корнеальные рефлексы снижены. Опущен левый угол рта, щека парусит. Активные движения левых

конечностей отсутствуют. Тонус мышц слева снижен. Сухожильные и надкостничный рефлексy слева ниже, чем справа. Брюшные рефлексy отсутствуют. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уколы не реагирует. На следующий день появились кратковременные тонические судороги рук и ног, при этом руки сгибались в локтевых суставах, а ноги разгибались в коленных. Нарушился ритм дыхания и сердечной деятельности. АД — 90/60 мм рт. ст. Температура $-39,8^{\circ}$. РКТ головного мозга: зона повышенного сигнала в левой лобной доли, в боковых желудочках головного мозга. Описать синдромологию. Обосновать и установить топический и клинический диагнозы.

101. Пациент Р., 32 лет, полгода назад во время работы почувствовал как бы удар в голову. Сразу же появились сильная головная боль и тошнота. Постепенно головная боль уменьшалась, и через месяц, больной выздоровел. Два дня назад во время эмоционального напряжения вновь ощутил «удар» в голову. Внезапно возникла сильная головная боль, боль в правом глазу и межлопаточной области. Затем появились тошнота и многократная рвота. Был госпитализирован в клинику. Объективно: АД—115/70 мм рт. гг. Пульс 50 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. На глазном дне патологии не обнаружено. Отмечаются птоз и расходящееся косоглазие правого глазного яблока; движения его вверх, внутрь и вниз резко ограничены. Правый зрачок расширен, реакция его на свет вялая. Корнеальные рефлексy снижены. Пареза конечностей нет. Анализ крови: СОЭ—10 мм/ч, лейкоциты— $8 \cdot 10^9$ в 1 л. Спинномозговая жидкость с примесью крови, белок—0,66 г/л, цитоз—210 в 1 мкл (эритроциты). При РКТ головного мозга определяется гиперинтенсивный сигнал в базальных цистернах. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз.

102. Л., 68 лет, внезапно потерял сознание на несколько минут, упал. Придя в сознание обнаружил паралич левой руки и ноги. Госпитализирован. Объективно: тоны сердца чистые, ак-

цент 2-го тона на аорте. АД — 200/130 мм рт. ст. Пульс 56 ударов в минуту, напряженный, ритмичный. Определяются сглаженность носогубной складки и опущение угла рта слева. Язык отклоняется влево. Отсутствуют активные движения левых руки и ноги. Снижен тонус мышц левой руки и ноги. Сухожильные и надкостничные рефлексy снижены, особенно слева. Брюшные рефлексy отсутствуют. Вызываются патологические рефлексy Бабинского и Оппенгейма слева. Отсутствует чувствительность на левой половине тела. Выявляется левосторонняя гемианопсия. На глазном дне: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, артерии резко сужены и извиты. В спинномозговой жидкости примесь крови. Анализ крови: СОЭ— 11 мм/ч, лейкоциты— $12 \cdot 10^9$ в 1 л. На РКТ головного мозга определяется очаг гиперинтенсивного сигнала перивентрикулярно в правом полушарии головного мозга. Определить топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.

.

103. Т., 42 лет, два года назад заметил подергивания в мышцах рук. Спустя год появились исхудание и слабость вначале правой, а затем и левой руки, возникло затруднение во время глотания, особенно жидкой пищи. Речь стала нечеткой, смазанной. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Речь гнусавая, дизартричная, возможен письменный контакт. Движения языка ограничены, отмечаются фибриллярные подергивания его мышц. Снижены глоточные рефлексy и рефлексy с мягкого неба. Снижена сила рук и ног. Атония и атрофия мышц верхних конечностей. Наблюдаются фибриллярные подергивания мышц плечевого пояса, рук и грудной клетки. Повышен тонус разгибателей голеней, бицепитальный рефлекс справа снижен. Трицепитальные, карпорадиальные, коленные и ахилловы рефлексy повышены; клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексy отсутствуют. Вызываются патологические рефлексy Бабинского, Оппенгейма и Россолимо с обеих сторон. Чувствительность сохранена. Анализ крови и мочи без особенностей. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника отмечаются умеренные явления остеохондроза. Описать клинические

синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. . Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.

104. Н., 57 лет, в течение года беспокоят боли в пояснично-крестцовой области. Два дня назад во время подъема тяжести возникла сильная боль в пояснично-крестцовой области и в обеих ногах. На следующий день появились слабость нижних конечностей, задержка мочеиспускания и дефекации. Внутренние органы не изменены. Определяется слабость ног, преимущественно дистальных их отделов. Мышечный тонус снижен. Коленные, ахилловы и подошвенные рефлексy отсутствуют. Чувствительность на задненаружной поверхности ног снижена, в области промежности повышена. Симптомы натяжения корешков пояснично-крестцового отдела Ласега, Нери, Дежерина умеренно выражены. При люмбальном проколе выявлен блок. Спинномозговая жидкость: белок — 3,3 г/л, цитоз — 6 клеток в 1 мкл (лимфоциты). На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника выявлен умеренный остеохондроз. МРТ поясничного отдела позвоночника: задняя грыжа L3-L4 диска с выраженной компрессией дурального мешка. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить и обосновать клинический диагноз.

105. Пациент К., 45 лет, тракторист. В течение года страдает периодическими болями в пояснично-крестцовой области. Боли возникали после подъема тяжести и переохлаждения, однако после лечения исчезали. Три дня назад во время работы появилась сильная боль в пояснично-крестцовой области, распространяющаяся в ноги. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Выраженный сколиоз поясничного отдела позвоночника вправо. Резкая болезненность в паравертебральных точках поясничной области с обеих сторон. Длинные мышцы Спина напряжены. Активные движения туловища в поясничном отделе ограничены из-за боли. Гипотония мышц голени. Отсутствуют ахилловы рефлексy. Гипестезия на задненаружной поверхности голени, наружном крае стоп. Симптомы натяжения Ласега, Нери. Спинномозговая жидкость: белок — 0,33 г/л, цитоз — 5 клеток в 1 мкл (лимфоциты). На рентгено-

граммах позвоночника обнаружен остеохондроз поясничного отдела. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: задняя грыжа L5-S1, распространяющаяся в межпозвонковые отверстия с обеих сторон. Обосновать топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

106. Пациент В., 28 лет, после сна почувствовал онемение и слабость левой кисти. Накануне вечером употреблял алкоголь, как заснул, не помнит. Объективно: патологии внутренних органов нет. «Свисающая» кисть. Не может разогнуть кисть, пальцы, а также отвести большой палец. Сила левой кисти уменьшена. Снижены чувствительность на тыльной поверхности большого и указательного пальцев, трицепитальный и карпорадиальный рефлекс слева. При стимуляционной электронейромиографии определяется снижение скорости проведения по сенсорным волокнам левого лучевого нерва. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

107. Пациент Д., 46 лет, в течение трех месяцев беспокоят сильные боли по передней поверхности правого бедра, колена и голени. Боли возникли после падения на правое колено. Объективно: ходьба затруднена из-за невозможности разгибания голени в коленном суставе. Отмечается атрофия четырехглавой мышцы бедра. Правый коленный рефлекс не вызывается. Снижена чувствительность на передней поверхности бедра и на передневнутренней поверхности голени справа. Симптомы натяжения Мацкевича и Вассермана. На рентгенограммах правого бедра и коленного сустава патологии не обнаружено. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

108. К., 12 лет, от первых родов. Период беременности у матери протекал нормально, роды своевременные, но стремительные. Ребенок родился в состоянии асфиксии. На 5-е сутки после рождения у него развился судорожный припадок. В последующем приступы стали повторяться 2 - 3 раза в год. Проявилась задержка интеллектуального и физического умственного разви-

тия. Приступ начинается с хаотических движений правой руки или с поворота головы и глаз вправо. Затем синее, выделяется кровянистая пена, появляются генерализованные симметричные судороги рук и ног. Глазное дно нормальное. Опущен правый угол рта. Сила правой руки снижена. Тонус мышц повышен в сгибателях правого предплечья. Сухожильные и надкостничные рефлексы справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы справа снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского справа. Чувствительность сохранена. Анализ крови и мочи без особенностей. На ЭЭГ регистрируется дезорганизация основных биоритмов, на фоне которой выявляются острые волны, преимущественно в левой лобной области. Обосновать и установить топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

109. Пациент Ж., 17 лет. Заболевание началось два года назад, когда появился приступ острой головной боли. В последующем приступообразные головные боли возникали ежемесячно. Три дня назад развился общий судорожный припадок с потерей сознания. На следующий день появились подергивания левой стопы, длившиеся до минуты. В течение дня возникли четыре аналогичных приступа без потери сознания. Патологии внутренних органов не выявлено. Опущен левый угол рта, язык отклоняется вправо. Рефлексы орального автоматизма. Острота зрения 1,0. Застойные диски зрительных нервов. Сила рук и ног достаточная. Сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, слева выше, чем справа. Патологический стопный рефлекс Бабинского слева. Наблюдали подергивания левой стопы с последующей генерализацией судорог и расстройством сознания. Анализ крови: СОЭ — 8 мм/ч, лейкоциты — $8 \cdot 10^9$ /л (эозинофилы — 7%). ЭЭГ: дезорганизация основных биоритмов и единичные острые волны в лобных областях симметрично. Спинномозговая жидкость: белок — 1,6 г/л, цитоз — 149 в 1 мкл (лимфоциты), МРТ головного мозга: в правой лобной доле определяется зона гипоинтенсивная на T2 ВИ с капсулой; реакция связывания комплемента с цистицерковым антигеном резко положительная. Описать клинические синдромы. Обосновать топический диа-

гноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

110. И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД — 155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный. Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничный рефлексy слева выше, чем справа. Брюшные рефлексy слева снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. РКТ головного мозга: зона повышенного сигнала в правой лобной доле. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

111. Щ., 28 лет. В результате травмы три месяца назад у него возник вывих правого плеча в плечевом суставе с ограничением движений в плече. После вправления вывиха плеча движения руки не восстанавливаются. Активные движения правого плечевого сустава резко ограничены, не может согнуть правое предплечье в локтевом суставе, движения лучезапястного суставов сохранены. Атония и атрофия дельтовидной и двуглавой мышц справа. Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы не вызывается. Снижена чувствительность на наружной поверхности надплечья, плеча и предплечья справа. Определить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

112. Д., 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, перио-

дически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохраненным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения - яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Температура 36,7°. Пороз спинки турецкого седла. МРТ головного мозга: в правой затылочной доле определяется зона повышенного сигнала на T2-ВИ, изоинтенсивная на T1-ВИ с перифокальным отеком. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

113. Пациент Г., 10 лет, полгода назад утром, после сна, почувствовал сильную боль в затылке. Спустя 1 - 1,5 часа боль прекратилась, но потом периодически приступообразно стала повторяться. Последние два месяца появились несистемное головокружение и пошатывание при ходьбе. Постепенно приступы головной боли стали более продолжительными и интенсивными. Иногда они сопровождались рвотой, после которой самочувствие якобы несколько улучшалось. Из анамнеза установлено, что в возрасте 5 лет перенес корь, последние 2 года неоднократно болел ангиной. Объективно: сознание сохранено. Патологии внутренних органов не выявлено. Температура нормальная. Неврологическое состояние: острота зрения на оба глаза 0,7, поля зрения не ограничены. Застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм симметрично в обе сторо-

ны. Сила левых конечностей снижена. Тонус мышц правой руки и ноги несколько снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексy слева живее, чем справа. Кожные брюшные рефлексy слева вызываются хуже. Патологический рефлекс Бабинского слева. Проба Ромберга выявляет пошатывание преимущественно в правую сторону. При ходьбе даже с открытыми глазами пошатывается. При пальценосовой и указательной пробах отмечается помахивание и нерезко выраженное интенционное дрожание справа. Адиадохокинез и гиперметрия справа. Правой ногой неуверенно выполняет пяточно-коленную пробу. Чувствительность сохранена. Анализ крови: СОЭ — 10 мм/ч, лейкоциты — $7 \cdot 10^9$ /л. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. На краниограмме – остеопороз спинки турецкого седла. МРТ головного мозга определяется объёмное образование в правом полушарии мозжечка. Определить топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

114. Н., 32 лет. Заболевание началось пять лет назад с периодических диффузных головных болей, «возникающих приступообразно» в различное время суток. Спустя год присоединилась аменорея. Затем постепенно стали увеличиваться лицо, руки, ноги. Обувь пришлось носить на три номера больше, чем до заболевания. Последний год особенно интенсивная головная боль возникала после сна, утром, сопровождаясь тошнотой. Объективно: акромегалическое лицо - резко выражены надбровные дуги и скуловые кости, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Кисти и стопы большие, пальцы их толстые. Патологии внутренних органов не выявлено. Пульс 78 ударов в минуту. АД — 120/70 мм рт. ст. Острота зрения на оба глаза 1,0. Четкая битемпоральная гемианопсия на белый и красный цвета. Зрачки круглой формы, одинаковой величины, реакция их на свет, конвергенцию и аккомодацию живая. Начальные застойные диски зрительных нервов. Черепные нервы без патологических изменений. Моторных, координаторных и чувствительных расстройств не выявлено. Общий анализ крови и мочи без особенностей. Сахар крови 6,2 ммоль/л, «диабетическая» сахарная кривая. На краниограмме отмечены некоторое утолщение лобной ко-

сти, увеличенное в размерах турецкое седло, с отклонением спинки. МРТ головного мозга: округлое объёмное образование до 2 мм в диаметре в передней доле гипофиза. Описать клинические синдромы. Обосновать топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

115. М., 45 лет, токарь, 2 года назад после подъема тяжести почувствовал боль в пояснице и правой подвздошной области. Боль усиливалась при движении туловища в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании. Лечился по поводу «остеохондроза» анальгетиками и электрическими процедурами. Боль уменьшалась лишь временно, на 1—2 недели. Затем появилось онемение в правой подвздошной области. Боль не исчезла. Месяца три назад отмечена слабость разгибателей правой стопы. При ходьбе стопа стала подворачиваться внутрь и цепляться за землю. Патологии внутренних органов не выявлено. Перкуссия остистого отростка IX грудного позвонка болезненна. Определяется напряжение длинных мышц спины справа. Снижена сила разгибателей и сгибателей правой стопы, стопа «свисает». Повышен тонус разгибателя правой голени. Коленный и ахиллов рефлексы справа выше, чем слева. Правый нижний брюшной рефлекс отсутствует. Патологический рефлекс Бабинского справа. Отсутствует чувствительность в правой подвздошной области. От паховой складки книзу отсутствие тактильной и суставно-мышечной чувствительности справа, болевой и температурной - слева. Анализ крови и мочи без патологии. Блок ликворного пространства при ликвородинамических пробах. На рентгенограммах нижнего грудного отдела позвоночника определяется атрофия корней дуг VII—IX позвонков, расстояние между дужками увеличено. МРТ спинного мозга определяется образование гиперинтенсивное на T2-ВИ и изоинтенсивное на T1-ВИ на уровне VII-IX грудных позвонков. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз.

116. Пациент Д., 28 лет. Неделю назад появились общая слабость, головная боль, боли в пояснице и ногах. Температура 38°. Спустя три дня развился паралич ног, возникло «онемение»

ног, задержка мочеиспускания и дефекации. В области крестца и стоп отмечаются пролежни. Движения ног отсутствуют совсем. Повышен тонус мышц ног, преимущественно разгибателей. Коленные рефлексы высокие. Клонус надколенников и стоп. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ниже пупка отсутствует чувствительность – поверхностная и глубокая. Кровь: СОЭ - 37 мм/ч, лейкоциты — $18 \cdot 10^9$ /л. Моча: белок 0,33 г/л, лейкоциты в поле зрения. На рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника патологии не выявлено. РКТ грудного отдела позвоночника: зона снижения плотности в эпидуральном пространстве на уровне нижнегрудного отдела позвоночника. Установить локализацию патологического процесса. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз.

117. Пациент С., 50 лет. Заболевание началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», и «онемения» в стопах, пошатывание и неуверенность при ходьбе в темноте. Иногда возникала простреливающая боль в животе, сопровождавшаяся повторной рвотой. Доставлялся в больницы по поводу «острого живота». Внезапно боль прекращалась. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Полгода назад значительно ухудшилось зрение. Очки не помогали. Около двух месяцев назад отметил задержки мочеиспускания и нарастающую общую слабость. Острота зрения 0,3/0,4. Первичная атрофия дисков зрительных нервов. Зрачки неправильной овальной формы, не симметричные узкие, левый зрачок шире правого. Фотореакции зрачков медленные, асимметричные. Сила рук и ног достаточная, но тонус мышц ног заметно снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук снижены, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических стопных и кистевых рефлексов нет. В тесте Ромберга не устойчив, особенно с закрытыми глазами. Высоко поднимает и широко расставляет ноги. С закрытыми глазами идти не может. Пяточно-коленный тест с грубым интенционным дрожанием. Грубое расстройство глубокой и тактильной чувствительности ног. Анализ крови и мочи без патологии. РИБТ и РИФ с трепонемным антигеном в крови и ликворе - положительные. Ликвор:

белок — 0,76 г/л, цитоз 90 клеток в 1 мкл, реакции Вассермана положительная. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

118. Пациент С, 5 лет. Заболела неделю назад остро - головная боль, диарея, общая слабость, лихорадка до 38,5°. На пятый день после сна установлен паралич правой руки и левой ноги. Известно, что приняла драже против полиомиелита. Патологии внутренних органов не выявлено. Черепные нервы сохранены. Движений правой руки и левой ноги нет, тонус парализованных мышц резко снижен. Сухожильные рефлексy руки справа и ноги слева отсутствуют. Сенсорных нарушений не выявлено. Кровь: СОЭ — 29 мм/ч, лейкоциты - $19 \cdot 10^9$ /л. Ликвор - белок - 0,66 г/л, лейкоцитоз — 80 в мкл (лимфоциты). Описать клинико-неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

119. К., 28 лет. Заболел остро, когда появился озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, боли в мышцах шеи и рук, температура повысилась до 39°. На четвертый день болезни присоединились икота, одышка, паралич правой руки, отяжелела голова и стала опускаться кпереди. Спустя три недели самочувствие больного спонтанно улучшилось, прекратились икота, одышка, головная боль и боли в мышцах, нормализовалась температура. Но сила в мышцах рук и шеи не восстановилась. Установлено, что за три недели до заболевания больной был укушен клещом. Патологии внутренних органов не выявлено. Больной поддерживает голову рукой, чтобы она не свисала на грудь. Активные повороты головы в стороны невозможны. Плечи опущены. Правая рука неподвижна. Левая рука не поднимается выше горизонтальной линии. Лопатки крыловидные. Атрофия грудиноключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, мышц шеи, надплечья и правой руки. Снижен мышечный тонус правой руки. Сухожильные рефлексy руки не вызываются. Чувствительных расстройств не выявлено. В моче и ликворе патологии не установлено. РСК и ИФА с антигенами вируса клещевого энцефалита в крови ярко выражена. Описать клинические синдромы.

Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз.

120. Г., 35 лет, жалуется на «адскую» головную боль, возникающую в различное время дня приступообразно, на головокружение несистемного характера, слабость в левой руке и ноге, чувство онемения в них. Заболела остро год назад. Утром вышла на кухню вдруг почувствовала головокружение, стало «дурно», упала, появился «паралич» левой руки и ноги. Сознание было нарушено. Патологии внутренних органов не установлено. Эмоционально лабильна, раздражительна. Язык при высовывании резко уклоняется вправо, атрофии его мышц нет. Походка вычурная: при ходьбе тянет за собой левую ногу, однако удерживает на ней все тело, когда переставляет правую ногу. Подчеркнуто демонстрирует слабость левой ноги. В положении лежа активных движений левой ноги нет. Тонус мышц рук и ног равномерный, атрофии мышц нет. Кожные и сухожильные рефлексы равномерно повышенные, симметричные. Патологических рефлексов нет. Установлена болевая анестезия слева до средней линии тела. Глазное дно нормальное. Анализ крови, мочи и ликвора не изменены. МРТ головного мозга без патологии. Сформулировать топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

121. Пациент С., 32 лет. Заболел исподволь около трех лет назад, когда начали дрожать руки и постепенно присоединилась скованность движений. Медленно расстройства нарастали. Установлено, что 4 года назад перенес тяжелый «грипп», сопровождавшийся головной болью, значительной сонливостью, двоением окружающих предметов, небольшим повышением температуры, потливостью и общей слабостью. Болел около недели. Вылечился сам. Патологии внутренних органов патологии не выявлено. Безразличие к окружающему, вязкое мышление. Лицо одутловато, маскообразно, «сальное». Зрачки правильные симметричные. Фотореакции симметричны, реакция на аккомодацию отсутствует. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Взор фиксирован. Редкое моргание. Модуляции речи отсутствуют, речь медленная, монотонная, затухающая. Гиперсаливация. Туловище

наклонено вперед, поза «согбенная». Ахейрокинез. Походка мелкими шагами, шаркающая. Пропульсия. Сила мышц рук и ног достаточная, но движения замедленные. Тонус мышц конечностей повышен равномерно и диффузно, феномен «стиральной доски». Кожные, сухожильные рефлексы равномерные симметричные. Стереотипный ритмичный тремор пальцев рук типа счета монет. Может ненадолго сдержать тремор при отвлечении. При любом напряжении дрожание нарастает. Анализы крови и мочи, ликвора патологии не установили. Специфические реакции на сифилис и туберкулез отрицательные. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

122. А., 30 лет. Заболевание началось год назад с пароксизмальной тупой боли в затылке. Боль возобновлялась в любое время, сопровождаясь головокружением и шумом в голове. Около месяца возникла острая слабость слева - в руке и ноге при относительно хорошем общем состоянии. Известно, что три года назад обращался в КВД, лечился пенициллином. Патологии внутренних органов не выявлено. Небольшая ригидность мышц затылка. Симптом Брудзинского. Острота зрения 1,0 симметрично. Диски зрительных нервов бледно-розовые с четкими границами. Асимметрия носогубных складок. Язык отводится. Умеренное снижение силы левых руки и ноги. Спастическая гипертония мышц слева. Сухожильные рефлексы слева значительно выше. Брюшные и подошвенный рефлексы отсутствуют слева. Кистевой и подошвенный рефлекс Россолимо слева. Установлена проводниковая поверхностная гемигипестезия слева. СОЭ — 26 мм/ч, лейкоцитоз крови — $10 \cdot 10^9$ /л. СРБ и ревмопробы отрицательные. Цитоз ликвора — 180 в мкл, лимфоциты; белок 0,96 г/л. РИФ и РИБТ в ликворе положительные. МРТ — норма. На краниограмме патологии не отмечается. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

123. Т., 10 лет. Школьный учитель пожаловался родителям, что девочка «плохо себя ведет», гримасничает, не может сидеть спокойно. Двигательное беспокойство было замечено и дома. Ча-

сто болела ангинами, диагностирован ревматический эндокардит. Систолический шум в сердце. Говорит прерывисто, не отчетливо. Неритмичная насильственная мимическая активность с гримасами и движениями языка. Мышечная сила соответствует возрасту. Мышечный тонус диффузно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексy равномерно снижены. Коленный рефлекс Гордона. В пробе Ромберга – переразгибание пальцев рук. Походка неровная, почерк плохой, буквы неровные. Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, нейтрофильный лейкоцитоз — $12 \cdot 10^9/\text{л}$. Ревмопробы положительные. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

124. Т., 20 лет. Болен около семи лет. Заболевание началось со слабости ног и расстройства походки. Перестал бегать, так как часто падал. Медленно слабость ног нарастала. Падал даже на ровном месте. Спустя три года присоединилась слабость рук. Патологии внутренних органов не выявлено. Сила мышц снижена в проксимальных отделах рук и ног. Не может поднять руки вверх. Атрофия мышц проксимальных отделов конечностей, плечевого и тазового поясов. Надплечья опущены и наклонены кпереди. Лопатки далеко отстоят от позвоночника. Слабость надплечий. Резко усилен поясничный лордоз. «Осиная» талия. Ходит на носках с выпяченным вперед животом и откинутой назад грудной клеткой, переваливаясь с одной ноги на другую. Сухожильно-мышечные рефлексy низкие. Патологических рефлексов нет. Чувствительных нарушений не выявлено. Встает на ноги через коленно-локтевое положение. При игольчатой электронейромиографии определяется снижение амплитуды и частоты потенциалов двигательных единиц. Определяется повышение уровня КФК крови в 20 раз. При мышечной биопсии обнаружено разрушение миелиновых волокон и фиброзное перерождение мышц. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

125. Г., 30 лет. Около года внезапно остро и резко снизилось зрение справа и появилась острая боль в глазу. Лечилась по поводу ретробульбарного неврита около 3 недель, зрение полно-

стью восстановилось. Спустя полгода появилось двоение предметов, неустойчивость походки, императивные позывы на мочеиспускание. Патологии внутренних органов не выявлено. Зрение 0,6/1.0 не корригируется. Бледный диск справа. Сходящееся косоглазие справа. Диплопия. Левосторонний легкий центральный гемипарез. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм с ротаторным компонентом. Атрофий мышц нет. Речь растянутая. Сила мышц везде снижена, более слева. Тонус мышц снижен. Мышечно-сухожильные рефлексy повышены. Клонусы надколенников и стоп. Кожные брюшные рефлексy отсутствуют. Рефлексy Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с обеих сторон, слева выше. В пробе Ромберга неустойчива. При координаторных пробах выявлено интенционное дрожание и гиперметрия с обеих сторон. Расстройств поверхностной чувствительности не найдено. Определяется расстройство глубокой чувствительности в ногах. RW - отрицательная. На МРТ головного мозга определяются множественные очаги гиперинтенсивные на T2-ВИ и изоинтенсивные на T1-ВИ перивентрикулярно. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

126. Пациент Д., 14 лет. Заболевание началось пять лет назад с пошатывания и падений при быстрой ходьбе. Затем родители заметили ухудшение речи и письма. Постепенно нарушения походки, речи и письма нарастали. Единственный ребенок в семье. Родился в срок здоровым, рос и развивался нормально. Наследственность неотягощена. Родители больного — двоюродные брат и сестра. Патологии внутренних органов не найдено. Умеренный грудной сколиоз. Высокие своды стоп. Интеллект несколько снижен. Горизонтальный асимметричный нистагм. Речь замедленная, скандированная. Мышечная сила рук и ног равномерно снижена. Тонус мышц заметно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексy рук низкие, равномерные, симметричные. Коленные и ахилловы рефлексy не вызываются. Патологические стопные рефлексy Гордона, Шефера, Оппенгейма, Россолимо, Бабинского с обеих сторон. В тесте Ромберга выраженная неустойчивость. Походка неуверенная, неловкая. Широко ставит ноги, отклоняется в сторону. Интенционное дрожание и гипер-

метрия при координаторных пробах в руках и ногах. Почерк неразборчивый. Отсутствует глубокая чувствительность в ногах. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

127. Пациент Ж., 10 лет. В семь лет болел корью, во время которой появилась слабость левой руки и ноги. С тех пор беспокоят периодические приступообразные головные боли, чаще возникающие после сна, преимущественно в затылочной области, и сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Патологии внутренних органов не установлено. Интеллект сохранен. Острота зрения 1,0. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие, вены расширены. Правая глазная щель сужена. Легкое ограничение движений правого глазного яблока вверх, вниз и внутрь, слабость конвергенции справа. Мелкоразмашистый неустойчивый позиционный горизонтальный нистагм, грубее влево. Мышечная сила левой руки и ноги снижена. Сглажена левая носогубная складка. Язык слегка уклоняется влево, атрофии мышц языка нет. Тонус мышц несколько повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги слева. Мышечно-сухожильные слева выше, брюшные слева — отсутствуют. Патологические разгибательные и сгибательные стопные и кистевые рефлексy слева. Давление ликвора 155 мм вод.ст., протеины ликвора — 0,33 г/л, цитоз — 8 клеток в 1 мкл (лимфоциты). МРТ структурных изменений в головном мозге не выявила. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

128. Пациент Т., 18 лет. Заболел остро. Внезапно среди полного благополучия возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах затылка, шеи, туловища, поясницы, рук и ног, невыносимый озноб. Температура повысилась до 39,5°. На третий день болезни на губах, у носогубных складок и правой ушной раковины появились пузырьковые высыпания, шум в ушах и резкое снижение слуха. На губах, правой ушной раковине и у носогубных складок определяются герпетические высыпания. Пульс ритмичный, 55 ударов в минуту. Патологии внутренних органов не выявлено. Умеренное оглушение.

Выраженная ригидность мышц затылка. Признаки Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний) и Бехтерева. Острота зрения 0,7 - 0,8. Гиперемия дисков зрительных нервов. Резко снижен слух с обеих сторон. Сила рук и ног равномерно незначительно снижена. Мышечно-сухожильные и кожные рефлексы симметричные. Патологических рефлексов нет. Фото, фоно, алго-гиперестезия. Кровь: СОЭ — 42 мм/ч, лейкоцитоз полинуклеарный- $18 \cdot 10^9$ в 1 л. Ликвор слегка мутный, давление — 350 мм вод. ст., белок — 3 г/л, цитоз — 3000 в 1 мкл, преимущественно нейтрофилы, сахар — 1,7 ммоль/л. В нейтрофилах спинномозговой жидкости обнаружены менингококки. Определить неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

129. Пациент Х., 17 лет. С семи лет страдает двухсторонним хроническим средним отитом с редкими обострениями. Периодически его беспокоили незначительные боли в затылочной области. Лечился несистематически. В течение последнего месяца головные боли стали постоянными, периодически приступообразно резко усиливались и сопровождалась тошнотой. Головные боли усиливались при кашле, чихании, натуживании. Иногда возникали беспричинные ознобы. Температура повышалась до $37,8^\circ$. В настоящее время обострения отита нет. Пульс 54 удара в минуту. Патологии внутренних органов не отмечено. Глубокое оглушение. На вопросы отвечает односложно. При перкуссии черепа появляется болезненная гримаса. Грубая ригидность мышц затылка, признаки Кернига, Брудзинского с обеих сторон. Острота зрения 1,0. Застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный нистагм. Слух заметно снижен. Глоточный рефлекс и рефлекс с мягкого неба снижены слева. Голос с гнусавым оттенком. Язык отклоняется вправо. Сила рук и ног достаточная, справа несколько ниже. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Мышечно-сухожильные рефлексы справа выше. Кожные брюшные рефлексы снижены справа. Патологические стопные рефлексы справа. При пальценосовой и указательной пробах слева - интенционное дрожание. Адиадохокинез слева.левой ногой с трудом выполняет пяточно-коленную пробу. Анализ крови: СОЭ — 32 мм/ч, лейкоциты — 16000 в 1 мкл. На РКТ определяется зона

снижения плотности сигнала в левом полушарии мозжечка, округлой формой с перифокальным отёком. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

130. Пациент 3., 40 лет. Заболевание началось два года назад со слабости левой руки и ноги. Спустя полгода присоединилась слабость правой руки и ноги. Руки стали худеть, в них появилось ощущение онемения. Месяца два назад начались затруднение мочеиспускания и запоры. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. Синдром Горнера слева. Сила рук и ног снижена. Тонус мышц рук снижен, в ногах - повышен. Атрофия мышц рук. Мышечно-сухожильные и периостальные рефлексы рук отсутствуют. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Клонусы надколенников и стоп с обеих сторон. Брюшные кожные рефлексы угнетены. Патологические стопные рефлексы Бабинского, Россолимо и Оппенгейма вызываются с обеих сторон. Снижены все виды чувствительности с уровня надплечий книзу. Локальной болезненности позвоночника не установлено. При ликвородинамических пробах блока не выявлено. RW - отрицательная. На спондилограммах шейного и верхнего грудного позвонков патологических изменений нет. МРТ шейного отдела спинного мозга: визуализируется образование неоднородной структуры на T1 и T2 взвешенных изображениях с зоной перифокального отёка. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

131. Ш., 2 лет. Родители обратили внимание на слишком большой размер головы. Роды были затяжными. Ребенок родился в срок, но в состоянии асфиксии, был в реанимации. Отстает в развитии. Поздно стал сидеть, стоять и ходить. Не разговаривает. Резкое несоответствие между размерами лица и объемом головы. Голова большая: окружность 72 см (норма — 50 см). Лицо относительно маленькое. Лоб высокий, нависает на глаза. Выражены лобные и теменные бугры. Роднички не закрыты. На голове в большом количестве видны расширенные кожные вены. При перкуссии головы четко прослушивается звук «треснувшего

горшка». За игрушкой водит глазами. На глазном дне - застойные диски зрительных нервов. Экзофтальм. Сходящееся косоглазие. Опушен правый угол рта. Горизонтальный нистагм. Снижение силы в конечностях установить трудно. Тонус мышц повышен. Мышечно-сухожильные рефлексy высокие, справа несколько выше. Разгибательные патологические стопные рефлексy с обеих сторон. Стоит и ходит уверенно. На уколы реагирует адекватно, как слева, так и справа. Ликвор: давление — 400 мм вод.ст., белок — 0,2 г/л, цитоз — 6 клеток в 1 мкл (лимфоциты). На краниограмме определяется истончение и расхождение костей черепа, также расширение входа в турецкое седло. Определить клинические неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

132. Пациент К., 3 лет. Родители предъявляют жалобы на то, что в 1,5 года мальчик плохо ходит, говорит лишь «ма», «па», «ба». Роды были затяжными. Ребенок родился в срок, однако, в состоянии асфиксии. Сидеть начал в год, стоять - в два, а ходить - с трудом в три года. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. Опушен левый угол рта. Сила рук и ног снижена. Руки слегка приведены к туловищу и согнуты в локтевых и лучезапястных суставах, пальцы сжаты в кулак. Ноги приведены одна к другой. Тонус мышц повышен в сгибателях рук и особенно разгибателях ног. Мышечно-сухожильные рефлексy высокие. Патологические стопные рефлексy Бабинского и Оппенгейма вызываются с обеих сторон. Похода спастическая, при ходьбе одна нога заходит за другую, колени соприкасаются между собой. На глазном дне патологии не отмечено. При МРТ исследовании головного мозга умеренно выраженная внутренняя гидроцефалия. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

133. Ребёнок Г., 10 лет. Заболел остро неделю назад, когда появилась припухлость в области околоушных слюнных желез, болезненность при глотании, некоторая общая слабость. В течение трех дней температура тела была повышена до 37,5 - 38°. Педиатром был установлен диагноз: эпидемический паротит. В ре-

зультате лечения в домашних условиях самочувствие ребенка улучшилось, нормализовалась температура, и он перестал соблюдать постельный режим. На 8-й день заболевания ребенок проснулся рано утром от сильной головной боли, спустя несколько минут возникла рвота. Объективно: незначительная припухлость области околоушных слюнных желез. Пульс 58 в минуту. Температура 39,5°. Патологии внутренних органов не обнаружено. Ребенок беспокоен из-за сильной головной боли, сопровождающейся рвотой. Определяется ригидность мышц затылка. Признак Кернига с обеих сторон. Острота зрения - 1,0. Гиперемия дисков зрительных нервов. Сила рук и ног сохранена. Мышечно-сухожильные рефлексы симметричные. Патологических рефлексов нет. Отмечена световая, болевая и тактильная гиперестезия. Анализ крови: СОЭ - 25 мм/ч, лейкоциты—13000 в 1 мкл. Ликвор прозрачен, давление - 320 мм вод. ст., белок — 0,5 г/л, цитоз — 320 (лимфоциты), глюкоза 2,4 ммоль/л. Описать клинические неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

134. Пациентка Ю., 38 лет, жалуется на быструю утомляемость мышц век и жевательной мускулатуры. Указанные жалобы беспокоят в течение года, усиливаются к вечеру, после зрительной нагрузки. При осмотре и исследовании неврологического статуса определяется полуптоз с двух сторон, парезов, координаторных и сенсорных выпадений не выявлено. После выполнения нагрузочных проб выявились слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций. При стимуляционной электронейромиографии (ритмическая стимуляция 5 Гц) выявлен декремент амплитуды более 15% в мышцах лица. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

135. Пациент Ф., 21 год. Через три недели после перенесенного гнойного отита повысилась температура тела до 39°C, появилась сильная головная боль, повторная рвота, спутанность сознания. При осмотре: больной оглушен, дезориентирован в месте и времени, ориентация в собственной личности частично

нарушена, на вопросы отвечает односложно; горизонтальный нистагм, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке и ноге до 3 баллов, сухожильные рефлексы $D > S$, патологические кистевые и стопные знаки справа и выраженные менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц 3 поперечных пальца, симптом Кернига. Ликвор: вытекает под давлением 320 мм вод.ст., мутный, плеоцитоз – 2000 в 1 мкл (нейтрофилы), белок – 3 г/л, сахар – 0,15 ммоль/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

136. Пациент С., 40 лет, доставлен в приёмное отделение службой скорой медицинской помощи. Со слов врачей скорой медицинской помощи внезапно на улице потерял сознание, упал, наблюдались судороги. Во время транспортировки в машине пришёл в сознание, но затем повторился общий судорожный приступ. В анамнезе 15 лет назад травмы головы, 1-2 раза в год бывают эпилептические припадки. Вчера употреблял алкоголь. В приёмном покое возник общий судорожный припадок, который начался с поворота глаз и головы влево. При осмотре: больной в состоянии оглушения, с трудом вступает в контакт, на вопросы отвечает односложно. В правой лобно-височной области старый рубец после травмы. Зрачки одинаковые. Сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта. Активные движения в правых конечностях в полном объеме. Сила правой руки снижена до 2 баллов. Сила левой кисти 2 балла. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. Определяется патологический рефлекс. На левой стопе вызывается рефлекс Бабинского слева. Описать неврологические синдромы. Обосновать и сформулировать топический и клинический диагнозы.

137. Ребёнок 6 лет. В течение последнего года стали замечать, что ребёнок как бы "застывает" на несколько секунд. В это время его взгляд фиксирован, он не говорит, на вопросы не отвечает на вопросы; сохраняет позу (не падает), данное состояние длится несколько секунд; после чего, возвратившись к обычному состоянию, не помнит о данном эпизоде ничего. Такие приступы

могут повторяться до нескольких десятков раз в день. Неврологических нарушений не выявлено на момент обследования. МРТ головного мозга: очаговых изменений нет. При электроэнцефалографии регистрируется пик-волновая активность билатерально-синхронно, частотой 3 Гц. Описать неврологические синдромы, установить клинический диагноз.

138. Пациент С., 20 в течение последних 5 лет возникают приступы потери сознания, которые начинаются с ощущения неприятного запаха в течение несколько секунд и прекращаются самопроизвольно или же после них наступает потеря сознания, возникают тонические и клонические судороги в конечностях, прикус языка и недержание мочи. Приступ продолжается в течение нескольких минут, после приступа обычно беспокоит головная боль, события в период припадка больной не помнит. Приступы участились за последнее время до одного в месяц. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. МРТ головного мозга: гиперинтенсивный сигнал в медиальных отделах правой височной доли. ЭЭГ: регистрируется «остро-медленноволновая активность» в левой височной области. Описать неврологические синдромы. Установить клинический диагноз.

139. Больная Н., 17 лет. С 15 лет по утрам, особенно после недостаточного сна отмечает вздрагивания в руках, вследствие чего роняет предметы из рук; возникает внезапное ощущение «подгибания» ног из-за чего приседает, не падает. В 15 лет утром после пробуждения возник приступ расстройства сознания с судорогами; подобные приступы повторились через полгода, через год. Был назначен финлепсин, вследствие чего утренние вздрагивания и приступы потери сознания с судорогами участились. Объективно: очаговых неврологических расстройств не выявлено. МРТ головного мозга: органических изменений головного мозга не выявлено. ЭЭГ: единичные и множественные пики в лобных отведениях билатерально-синхронно. Описать неврологические синдромы, установить клинический диагноз.

140. Женщина 36 лет с 22-летнего возраста возникали эпизоды снижения зрения на правый глаз. В 27 лет отмечался эпизод

шаткости при ходьбе, шаткость регрессировала без лечения в течение 1 недели. В возрасте 30 лет появилось онемение и слабость в ногах, которые спонтанно регрессировали в течение 10 дней. С 35 лет пациентка отмечает нарастание слабости в ногах а также нарушения мочеиспускания в виде невозможности долго удерживать мочу. Неврологический статус: снижение силы в ногах до 3-х баллов, повышение мышечного тонуса в них по спастическому типу, оживление всех сухожильных рефлексов, отсутствие брюшных рефлексов, положительные симптомы Тренера, Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон. МРТ головного мозга: множественные очаги гиперинтенсивные на T2 изображениях перивентрикулярно, в стволе мозга. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагноз.

141. Пациент М., 50 лет, год назад перенес операцию по поводу центрального рака легкого. В течение двух месяцев отмечает приступы клонических судорог в правой кисти длительностью несколько минут без утраты сознания. В течении последней недели в момент приступов отмечает расстройство речи - не может произносить слова, однако, понимает обращенную речь. При неврологическом осмотре отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. МРТ головного мозга: объёмное образование в левой лобной доле с выраженным перифокальным отёком. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз и клинический диагноз.

142. Пациент М., 65 лет доставлен в приёмное отделение больницы скорой медицинской помощью в связи с головной болью, онемением и неловкостью в левых конечностях, которые возникли вечером после приёма алкоголя. В течение более 20 лет страдает артериальной гипертензией, в течение последнего года артериальное давление в покое – 170/90 -180/100 мм рт.ст, систематические антигипертензивную терапию не получает. При обследовании: сознание угнетено – частично дезориентирован в месте и времени, сонлив; артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 95 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, утрачены все виды

чувствительности в левых конечностях, сила в них достаточная, но движения неловкие, при пальценосовой и пяточноколенной пробах наблюдается промахивание. РКТ головного мозга: зона гиперинтенсивного сигнала округлой формы в левом полушарии мозжечка. Описать неврологические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

143. Пациент С., 56 лет, предъявляет жалобы на двоение предметов по горизонтали и по вертикали, эпизодически возникает полуптоз век. Эти жалобы беспокоят в течение двух недель, они появляются и нарастают во второй половине дня, при длительном чтении. При обследовании: опущение верхних век, более выраженное справа, движение правого глазного яблока ограничено вверх и кнаружи, движение левого глазного яблока ограничено вверх, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. При ритмической стимуляционной электронейромиографии определяется декремент амплитуды М-ответа более 15% в мышцах лица (*m.orbicularis oculi*). Подкожное введение прозерина вызвало полный регресс неврологических нарушений и уменьшение декремента амплитуды. Описать клинические синдромы, топический и клинический диагноз.

144. Пациентка 47 лет пострадала в автомобильной аварии. В момент аварии ударила головой. Доставлена бригадой «Скорой медицинской помощи» в стационар через 40 минут после травмы после аварии в сознание не приходила. При осмотре в правой височной области выявлена ушибленная рана мягких тканей. В неврологическом статусе: без сознания, речевой контакт невозможен, в ответ на болевые раздражители возникает локальная двигательная реакция; ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, в левых конечностях движения отсутствуют, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявляется перелом чешуи правой височной кости. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур влево на 10 мм. Описать неврологические синдромы. Установить топический и клинический диагноз.

145. Больной К., 59 лет. Жалобы на ограничение отведения и поднимания левой руки из-за слабости в ней, похудание мышц левого плеча. Считает себя больным в течение 10 лет, заболевание началось со слабости в левом плече, которая постепенно нарастала. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно по поводу шейно-грудного остеохондроза. Объективно: по внутренним органам без патологии. В неврологическом статусе сознание ясное, ориентирован в пространстве, времени и собственной личности верно. Фон настроения ровный, критика сохранена, память не нарушена. Черепно-мозговые нервы без патологии. Определяется гипотрофия мышц левой лопаточной области, дельтовидной и двуглавой мышцы левого плеча. Сила в проксимальных отделах левой руки снижена до 3 баллов. Мышечный тонус двуглавой мышцы плеча снижен. Отсутствует левый плече-лопаточный рефлекс, снижены сгибательный локтевой рефлекс и карпорадиальный рефлекс слева. Сила в ногах достаточная, коленный и ахиллов рефлекс слева выше чем справа, патологические стопные знаки слева. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Снижена болевой чувствительности по наружному краю левого плеча и предплечья. Функцию тазовых органов контролирует. Дефанс паравертебральных мышц в области шеи, болезненность при пальпации остистых отростков шейного отдела позвоночника. Общий анализ крови и мочи, ЭКГ – без патологии. МРТ шейного отдела позвоночника: дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, грыжи дисков С3-С4, С4-С5, С6-С7 с вторичным стенозом позвоночника и компрессией спинного мозга на уровне С4-С7. Компрессия и лестничный ретролистез тел С4, С5, С6 позвонков. При стимуляционной электронейромиографии: снижена амплитуда М-ответа с левой дельтовидной мышцы при стимуляции *p. axillaris* слева. При игольчатой электронейромиографии определяется признаки денервации дельтовидной мышцы, мышц возвышения большого пальца слева. Описать неврологические синдромы, топический диагноз, клинический диагноз.

146. Больной К., 50 лет. Жалобы на отсутствие движений в левой руке, слабость и ограничение движений из-за слабости в левой ноге, онемение в левой половине тела. Заболел остро 1 ме-

сяц назад, когда на фоне полного здоровья возникла слабость левой руки и ноги, онемела левая половина тела. Службой скорой медицинской помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после госпитализации. При поступлении АД=160/100 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Ориентирован всесторонне верно, обращённую речь понимает, спонтанная речь сохранена, нечёткая, смазанная. Игнорирует двигательный дефект, пытается встать, говорит, что сам поднимется по лестнице в отделение. Левосторонняя гемианопсия. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Движения в левой руке и ноге отсутствуют. Снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. Сухожильные рефлексы слева выше чем справа, патологические стопные знаки слева. Тонус в левой руке и ноге не повышен. Функцию тазовых органов контролирует. На рентгеновской компьютерной томографии головного мозга определяется зона ишемии в лобной, височной, теменной области правой гемисферы мозга. При УЗДГ сосудов шеи и головы эхо-признаки стенозирующего гемодинамически значимого атеросклероза правой наружной сонной артерии (стеноз – 64%), окклюзия внутренней сонной артерии справа от устья. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии, проведён тромболизис. Через 7 дней больной переведён в отделение для больных с нарушением мозгового кровообращения. Объективно на данный момент. Общее состояние удовлетворительное. АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности верно, однако иногда во время разговора проявляются признаки игнорирования дефекта левой половины тела. Речевых нарушений нет. Правосторонняя гемианопсия. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена, симметричная. Движения глазных яблок в полном объёме. Болевая гипестезия левой половины лица. Сглажена левая носогубная складка. Глотание не нарушено, нёбный и глоточный рефлексы сохранены. Девиация языка влево, дизартрия из-за нарушения движений языка. Определяются рефлексы орального автоматизма. Атрофий мышц, фибрилляций и фасцикуляций нет. Движения в левой руке отсутствуют, в левой ноге определяются видимые на глаз минимальные движения без преодоления силы тяжести. Сухожильные рефлексы с рук и ног

S>D, патологические стопные и кистевые знаки. Повышение мышечного тонуса в левой руке и ноге по типу складного ножа. Координаторные пробы правой рукой и ногой выполняет удовлетворительно, левой рукой и ногой не выполняет из-за слабости. Начал стоять с поддержкой, пытается опираться на левую ногу. Определяются болевая гипестезия левой половины тела, астереогноз. Функции тазовых органов контролирует. Описать неврологические синдромы, топический диагноз и клинический диагноз.

147. Больной П., 25 лет. Жалобы на мышечную слабость в руках и ногах, повышенную мышечную утомляемость. Больным себя считает с 19 лет, когда впервые отметил слабость в нижних конечностях. За медицинской помощью не обращался. Начал интенсивно заниматься физической культурой, однако мышечная слабость усилилась. Единственный ребёнок в семье. Рос и развивался нормально. Родители здоровы. Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. По внутренним органам без патологии. Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени и собственной личности верно. Интеллект не снижен. Черепно-мозговые нервы в норме. Определяется атрофия проксимальных отделов рук, мышц лопаточной области, мышц туловища, мышц ног. Фибрилляций и фасцикуляций нет. Мышечная сила снижена в ногах до 4-х баллов, в руках до 3-х баллов. Мышечный тонус не изменён. Гиперкинезов нет. В позе Ромберга устойчив, пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет без мимопопадания. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук и ног нормальной высоты. Патологических кистевых и стопных рефлексов нет. Чувствительных выпадений нет. Функции тазовых органов контролирует. Данные лабораторных исследований: общий анализ крови и общий анализ мочи без патологии. Уровень креатинкиназы крови 1652 МЕ/л (норма для мужчин менее 50-200 МЕ/л), ММ-изофермент (сыворотка крови) 760 МЕ/л (норма – менее 76 МЕ/л). ЭКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. При стимуляционной электронейромиографии верхних и нижних конечностей нарушений проводимости по нервам не выявлено, нервно-мышечная передача без патологии. При игольча-

той электромиографии выявляется снижение длительности и амплитуды потенциала двигательной единицы, выявляются низкоамплитудные потенциалы фибрилляций, позитивные острые волны. При биопсии скелетных мышц определяются признаки прогрессирующей дегенерации мышечных волокон. Описать синдрому, установить топический и клинический диагнозы.

148. Больная Л., 73 года. Жалобы на дрожание обеих рук (больше справа) в покое, скованность и замедленность при движениях. Считает себя больной в течение 2 последних лет, когда появилось непостоянное дрожание в правой руке. В течение года после начала заболевания появилась и выросла скованность в правой руке, дрожь распространилась на правую ногу. Через 2 года после начала заболевания появилось дрожание и скованность в левой руке. Росла и развивалась нормально. Профессиональные вредностей не было. Страдает гипертонической болезнью много лет. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=90 в мин. Неврологический статус. Сознание ясное, ориентирована всесторонне верно. Отмечается замедление темпа мышления, воспроизведения информации. Понимание обращённой речи не нарушено, спонтанная речь сохранена, темп её замедлен. Эмоциональный фон снижен. Менингеальных знаков нет. Определяется пресбиопия. Поля зрения в пределах нормы. Движения глазных яблок в полном объёме, чувствительных выпадений на лице нет. Определяется гипомимия. Слух не нарушен. Глотание и фонация не нарушены. Гиперсаливация. Язык по средней линии. Атрофий мышц конечностей и туловища нет. Фибрилляций и фасцикуляций нет. Сила в руках и ногах достаточная. Выявлено повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Определяется тремор покоя в руках и ногах, более выраженный справа. Тремор усиливается при эмоциональном напряжении, уменьшается при заданных движениях. При тестах на скорость выполнения движения определяется замедленность движений, более выраженная в правой руке и ноге. Признаки постуральной неустойчивости, выражены феномены пропульсии и ретропульсии. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Со слов больной её беспокоят запоры, затруднение при мочеиспускании. Гипергидроз. При проведении клино-

ортостатической пробы динамика пульса при переходе из горизонтального в вертикальное положение 80 ударов в минуту → 68 ударов в минуту, проведение пробы сопровождается выраженным головокружением. Общий анализ крови, общий анализ мочи без патологии. ЭКГ – в пределах возрастной нормы.

МРТ головного мозга: расширение наружных ликворных пространств. Поверхностная электромиография передней группы мышц предплечья: залпообразная биоэлектрическая активность.

Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

149. Больной Т., 24 года. Жалобы на нарушение разговорной речи, проявляющееся в нарушении инициации речи, затруднениях при подборе слов. За 4 месяца до поступления получил черепно-мозговую травму в результате удара тупым твёрдым предметом по голове. Доставлен в районную больницу по месту жительства. При поступлении глубокое оглушение, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. На рентгенограмма черепа: оскольчатый вдавленный перелом левой лобно-теменной области слева. Оперирован: резекционная трепанация черепа, удаление костных отломков. В послеоперационном периоде сознание восстановилось до ясного, обращённую речь понимал, спонтанная речь отсутствовала. При поступлении общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, АД=130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Неврологический статус: ориентирован всесторонне верно, интеллект и память не нарушены. Обращённую речь понимает. При разговоре затруднения при инициации речи, на вопросы отвечает с задержкой, испытывает трудности при подборе слов. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сила в руках и ногах достаточная. Тонус мышц нормальный. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Сухожильные рефлексы с рук и ног D>S, патологических стопных и кистевых знаков нет. Чувствительных выпадений нет. Функции тазовых органов контролирует. На МРТ головного мозга через 4 месяца после травмы: кистозно-фиброзные изменения в левой лобной и теменной долях, элементы кровоизлияния, дефект черепа в левой лобно-теменной области. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

150. Больная К., 31 год поступила с жалобами на слабость в ногах, более выраженную в правой ноге, шаткость при ходьбе, изменение почерка и расстройство речи в виде нарушения произношения, снижение остроты зрения. Из анамнеза известно, что больной себя считает в течение 10 лет. Заболевания началось на фоне полного здоровья с появления чувства онемения в стопах обеих ног, которое распространилось на голени, бедра и достигло уровня пупка на туловище. Появилось нарушение функции тазовых органов в виде задержки мочи и кала. Больная лечилась по поводу рассеянного энцефаломиелита в ЦРБ по месту жительства с положительным эффектом – симптоматика регрессировала полностью. Через 4 года появилась слабость в ногах, которая быстро нарастала; больная стала отмечать шаткость при ходьбе, нарушение координации движений в руках, нарушение функции тазовых органов по типу задержки. На МРТ головного мозга выявлены множественные изменения в головном мозге, точного описания больная предоставить не может. Лечилась стационарно, проводился курс гормонотерапии, симптомы заболевания регрессировали полностью, сохранялась незначительная шаткость при ходьбе. Настоящее ухудшение в течение 2-х недель: выросла слабость в ногах, усилилась шаткость при ходьбе, снизилась острота зрения. Объективно при поступлении: состояние удовлетворительное, сознание ясное, АД=130/80 мм.рт.ст., ЧСС=82 в минуту. Неврологический статус: Сознание ясное, ориентирована всесторонне верно, фон настроения снижен. Обоняние не нарушено, vis OD/OS=0,8/0,5 не корригируется, поля зрения не ограничены, на глазном дне определяется побледнение диска зрительного нерва. Движения глазных яблок в полном объёме, выявляется горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Чувствительных выпадений на лице нет. Обе половины лица симметричны. Глотание и фонация не нарушены, дужковые и глоточный рефлекс сохранены. Определяется дизартрия, язык по средней линии, атрофий и фасцикуляций языка нет. Атрофий мышц конечностей, фибрилляций и фасцикуляций нет. Сила в руках достаточная, в ногах снижение мышечной силы до 3-х баллов. Мышечный тонус снижен в руках, в ногах повышение мышечного тонуса по спастическому типу. Брюшные рефлекс отсутствуют, сухожильные ре-

флексии с рук снижены D=S, с ног высокие. Определяются патологические стопные знаки. В позе Ромберга пошатывание и тенденция к падению больше кзади. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с мимопопаданием. Мегалография. Выявляется адиадохокинез, интенционное дрожание, дисметрия. Чувствительных выпадений не выявлено на туловище и конечностях не выявлено. Выявлена задержка мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Лабораторные и инструментальные методы обследования. Общий анализ крови и мочи без патологии. ЭКГ без патологии. На МРТ головного мозга перивентрикулярно и в полушариях мозжечка определяются гиперинтенсивные на T2-изображениях очаги размером до 0,5 см. Больной выполнена люмбальная пункция: ликвор прозрачный, белок 0,86 г/л, цитоз 7 лимфоцитов в 1 мкл. Определяется увеличение уровня IgG в ликворе, выявлены АТ к миелину. При регистрации зрительных вызванных потенциалов при стимуляции шахматным паттерном выявлено удлинение латентности P50 компонента. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

151. Больной К., 42 года. Жалобы на нарушение разговорной речи, отсутствие движений в правой руке, слабость в правой ноге. Заболел остро 2 месяца назад, когда внезапно возникла очень интенсивная головная боль, боль в области шеи, тошнота. Лечился амбулаторно по поводу остеохондроза, боли не уменьшились. На МРТ шейного отдела позвоночника патологии не выявлено. На МРТ головного мозга выявлено образование гипоинтенсивное на T2-режиме в бассейне левой средней мозговой артерии. После психоэмоционального перенапряжения у больного внезапно ослабли правая рука и нога, нарушилась речь, больной упал. Доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии в глубоком оглушении, находился в ОРИТ в течение месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=82 в минуту. Неврологический статус: сознание ясное, интеллект снижен, эйфоричен, обращённую речь понимает, разговорная речь нарушена: в речи мало существительных, периодически на в ответ на различные вопросы произносит одно и то же слово. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения

глазных яблок не ограничены. Сглажена правая носогубная складка. Парезов глотки, мягкого нёба нет. Определяется девиация языка вправо, атрофии и фасцикуляции языка нет. Выявляются рефлекс орального автоматизма. Движения в правой руке отсутствуют, в правой ноге мышечная сила снижена до 3-х баллов. Мышечный тонус повышен в правой руке и ноге по спастическому типу. Сухожильные рефлексy D>S, определяются патологические кистевые и стопные знаки справа. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Снижение болевой и температурной чувствительности на правой половине тела. Функции тазовых органов контролирует. Дополнительные методы исследования. На МРТ головного мозга слева в лобно-височной области перивентрикулярно определяется зона высокого сигнала, неоднородная по структуре, без чётких границ. Боковые желудочки мозга умеренно расширены (больше левый). Под образованием в бассейне средней мозговой артерии слева определяется очаг низкого сигнала на T2 режиме, размером 0,7*0,6 см. Определить неврологические синдромы, топический диагноз, клинический диагноз.

152. Пациент Х., 35 лет в течение последних 6 месяцев отмечает снижение слуха на правое ухо. Лечилась в ЛОР-отделении без эффекта. На протяжении последних 2 месяцев появилось головокружение, неустойчивость при ходьбе. При обследовании сознание ясное, когнитивных нарушений нет, менингеальных знаков нет; движения глазных яблок в полном объёме, снижение слуха на правое ухо, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, движения в конечностях в полном объёме, пальценосовую и пяточно-коленную пробу справа выполняет с мимопопаданием, в позе Ромберга неустойчива, отклоняется вправо. На глазном дне – отёк дисков зрительных нервов. МРТ головного мозга: патологическое образование в правом мосто-мозжечковом углу, умеренно выраженная гидроцефалия. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

153. Пациент С., доставлена в отделение с жалобами на выраженную слабость в конечностях, особенно в ногах, болей, парестезий и онемения в них, слабости в мышцах лица. Заболела

5 дней назад, после простуды, когда появились боли и слабость в ногах, а через день и в руках, утром перекосило лицо. В неврологическом статусе: плохо морщит лоб, глаза полностью не закрывает (лагофтальм), оскал зубов затруднен, не может надуть щеки и сложить губы в трубочку. Активные движения в конечностях резко ограничены, особенно в ногах, сила снижена до 2 баллов, тонус снижен, сухожильные рефлексy не вызываются. Гипестезия в дистальных отделах рук и ног по типу «носков» и «перчаток». При стимуляционной электронейромиографии выявлено значительное снижение скорости проведения импульсов; в ликворе белок 1,8 г/л, лимфоциты – 20 в 1 мкл. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

154. Пациентка 40 лет доставлена в больницу с жалобами на головокружение, нарушение глотания, которые возникли около 1,5 часов назад. Около 10 лет назад диагностирован вследствие ревматизма развился порок сердца, наблюдается у кардиолога. Данные объективного обследования: сознание ясное, диастолический шум на митральном клапане, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, Неврологический статус: сознание ясное, менингеальных знаков нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях слева, мимопопадание и интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях. РКТ, выполненное при поступлении, очаговых изменений вещества головного мозга не выявило. Описать клинические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

155. Пациент 33 лет был избит неизвестными, получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота. Службой скорой медицинской помощи доставлен в приёмный покой. При обследовании через час после травмы, предъяв-

ляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. Неврологический статус: дезориентирован в месте и времени, ориентирован в собственной личности, обстоятельства травмы не помнит. Выявляется ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При РКТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в полюсе левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности. При люмбальной пункции цитоз 40 клеток – эритроциты, белок 0,45 г/л. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагноз.

156. Пациент Р., 62 лет жалуется на головную боль и тошноту, которые постепенно усиливаются в течение последних 3 недель и постепенно усиливаются. В последние 3 дня на высоте приступа головной боли по утрам возникла рвота. Головные боли начались после травмы: больной поскользнулся и упал в ванной комнате. После травмы кратковременно потерял сознание, появилась головная боль, тошнота. За медицинской помощью не обращался. Объективно: артериальное давление 140/80 мм.рт.ст., ЧСС=82 в минуту; в неврологическом статусе: ориентирован в пространстве, времени, собственной личности, сонлив, функция черепно-мозговых нервов не нарушена, сила в руках и ногах достаточная, определяется повышение сухожильных и периостальных рефлексов с левых конечностей, симптом Бабинского слева. При исследовании глазного дна выявлены начальные признаки застойных изменений дисков зрительных нервов. При РКТ головного мозга определяется зона неоднородно повышенного сигнала субдурально справа, смещение срединных структур на 10 мм. Описать клинические синдромы, установить топический и клинический диагноз.

174. Пациент Ю., 15 лет, поступил в приёмный покой с жалобами на головные боли. Со слов родителей в последствие время отмечается странное поведение, не критичность, неопрятность, склонность к плоским остроумиям. Объективно: сознание угнетено, вял, эпизодически возникает эйфория, склонность к немотивиро-

ванным поступкам, неопрятен. Справа обоняние отсутствует. Зрение на правый глаз снижено до уровне правильного световосприятия, острота зрения на левый глаз – 0,8. Определяется атрофия диска правого зрительного нерва, слева – застойный диск зрительного нерва. Зрачки D=S, фотореакция правого зрачка ослаблена. Реакция зрачков на конвергенцию сохранена. Движения глазных яблок в полном объёме. Сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта. Нистагма нет, нарушений слуха, расстройств фонации и глотания не выявлено. Язык по средней линии. Сила в руках и ногах достаточная. Тонус мышц не изменён. Нарушена координация движений в левой руке. Сухожильные рефлексы $S > D$, определяется кистевой рефлекс Россолимо слева. МРТ головного мозга: зона неоднородного сигнала на T2- и T1 изображения в правой лобной доле с выраженным перифокальным отёком. Описать клинические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ

Задача 1. Центральный правосторонний гемипарез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение колена левой внутренней капсулы.

Задача 2. Дистальный периферический парапарез ног.

Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества спинного мозга в поясничном утолщении.

Задача 3. Проксимальный периферический парез правой руки. Центральный бипарез справа.

Топический диагноз: поражение передних рогов и бокового канатика спинного мозга на уровне шейного утолщения.

Задача 4. Периферический умеренный парез правой руки.

Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества спинного мозга на уровне шейного утолщения справа.

Задача 5. Центральная параплегия ног. Тотальная анестезия по проводниковому типу с уровня D12. Центральный нейрогенный мочевой пузырь.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение спинного мозга на уровне D12.

Задача 6. Дистальный периферический монопарез левой кисти. Анестезия в зоне C8-D1 слева.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение нижнего первичного пучка плечевого сплетения.

Задача 7. Выраженный центральный парапарез ног, проводниковая поверхностная анестезия с уровня D10, центральный нейрогенный мочевой пузырь.

Топический диагноз: полное поперечное поражение спинного мозга на уровне D10.

Задача 8. Периферический парез разгибания голени. Поверхностная гипестезия в зоне иннервации правого бедренного нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого бедренного нерва.

Задача 9. Поверхностная гипестезия в зоне иннервации левого седалищного нерва. Периферический дистальный парез левой ноги.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого седалищного нерва.

Задача 10. Двухстороннее поражение передних рогов серого вещества спинного мозга и боковых канатиков (пирамидных путей) на уровне шейного утолщения.

Задача 11. Проксимальная периферическая моноплегия правой руки. Поверхностная анестезия в дерматомах C5-C6 справа. Синдром Дюшен-Эрба.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение верхнего первичного пучка плечевого сплетения.

Задача 12. Центральная моноплегия левой ноги. Проводниковая гипестезия поверхностной чувствительности с уровня D7 справа. Поверхностная анестезия по сегментарному типу на уровне D5 сегмента слева.

Топический диагноз: Поражение левой половины спинного мозга на уровне D5 (поражение пирамидных путей, спиноталамических путей, задних рогов серого вещества спинного мозга).

Задача 13. Периферическая моноплегия правой ноги.

Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества спинного мозга справа в поясничном утолщении.

Задача 14. Центральный тетрапарез. Тотальная анестезия с уровня C3. Центральный нейрогенный мочевой пузырь.

Топический диагноз: полное поперечное поражение спинного мозга на уровне C3 сегмента.

Задача 15. Тотальная анестезия L4-S2 по корешковому типу. Периферический нейрогенный мочевой пузырь.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение корешков L4-S2 с двух сторон (поражение конского хвоста).

Задача 16. Периферическая параплегия рук. Центральная параплегия ног. Синдром десимпатизации глаза (Бернара-Горнера). Тотальная анестезия по проводниковому типу с уровня С4. Центральный нейрогенный мочевого пузырь.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение спинного мозга на уровне сегментов С4-D2.

Задача 17. Периферический глубокий парализ ног. Болевая анестезия с уровня L5. Центральный нейрогенный мочевого пузырь.

Топический диагноз: поражение эпиконуса спинного мозга (L4-S2 сегменты спинного мозга).

Задача 18. Центральная тетраплегия. Тотальная анестезия с уровня С3. Парез диафрагмы. Центральный нейрогенный мочевого пузырь.

Топический диагноз: полное поперечное поражение спинного мозга на уровне С3.

Задача 19. Анестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу. Сенситивная полиневральная атаксия.

Топический диагноз: множественное поражение периферических нервов рук и ног.

Задача 20. Тотальная анестезия в зоне S3-S5. Периферический нейрогенный мочевого пузырь.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение мозгового конуса (сегменты спинного мозга S3-S5).

Задача 21. Периферическая параплегия ног. Тотальная анестезия в зоне L2-S5. Периферический нейрогенный мочевого пузырь.

Топический диагноз: поражение конского хвоста.

Задача 22. Корешковая анестезия в зоне D10-D12.

Топический диагноз: двухсторонне поражение корешков D10-D12.

Задача 23. Поверхностная сегментарная анестезия в зоне C5-D1 справа. Топический диагноз: поражение задних рогов серого вещества правой половины спинного мозга на уровне сегментов C5-D1.

Задача 24. Расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу с уровня D7 справа. Сенситивная атаксия правой ноги.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение задних столбов спинного мозга справа на уровне D7.

Задача 25. Поражение правого таламуса.

Задача 26. Поражение задних отделов правой внутренней капсулы.

Задача 27. Поражение правой внутренней капсулы.

Задача 28. Опоясывающий герпес лица справа. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого тройничного ганглия.

Задача 29. Периферическая правосторонняя аносмия. Топический диагноз: поражение правого обонятельного нерва.

Задача 30. Офтальмопарез вследствие недостаточности правого глазодвигательного нерва. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого глазодвигательного нерва.

Задача 31. Паралич правой наружной прямой мышцы. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого отводящего нерва.

Задача 32.. Паралич правой верхней косой мышцы.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого блокового нерва.

Задача 33. Периферический мимический парез справа. Дизартрия справа. Агевзия передних 2/3 правой половины языка справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого лицевого нерва в канале лицевого нерва выше стременного нерва.

Задача 34. Периферический мимический парез справа.

Топический диагноз: Очаговое органическое поражение правого лицевого нерва ниже отхождения барабанной струны.

Задача 35. Периферический мимический парез справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого лицевого нерва ниже отхождения стременного нерва.

Задача 36. Периферический мимический парез справа. Ксерофтальмия. Дизартрия справа. Агевзия передних 2/3 языка справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого лицевого нерва в канале лицевого нерва выше отхождения большого каменистого нерва.

Задача 37. Периферический мимический парез справа. Ксерофтальмия справа. Агевзия передних 2/3 языка справа. Анакузия справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого преддверно-улиткового и лицевого нервов в внутреннем слуховом проходе.

Задача 38. Периферический мимический парез справа. Дизартрия справа. Центральная биоплегия справа. Альтернирующий синдром Мийара-Гублера.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой половины ствола мозга на уровне ядра лицевого нерва.

Задача 39. Гипакузия слева. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого преддверно-улиткового нерва.

Задача 40. Периферическая глоссоплегия (периферический паралич языка). Топический диагноз: поражение ядер подъязычного нерва.

Задача 41. Периферический парез левой половины языка. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого подъязычного нерва.

Задача 42. Синдром нарушения симпатической иннервации левого глаза (синдром Бернара-Горнера слева). Топический диагноз: возможно поражение левого цилиоспинального центра (боковые рога спинного мозга на уровне C8-D1), левого верхнего симпатического ганглия, симпатических волокон, иннервирующих мышцы глазного яблока.

Задача 43. Паралич грудинно-ключично-сосцевидных мышц, трапециевидных мышц. Топический диагноз: Очаговое органическое поражение добавочных нервов (или их ядер).

Задача 44. Симпаталгия лица и шеи справа. Топический диагноз: поражение правого звёздчатого ганглия.

Задача 45. Языкоглоточная невралгия справа. Топический диагноз: поражение правого языкоглоточного нерва.

Задача 46. Бульбарный паралич. Топический диагноз: поражение моторных ядер IX, X, XII черепно-мозговых нервов.

Задача 47. Правосторонняя гомонимная центральная гемианопсия. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой затылочной доли.

Задача 48. Правосторонняя трактусовая гемианопсия. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого зрительного тракта.

Задача 49. Парциальный моторный адверсивный приступ (с поворотом головы и глаз вправо). Топический диагноз: раздражение задних отделов левой средней лобной извилины.

Задача 50. Парциальный обонятельный эпилептический приступ.

Топический диагноз: раздражение медиальных отделов височной доли.

Задача 51. Парциальный моторный эпилептический приступ (брахиофациальный справа).

Топический диагноз: раздражение левой передней центральной извилины (нижних отделов).

Задача 52. Офтальмоплегия справа вследствие недостаточности функции правого глазодвигательного нерва. Центральная левосторонняя гемиплегия. Альтернирующий синдром Вебера.

Топический диагноз: Очаговое органическое поражение правой ножки мозга.

Задача 53. Периферический парез левой половины языка. Центральная биплегия справа. Синдром Джексона.

Топический диагноз. Очаговое органическое поражение левой половины продолговатого мозга на уровне ядра подъязычного нерва.

Задача 54. Синдром «лобной психики» (лобнодолевая мория). Топический диагноз: поражение лобных долей головного мозга.

Задача 55. Поражении левой теменной доли.

Задача 56. Поверхностная анестезия правой половины лица по сегментарному типу. Тотальная анестезия по проводниковому типу с уровня С2.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой половины ствола мозга на уровне ядра спинномозгового

тракта тройничного нерва.

Задача 57. Очаговое органическое поражение средней части хиазмы.

Задача 58. Паркинсонизм.

Топический диагноз: поражение нигропаллидарного отдела экстрапирамидной системы.

Задача 59. Хореический гиперкинез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение скорлупы.

Задача 60. Тотальная апраксия. Топический диагноз: поражение надкраевой извилины левой теменной доли головного мозга.

Задача 61. Динамическая мозжечковая атаксия справа. Топический диагноз: поражение правого полушария мозжечка.

Задача 62. Мозжечковая статико-локомоторная атаксия.

Топический диагноз поражение червя мозжечка.

Задача 63. Мозжечковая статико-динамическая атаксия. Топический диагноз: поражение мозжечка.

Задача 64. Поражение обеих затылочных долей.

Задача 65. Неврологические синдромы: периферический парез разгибания правой руки, гипестезия в зоне иннервации правого лучевого нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого лучевого нерва на уровне плеча.

Клинический диагноз: Компрессионно-ишемическая нейропатия правого лучевого нерва.

Задача 66. Неврологические синдромы: бульбарный синдром, смешанный тетрапарез.

Топический диагноз: поражение двигательных ядер IX, X, XII черепно-мозговых нервов, передних рогов серого вещества спинного мозга на уровне шейного утолщения, пирамидных путей.

Клинический диагноз: Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.

Задача 67. Неврологические синдромы: поверхностная анестезия в зонах Зельдера слева, дерматомах C4 с двух сторон, C5-D1 слева по сегментарному типу; явления пирамидной недостаточности в ногах, ангиотрофопатические расстройства на руках.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого ядра спинального тракта тройничного нерва, задних рогов спинного мозга сегмента C4 с двух сторон, задних рогов серого вещества спинного мозга на уровне сегмента C5-D1 слева, поражение боковых рогов на уровне шейного утолщения; пирамидных путей на уровне шейного отдела спинного мозга.

Клинический диагноз: Сирингомиелия, сообщающаяся форма.

Задача 68. Неврологические синдромы: центральный выраженный парез правой ноги, болевая анестезия с уровня D7 слева по проводниковому типу.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение пирамидных путей и спиноталамических путей правой половины спинного мозга на уровне D7 сегмента.

Клинический диагноз: Позвоночно-спинальная травма. Проникающая рана с повреждением правой половины спинного мозга на уровне D7 сегмента.

Задача 69. Неврологические синдромы: невралгия в зоне иннервации II ветви правого тройничного нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение II ветви правого тройничного нерва.

Клинический диагноз: идиопатическая невралгия второй ветви правого тройничного нерва.

Задача 70. Неврологические синдромы: периферический ми-

мический парез справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого лицевого нерва после выхода из канала лицевого нерва.

Клинический диагноз: Острая нейропатия правого лицевого нерва.

Задача 71. Неврологические синдромы: болевая анестезия в зоне иннервации правого срединного нерва, парез сгибания 1-3 пальцев правой кисти, ангиотрофопатический синдром (каузалгия, КРБС II типа).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого срединного нерва.

Клинический диагноз: Травматическая нейропатия правого срединного нерва.

Задача 72. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне иннервации левого локтевого нерва, парез сгибания 4-5 пальцев левой кисти.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого локтевого нерва.

Клинический диагноз: Травматическая нейропатия левого локтевого нерва.

Задача 73. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне иннервации срединных нервов с обеих сторон, ангиотрофопатический синдром.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение обоих срединных нервов.

Клинический диагноз: Компрессионно-ишемическая нейропатия срединных нервов.

Задача 74. Неврологические синдромы: периферический парез разгибания правой стопы, болевая гипестезия в зоне иннервации правого общего малоберцового нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого общего малоберцового нерва.

Клинический диагноз: Компрессионно-ишемическая нейропатия правого общего малоберцового нерва.

Задача 75. Неврологические синдромы: болевая гипестезия с гиперпатией в зоне иннервации правого наружного кожного нерва бедра.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение наружного кожного нерва бедра.

Клинический диагноз: компрессионная невропатия правого наружного кожного нерва бедра.

Задача 76. Неврологические синдромы: проксимальный периферический парепарез рук. Болевая гипестезия в дерматомах C5-C6 симметрично.

Топический диагноз: очаговое органическое двухстороннее поражение верхних пучков плечевого сплетения.

Клинический диагноз: Двухсторонняя компрессионная плечевая плексопатия.

Задача 77. Неврологические синдромы: дистальный периферический парепарез рук, гипестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу.

Топический диагноз: множественное органическое поражение нервов рук и ног.

Клинический диагноз: Токсическая ртутная полинейропатия.

Задача 78. Неврологические синдромы: бульбарный синдром, периферический парепарез рук, периферический парепарез ног, тотальная гипестезия рук и ног по полиневральному типу.

Топический диагноз: множественное поражение нервно-мышечных синапсов.

Клинический диагноз: Токсический миастенический синдром (отравление фосфорно-органическими соединениями).

Задача 79. Неврологические синдромы: бульбарный парез, дистальный периферический парепарез ног, гипестезия рук и ног по полиневральному типу.

Топический диагноз: множественное поражение периферических нервов рук и ног, IX, X, XII черепно-мозговых нервов.

Клинический диагноз: Дифтерийная полинейропатия.

Задача 80. Неврологические синдромы: периферический дистальный парепарез ног, расстройство глубокой чувствительности в дистальных отделах ног по полиневральному типу, сенситивная полиневральная атаксия, нейрогенный мочевой пузырь.

Топический диагноз: множественное поражение нервов нижних конечностей.

Клинический диагноз: Диабетическая сенсомоторно-вегетативная полинейропатия.

Задача 81. Неврологические синдромы: дистальный периферический тетрапарез, болевая гипестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу, ангиотрофопатический синдром, смешанная атаксия.

Топический диагноз: многоочаговое поражение нервной системы: нервов верхних и нижних конечностей, мозжечка.

Клинический диагноз: Алкогольная энцефалопатия. Алкогольная полинейропатия.

Задача 82. Неврологические синдромы: болевая гиперестезия в зоне D5-D6 слева.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение спинальных ганглиев D5-D6 слева.

Клинический диагноз: Опоясывающий герпес.

Задача 83.

Неврологические синдромы: периферический дистальный парепарез ног, тотальная гипестезия в дистальных отделах ног по полиневральному типу.

Топический диагноз: множественное поражение периферических нервов ног.

Клинический диагноз: Наследственная сенсо-моторная полинейропатия Шарко-Мари-Тута.

Задача 84. Неврологические синдромы: синдром паркинсонизма.

Топический диагноз: поражение нигропаллидарного комплекса.

Клинический диагноз: Болезнь Паркинсона, смешанная форма.

Задача 85. Неврологические синдромы: периферический тетрапарез, бульбарный синдром, парез жевательных мышц, болевая гипестезия рук и ног по полиневральному типу.

Топический диагноз: множественное поражение нервов рук и ног, поражение V, IX, X, XII черепно-мозговых нервов.

Клинический диагноз: острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре.

Задача 86. Неврологические синдромы: периферический дистальный парез правой руки, ангиотрофопатический синдром правой кисти; миофасциальный синдром передней лестничной мышцы.

Топический диагноз: поражение плечевого сплетения.

Клинический диагноз: Синдром передней лестничной мышцы справа с компрессией пучков плечевого сплетения.

Задача 87. Неврологические синдромы: психогенная фокальная мышечная дистония (писчий спазм).

Топический диагноз: функциональное расстройство нервной системы.

Клинический диагноз: Диссоциативное (конверсионное) расстройство личности с психогенным писчим спазмом.

Задача 88. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, офтальмопарез справа вследствие недостаточности функции глазодвигательного нерва.

Топический диагноз: раздражение мозговых оболочек, очаговое органическое поражение правого глазодвигательного нерва.

Клинический диагноз: Геморрагический инсульт по типу субарахноидального кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы.

Задача 89. Неврологические синдромы: центральный правосторонняя гемиплегия, правосторонняя гемианестезия, правосторонняя гемианопсия.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой внутренней капсулы.

Клинический диагноз: Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии.

Задача 90. Неврологические синдромы: первично-генерализованный судорожный приступ.

Топический диагноз: диффузное раздражение коры лобных долей.

Клинический диагноз: Симптоматическая лобная эпилепсия.

Задача 91. Неврологические синдромы: Периферический парез рук. Центральный парез ног. Преходящий парез глотки. Синдром Унтерхарнштадта (дроп-атака).

Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества спинного мозга на уровне шейного утолщения, поражение пирамидных путей.

Клинический диагноз: Вертеброгенная шейная миелопатия, явления вертебробазилярной недостаточности.

Задача 92. Неврологические синдромы: дистальный периферический парез рук, центральный рефлекторный парез левой ноги, поверхностная анестезия по сегментарному типу в левой руке (дерматомы C5-D1).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение передних рогов серого вещества спинного мозга на уровне шейного утолщения с обеих сторон, поражение левого пирамидного тракта, поражение задних рогов серого вещества спинного мозга на уровне сегментов C5-D2, поражение боковых рогов серого вещества спинного мозга слева на уровне C8-DII.

Клинический диагноз: Сирингомиелия, сообщающаяся шейно-грудная форма.

Задача 93. Неврологические синдромы: амблиопия справа, центральная левосторонняя гемиплегия, левосторонняя гемианестезия.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой внутренней капсулы (пирамидных и бульботаламических путей), поражение правого зрительного нерва.

Клинический диагноз: Ишемический атеротромботический инсульт в правом каротидном бассейне.

Задача 94. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне S1 справа выраженный вертебральный синдром в области поясницы.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение корешка S1 справа.

Клинический диагноз: Вертеброгенная (дискогенная) радикулопатия S1 справа.

Задача 95. Неврологические синдромы: Гиперестезия в зоне иннервации левого тройничного нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого тройничного ганглия.

Клинический диагноз: Ганглиопатия левого тройничного ганглия.

Задача 96. Неврологические синдромы: тотальная гипестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу, дистальный периферические парепарез ног, ангиотрофопатические расстройства в области ног, сенситивная полиневральная атаксия.

Топический диагноз: множественное поражение нервов рук и ног.

Клинический диагноз: Алкогольная полинейропатия.

Задача 97. Неврологические синдромы: периферический парез I-III пальцев левой кисти, болевая гипестезия в зоне иннервации левого срединного нерва на кисти, ангиотрофоалгический синдром в области правой кисти.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого срединного нерва на уровне предплечья.

Клинический диагноз: травматической нейропатия левого срединного нерва.

Задача 98. Неврологические синдромы: центральный брахиофациальный парез справа, эфферентная моторная афазия, гипестезия правой руки.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: ишемический гемодинамический инсульт в левом каротидном бассейне.

Задача 99. Неврологические синдромы: моторная афазия, центральная правосторонняя гемиплегия, гемигипестезия справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобно доли и постцентральной извилины слева.

Клинический диагноз: Ишемический атеротромботический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии.

Задача 100. Неврологические синдромы: кома II (глубокая кома), центральная левосторонняя гемиплегия, паралич взора влево.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой лобной доли.

Клинический диагноз: Геморрагический инсульт по типу внутримозговой гематомы в правой лобной доли с прорывом крови в желудочковую систему.

Задача 101. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, офтальмопарез справа, геморрагический ликворный синдром

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого глазодвигательного нерва, поражение мозговых оболочек.

Клинический диагноз: Геморрагический инсульт по типу субарахноидального кровоизлияния вследствие разрыва аневризмы.

Задача 102. Неврологические синдромы: центральная левосторонняя гемиплегия, левосторонняя гемианестезия, левосторонняя гемианопсия.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой внутренней капсулы.

Клинический диагноз: ЦВБ. Геморрагический инсульт по типу внутримозгового кровоизлияния (медиальная гематома в левом полушарии).

Задача 103. Неврологические синдромы: бульбарный парез, смешанный парапарез рук, центральный парапарез ног.

Топический диагноз: многоочаговое поражение нервной системы – поражение моторных ядер IX, X, XII черепно-мозговых нервов, поражение пирамидных путей, передних рогов серого вещества спинного мозга.

Клинический диагноз: Боковой амиотрофический склероз.

Задача 104. Неврологические синдромы: периферический дистальный парапарез ног, гипестезия в зоне дерматомов L5-S2; гиперестезия в зоне дерматомов S3-S5.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение конского хвоста.

Клинический диагноз: Вертеброгенный (дискогенный) компрессионный каудальный синдром.

Задача 105. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне S1 с двух сторон, вертебральный синдром в области поясницы.

Топический диагноз: поражение корешков S1 с двух сторон.

Клинический диагноз: Вертеброгенная дискогенная радикулопатия S1 с двух сторон.

Задача 106. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне иннервации левого лучевого нерва. Периферический парез разгибателей левой кисти.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого лучевого нерва на уровне плечевой кости.

Клинический диагноз: Компрессионно-ишемическая нейропатия левого лучевого нерва.

Задача 107. Неврологические синдромы: Гипестезия в зоне иннервации правого бедренного нерва. Периферический парез разгибания голени. Нейрогенный болевой синдром.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого бедренного нерва.

Клинический диагноз: Травматическая нейропатия правого бедренного нерва.

Задача 108. Неврологические синдромы: Задержка нервно-психического развития. Центральный правосторонний гемипарез. Парциальные моторные эпилептические приступы с вторичной генерализацией.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой прецентральной извилины, поражение коры больших полушарий.

Клинический диагноз: Детский церебральный паралич. Симптоматическая лобная эпилепсия.

Задача 109 Неврологические синдромы: внутричерепная гипертензия, парциальные моторные эпилептические приступы в левой стопе с вторичной генерализацией, явления пирамидной недостаточности (центральный левосторонний рефлекторный гемипарез).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой лобной доли.

Клинический диагноз: Цистицеркоз правой лобной доли.

Задача 110. Неврологические синдромы: центральный левосторонний брахиофациальный парез, парциальный моторный эпилептический приступ, менингеальный синдром.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение нижних отделов правой прецентральной извилины.

Клинический диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма средней тяжести. Ушиб головного мозга средней тяжести. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.

Задача 111. Неврологические синдромы: проксимальный периферический монопарез правой руки, болевая гипестезия в зоне дерматомов C4-C6 справа

Топический диагноз: очаговое органическое поражение верхнего первичного пучка плечевого сплетения.

Клинический диагноз: Травматическая плечевая плексопатия с поражением верхнего первичного пучка плечевого сплетения справа.

Задача 112. Неврологические синдромы: синдром внутримозговой гипертензии, центральная (корковая) гемианопсия, двусторонняя амблиопия, парциальный сенсорный зрительный эпилептический приступ с вторичной генерализацией.

Топический диагноз: Очаговое органическое поражение правой затылочной доли.

Клинический диагноз: Внутримозговая опухоль правой затылочной доли.

Задача 113. Неврологические синдромы: синдром внутримозговой гипертензии, центральный левосторонний гемипарез, мозжечковая динамическая атаксия справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой половины мозжечка со сдавлением ствола мозга.

Клинический диагноз: Внутримозговая опухоль правого полушария мозжечка.

Задача 114. Неврологические синдромы: синдром внутримозговой гипертензии, битемпоральная гемианопсия, нейроэндокринные расстройства.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение передней доли гипофиза.

Клинический диагноз: Гормонпродуцирующая аденома гипофиза с супраселлярным ростом.

Задача 115. Неврологические синдромы: поверхностная анестезия в зоне дерматомов D10-D12, поверхностная анестезия с уровня D12 слева по проводниковому типу, расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу с уровня D12 справа; центральный монопарез правой ноги.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой половины спинного мозга на уровне сегментов D10-D12.

Клинический диагноз: экстрamedулярная опухоль правой половины спинного мозга на уровне сегментов D10-D12.

Задача 116. Неврологические синдромы: центральная параплегия ног, тотальная проводниковая анестезия с уровня D10, нарушение функции тазовых органов по центральному типу.

Топический диагноз: поражение спинного мозга на уровне сегмента D10.

Клинический диагноз: Спинальный эпидуральный абсцесс (эпидурит) на уровне Th7 позвонка.

Задача 117. Неврологические синдромы: расстройство глубокой чувствительности по проводниковому (спинальному) типу; сенситивная заднестолбовая атаксия, двухсторонняя амблиопия, симптом Аргайла-Робертсона.

Топический диагноз: поражение задних столбов спинного мозга, зрительных нервов.

Клинический диагноз: Поздний нейросифилис, спинная сухотка.

Задача 118. Неврологические синдромы: периферический паралич правой руки, периферический паралич левой ноги.

Топический диагноз: поражение передних рогов серого вещества правой половины спинного мозга на уровне шейного утолщения и левой половины спинного мозга на уровне поясничного утолщения.

Клинический диагноз: Острый поствакцинальный паралитический полиомиелит.

Задача 119. Неврологические синдромы: периферический паралич мышц шеи, надплечий, рук.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение передних рогов серого вещества спинного мозга на уровне шейного утолщения, ядер добавочного нерва.

Клинический диагноз: клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.

Задача 120. Неврологические синдромы: психогенный левосторонний гемипарез, психогенная левосторонняя поверхностная анестезия.

Топический диагноз: функциональное расстройство нервной системы.

Клинический диагноз: диссоциативное расстройство (истерический невроз).

Задача 121. Неврологические синдромы: синдром паркинсонизма.

Топический диагноз: поражение nigroпаллидарного комплекса.

Клинический диагноз: постэнцефалитический паркинсонизм.

Задача 122. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, центральный левосторонний гемипарез, поверхностная гемигипестезия слева.

Топический диагноз: поражение мозговых оболочек, очаговое поражение правой внутренней капсулы.

Клинический диагноз: Ранний менингovasкулярный сифилис.

Задача 123. Неврологические синдромы: хореические гиперкинезы.

Топический диагноз: двухстороннее поражение скорлупы.

Клинический диагноз: Малая (ревматическая) хорея Сиденгама.

Задача 124. Неврологические синдромы: миопатические синдром с поражением рук, туловища, ног.

Топический диагноз: множественное поражение поперечно-полосатой скелетной мышечной ткани.

Клинический диагноз: Юношеская прогрессирующая конечностно-поясная миопатия Эрба-Рота.

Задача 125. Неврологические синдромы: Амблиопия справа. Недостаточность правого отводящего нерва. Центральный левосторонний гемипарез. Мозжечковая атаксия. Расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу в ногах.

Топический диагноз: определяется многоочаговое поражение головного мозга: поражение правого зрительного нерва, правого отводящего нерва, пирамидных путей, мозжечка.

Клинический диагноз: Рассеянный склероз, ремитирующее течение.

Задача 126. Неврологические синдромы: смешанная (мозжечковая и сенситивная заднестолбовая) атаксия, явления пирамидной недостаточности в ногах.

Топический диагноз: поражение задних канатиков спинного мозга, пирамидных путей, мозжечка.

Клинический диагноз: Болезнь Фридрейха.

Задача 127. Неврологические синдромы: офтальмопарез справа (недостаточность функции правого глазодвигательного нерва), центральный левосторонний гемипарез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой ножки мозга.

Клинический диагноз: Последствия (остаточные явления) коревого менингоэнцефалита.

Задача 128. Неврологические синдромы: умеренное оглушение, менингеальный синдром, двухсторонняя гипакузия, воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления).

Топический диагноз: поражение мозговых оболочек, двухстороннее поражение преддверно-улиткового нерва.

Клинический диагноз: острый гнойный менингококковый менингит.

Задача 129. Неврологические синдромы: глубокое оглушение, менингеальный синдром, синдром внутричерепной гипертензии, парез левой половины глотки и мягкого нёба, центральный правосторонний гемипарез, мозжечковая динамическая атаксия слева.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого полушария мозжечка со сдавлением левой половины ствола мозга.

Клинический диагноз: Отогенный абсцесс левого полушария мозжечка.

Задача 130. Неврологические синдромы: периферический парапарез рук и центральный парапарез ног. Тотальная гипестезия по проводниковому (спинальному) типу с уровня дерматома С4. Признаки нарушения функции тазовых органов по центральному типу. Синдром десимпатизации глаза (Горнера) слева.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение спинного мозга на уровне сегментов С5-D1.

Клинический диагноз: интрамедуллярная опухоль шейного отдела спинного мозга.

Задача 131. Неврологические синдромы: двухсторонняя пирамидная недостаточность, центральный мимический парез (прозопарез) справа, двухсторонняя недостаточность отводящих нервов, синдром внутричерепной гипертензии.

Топический диагноз: многоочаговое поражение головного мозга.

Клинический диагноз: Гипоксически-ишемическая энцефалопатия с гипертензионно-гидроцефальным синдромом.

Задача 132. Неврологические синдромы: центральный (спастический) тетрапарез, центральный мимический парез слева; алалия.

Топический диагноз: двухстороннее поражение пирамидных путей выше перекрёста пирамид; поражение корковых центров речи.

Клинический диагноз: Детский церебральный паралич, спастическая, форма Литтля.

Задача 133. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, воспалительный ликворный синдром (признаки серозного воспаления).

Топический диагноз: поражение мозговых оболочек.

Клинический диагноз: Вирусный серозный менингит (вызванный вирусом эпидемического паротита).

Задача 134. Неврологический синдром: миастенический синдром.

Топический диагноз: поражение нервно-мышечной передачи.

Клинический диагноз: Миастения, глазная форма.

Задача 135. Неврологические синдромы: расстройство сознания по глубине: глубокое оглушение, менингеальный синдром, центральный правосторонний умеренный гемипарез, воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли, поражение мозговых оболочек.

Клинический диагноз: Отогенный гнойный менингоэнцефалит.

Задача 136. Неврологические синдромы: парциальные адверсивные эпилептический приступы (с поворотом головы и глаз влево) с вторичной генерализацией; центральный выраженный левосторонний гемипарез, глубокое оглушение.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой лобной доли.

Клинический диагноз: Травматическая энцефалопатия с центральным выраженным левосторонним гемипарезом. Симптоматическая травматическая лобная эпилепсия.

Задача 137. Неврологические синдромы: эпилептические приступы – простые абсансы.

Клинический диагноз: Идиопатическая детская абсансная эпилепсия.

Задача 138. Неврологические синдромы: парциальные обонятельные эпилептические приступы без и с вторичной генерализацией.

Топический диагноз: поражение медиальных отделов височных долей.

Клинический диагноз: Криптогенная височная эпилепсия.

Задача 139. Неврологические синдромы: корковые миоклонии (миоклонические приступы) в руках и ногах, генерализованные судорожные приступы.

Клинический диагноз: идиопатическая юношеская миоклоническая эпилепсия.

Задача 140. Неврологические синдромы: центральный умеренный парапарез ног, центральный нейрогенный мочевого пузыря.

Топический диагноз: многоочаговое поражение нервной системы – поражение пирамидных путей выше поясничного утолщения, поражение ретикулоспинальных волокон.

Клинический диагноз: Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение.

Задача 141. Неврологические синдромы: парциальные моторные и психические (афатические) эпилептические приступы; центральный рефлекторный правосторонний гемипарез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: Метастатическая опухоль левой лобной доли.

Задача 142. Неврологические синдромы: умеренное оглушение, динамическая мозжечковая атаксия слева, менингеальный синдром. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого полушария мозжечка. Клинический диагноз: Геморрагический инсульт по типу внутримозговой гематомы в левой гемисфере мозжечка.

Задача 143. Неврологические синдромы: миастенический синдром. Топический диагноз: поражение нервно-мышечных синапсов. Клинический диагноз: Миастения, глазная форма.

Задача 144. Клинические синдромы: умеренная кома (кома I), офтальмопарез вследствие недостаточности правого глазодвигательного нерва, центральная левосторонняя гемиплегия (альтернирующий синдром Вебера), менингеальные синдромы. Сочетание альтернирующего синдрома Вебера и расстройства сознания по глубине представляет собой дислокационный синдром – височно-тенториальное вклинение.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой ножки мозга.

Клинический диагноз: Тяжёлая черепно-мозговая травма. Травматическое сдавление головного мозга.

Задача 145. Неврологические синдромы: периферический умеренный проксимальный парез левой руки, болевая гипестезия в зоне С6 слева.

Топический диагноз: поражение корешков спинного мозга С5 и С6 слева.

Клинический диагноз: Шейный остеохондроз. Вертеброгенная радикулопатия С5 и С6 слева.

Задача 146. Клинические синдромы: на момент поступления – анозогнозия, левосторонняя гемианопсия, центральная левосторонняя гемиплегия, болевая гемигипестезия слева; на момент описания – анозогнозия, левосторонняя гемианопсия, центральная плегия левой руки, глубокий парез левой ноги, болевая гемигипестезия слева.

Топический диагноз: органическое поражение лобной, теменной и височной доли правого полушария.

Клинический диагноз. Цереброваскулярная болезнь на фоне артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза. Ишемический инсульт в правом каротидном бассейне с левосторонней гемианопсией, центральной пегией левой руки, глубоким парезом левой ноги.

Задача 147. Синдром: миопатия с поражением мышц верхних и нижних конечностей, туловища.

Топический диагноз: множественное поражение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры.

Клинический диагноз: Прогрессирующая мышечная дистрофия Эрба-Рота.

Задача 148. Неврологические синдромы: дрожательно-ригидно-акинетический синдром (синдром паркинсонизма), периферическая вегетативная недостаточность; топический диагноз: поражение нигростриарного комплекса; клинический диа-

гноз: болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидно-акинетическая форма, стадия 3.0, быстрый темп прогрессирования.

Задача 149. Неврологические синдромы: моторная афазия. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной и теменной доли. Клинический диагноз: Промежуточный период черепно-мозговой травмы средней тяжести: ушиб головного мозга в левой лобной и теменной области вследствие вдавленного оскольчатого перелома, состояние после резекционной трепанации черепа, удаления костных отломков.

Задача 150. Неврологические синдромы: двухсторонняя амблиопия, центральный умеренный парепарез ног, мозжечковая статико-динамическая атаксия, центральный нейрогенный мочевой пузырь.

Топический диагноз: многоочаговое поражение нервной системы: поражение мозжечка, пирамидных путей, зрительных нервов, ретикулоспинальных путей.

Клинический диагноз: Рассеянный склероз, ремитирующее течение.

Задача 151. Неврологические синдромы: моторная афазия, синдром лобной психики, умеренный центральный правосторонний гемипарез, поверхностная гемигипестезия справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли, левой внутренней капсулы.

Клинический диагноз. Геморрагический инсульт по типу внутримозговой гематомы вследствие разрыва аневризмы средней мозговой артерии.

Задача 152. Неврологические синдромы: гипоакузия справа, смешанная вестибулярно-мозжечковая правосторонняя динамическая атаксия.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого преддверно-улиткового нерва и правого полушария мозжечка.

Клинический диагноз: Невринома правого слухового (преддверно-улиткового нерва).

Задача 153. Неврологические синдромы: выраженный дистальный периферический тетрапарез, гипестезия рук и ног по полиневральному типу, двухсторонний периферический прозопарез, белково-клеточная диссоциация в ликворе.

Топический диагноз: многоочаговое органическое поражение нервов верхних и нижних конечностей, поражение обоих лицевых нервов.

Клинический диагноз: Острая демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре.

Задача 154. Неврологические синдромы: альтернирующий синдром Захарченко-Валенберга, включающий поверхностную гипестезию правой половины лица по сегментарному типу, левостороннюю поверхностную гемигипестезию, парез мягкого нёба и правой половины глотки, мозжечковую динамическую атаксию слева.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой половины ствола головного мозга на уровне ядер IX и X черепно-мозговых нервов, поражение правого полушария мозжечка (бассейн правой задней нижней мозжечковой артерии).

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне, острый период.

Задача 155. Неврологические синдромы: умеренное оглушение, центральный рефлекторный гемипарез справа, вестибулярная дисфункция, геморрагический ликворный синдром.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма средней степени тяжести. Ушиб головного мозга средней степени тяжести (левой лобной доли). Травматическое субарахноидальное кровоизлияние.

Задача 156. Неврологические синдромы: центральный левосторонний рефлекторный гемипарез.

Топический диагноз: органическое поражение пирамидных путей правого полушария.

Клинический диагноз: Травматическое сдавление головного мозга хронической субдуральной гематомой.

Задача 174. Неврологический синдромы: центральный мимический парез слева, явления пирамидной недостаточности слева, лобная атаксия в левой руке; синдром лобной психики, синдром Фостера-Кеннеди (амблиопия справа вследствие вторичной атрофии диска зрительного нерва, застойный диск зрительного нерва слева).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: Внутримозговая опухоль левой лобной доли.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биллер Х. Практическая неврология / Х. Биллер. – М.: Мед. лит., 2008. – Т. 1: Диагностика. – 512 с.
2. Биллер Х. Практическая неврология / Х. Биллер. – М.: Мед. лит., 2008. – Т. 2: Лечение. – 416 с.
3. Болезни нервной системы / под ред Н.Н. Яхно. – М., 2007. – Т.1,2.
4. Герасимова М.М. Нервные болезни / М.М. Герасимова. - Тверь: Изд-во «Губернская медицина», 2000. - 508 с.
5. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : в 2 т.: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 1. Неврология. - 4-е изд., доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 640 с. : ил..
6. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : в 2 т.: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 2. Нейрохирургия. - 4-е изд., доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 403 с. : ил.
7. Кадыков А.С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 232 с.
8. Кардионеврология / под ред. З.А. Суслиной, А.В. Фонакиной. – М.: ИМА-Пресс, 2011. – 264 с.
9. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: руководство для врачей / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 2010. – 720 с.
10. Крылов В.В. Лекции по черепно-мозговой травме / В.В. Крылов. - М.: Медицина, 2010.- 320 с.
11. Лобзин Ю.В. Менингиты и энцефалиты / Ю.В. Лобзин, В.В. Пилипенко, Ю.Н. Громыко. – СПб.: Фолиант, 2004. – 128 с.
12. Неврология: пер. с англ. / под ред. М. Самуэльса. - М.: Практика, 1997. - 640 с.
13. Нейрореаниматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы / под ред. С.В. Царенко. – М.: Медицина, 2006. – 352 с.
14. Никифоров А.С. Общая неврология: учеб. пособие для системы послевузовского образования врачей / А.С. Никифоров, Е.И. Гусев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.

15. Дуус Петер. Топический диагноз в неврологии / Петер Дуус. - М.: ИПЦ «ВАЗАР-ФЕРРО», 1998.- 328 с.
16. Пирадов М.А. Синдром Гийена-Барре: диагностика и лечение / М.А. Пирадов, Н.А. Супонева. – М.: Медпресс, 2011. – 208 с.
17. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей / Я.О. Попелянский. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 351 с.
18. Рассеянный склероз / под ред. Е.И. Гусева, И.А. Завалишина, А.Н. Бойко. – М.: Реал Тайм, 2011. – 528 с.
19. Саймон Р.П. Клиническая неврология / Р.П. Саймон, Гринберг Д., М.Дж. Аминофф. – М.: МЕДпресс-информ., 2009.- 480с.
20. Скворцова В.И. Руководство к практическим занятиям по неврологии для студентов медицинских вузов / В.И. Скворцова. - М.: РГМУ, 2001.- 211 с.
21. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 554 с.
22. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – СПб.: Политехника, 2010. – 614 с.
23. Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Нервные болезни: учебник / Т.А. Скоромец, А.А. Скоромец.- М., 2003. – 157 с.
24. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. - М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2006. - 520 с.
25. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Нервные болезни / А.В. Триумфов. – М., 2007.- 264 с.
26. Хронические нейроинфекции / под ред. И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 560 с.
27. Шварц П.Г. Нейрогенная задержка мочи / П.Г. Шварц, С.В. Попов. – М.: Пресс Бюро, 2011. – 224 с.

28. Экстрапирамидные расстройства вчера, сегодня, завтра / под ред. проф. О.С. Левина. – М., 2013. – 327 с.
29. Экстрапирамидные расстройства: руководства по диагностике и лечению / под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 608 с.
30. Яхно Н.Н. Частная неврология: ситуационные задачи и тесты / Н.Н. Яхно, В.А. Парфенов. – М., 2007.- 214 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

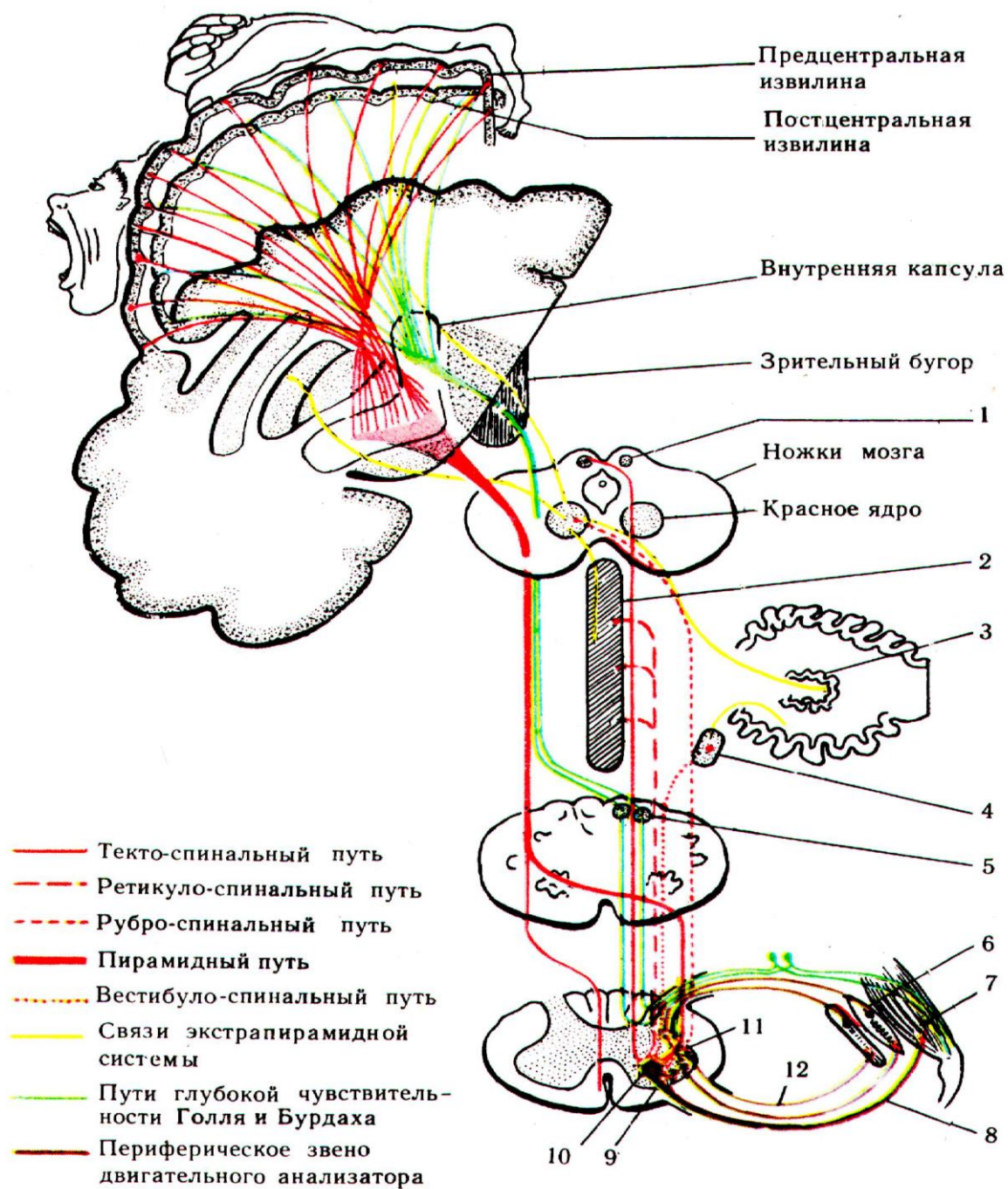


Рисунок 1. Схема проводящих двигательных путей для анализа моторных расстройств

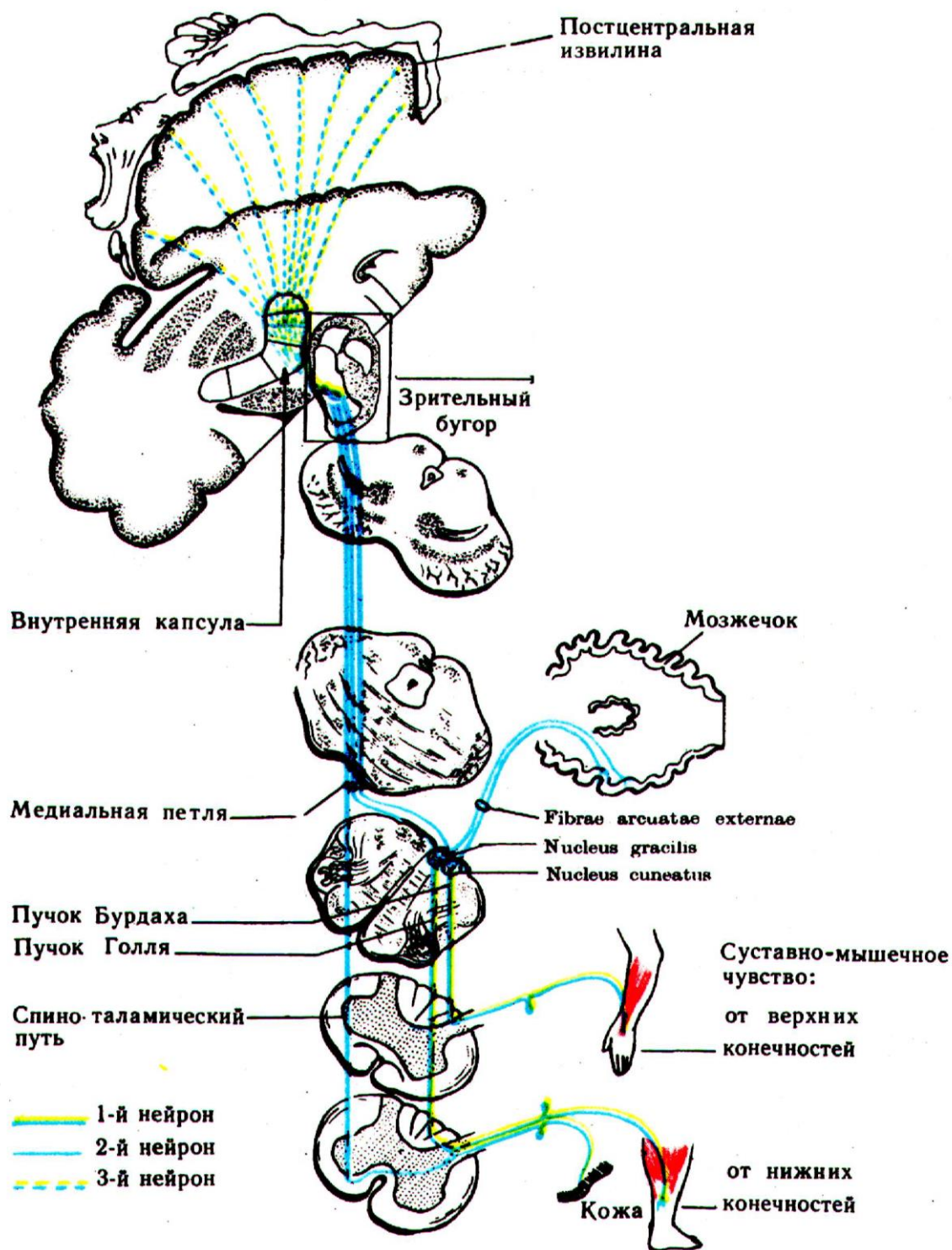


Рисунок 2. Схема проводящих чувствительных путей для анализа сенсорных расстройств

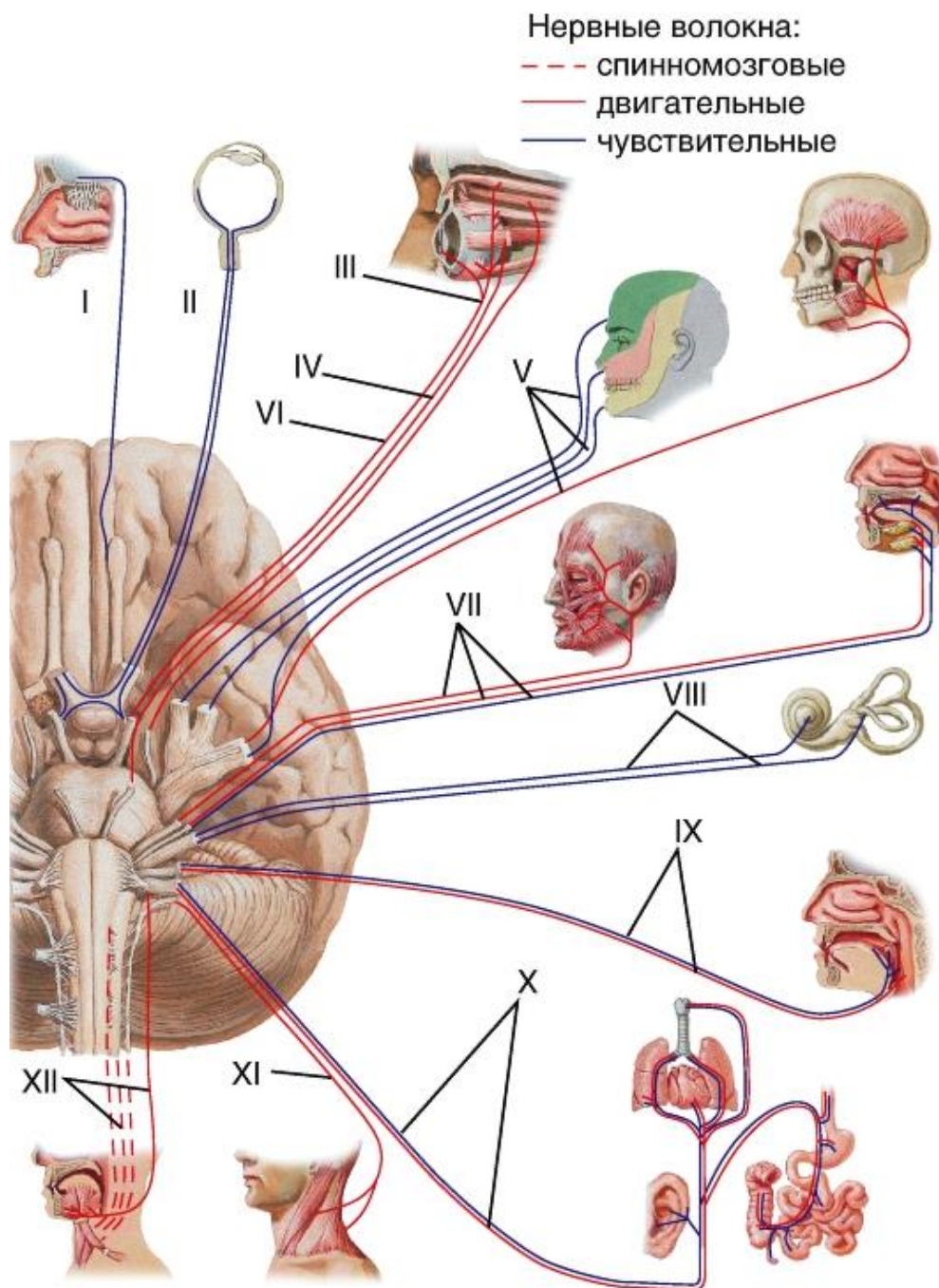


Рисунок 3. Схема мест выхода и зон иннервации черепных нервов.

