

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Медицинский факультет
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации

А.И. Мидленко

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОПУХОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.56 «НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Методические указания

Ульяновск, 2019

УДК 616.8 – 006 (075.8)
ББК 55.694.612 я 73
М 57

*Печатается по решению Ученого совета
Института медицины, экологии физической культуры
Ульяновского государственного университета*

Разработчик – д.м.н. профессор А.И. Мидленко
Рецензент – д.м.н. профессор В.В. Машин

Методические указания для организации работы ординаторов по учебной дисциплине
«Опухоли центральной нервной системы» - Мидленко А.И. Ульяновск, УлГУ, 2019.
<http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/4154>

Методические указания подготовлены в соответствии с требованиями рабочей программы и содержат методические рекомендации по основным разделам учебной дисциплины «Опухоли центральной нервной системы» согласно действующему учебному плану. Методические указания предназначены для ординаторов медицинского факультета, обучающихся по специальности 31.08.56 «Нейрохирургия».

Лист внесения изменений

В рабочую программу внесены изменения и дополнения на заседании кафедры		Заведующий кафедрой	
Протокол	Дата	Подпись	Дата
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 202_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 203_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 204_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 204_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 204_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 204_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 204_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 204_г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202_г.		“ _____ ” _____ 204_г.

Цели и задачи освоения дисциплины	4
Требования к результатам освоения дисциплины.....	5
Общая трудоемкость дисциплины	8
Содержание дисциплины	9
Темы практических и семинарских занятий.....	9
Самостоятельная работа обучающихся	11
Вопросы к зачету/дифференцированному зачету	13
Тесты к зачету	15
Ситуационные задачи	18
Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	49
Материально-техническое обеспечение дисциплины	50
Специальные условия для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья	51

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Цели освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача-специалиста по дисциплине «Опухоли центральной нервной системы» по специальности «Нейрохирургия», обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины: программы подготовки кадров высшей квалификации (врача-ординатора) по дисциплине Опухоли центральной нервной системы» по специальности «Нейрохирургия»:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-нейрохирурга, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

5. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

2. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение дисциплины направлено на формирование профессиональных компетенций

- профилактическая деятельность:

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);

- организационно-управленческая деятельность:

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11); готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

ОБУЧАЮЩИЙСЯ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

- Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с опухолевым поражением головного мозга
- Методику сбора анамнеза жизни, жалоб, осмотров, обследований (в том числе лабораторных и инструментальных) пациентов с опухолью головного мозга
- Этиологию и патогенез, патоморфологию, классификацию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы опухолевого поражения головного мозга
- Методы клинической и параклинической диагностики, показания для направления к врачам-специалистам, показания для экстренной и плановой стационарной помощи при подозрении на опухоль головного мозга
- Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с подозрением на опухоль головного мозга
- Методы лечения пациентов с опухолями головного мозга в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания

- медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи,
- Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения, применяемых для пациентов с опухолями головного мозга; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 - Общие принципы и методы медицинских вмешательств при опухолевом поражении головного мозга; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 - Порядок организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, основы и методы медицинской реабилитации, в т.ч. показания и противопоказания, для пациентов с опухолевым поражением головного мозга обучающийся должен уметь:
 - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, интерпретировать и анализировать полученную информацию при подозрении на опухоль головного мозга
 - Проводить осмотр и обследование, оценивать состояние нервной системы, других органов и систем организма, выявлять клинические симптомы и синдромы, интерпретировать и анализировать результаты осмотров и обследований у пациентов при подозрении на опухоль головного мозга
 - Обосновывать и планировать объем инструментальных и лабораторных исследований при подозрении на опухоль головного мозга в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,
 - Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных и лабораторных исследований пациентов с опухолью головного мозга
 - Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам, интерпретировать и анализировать результаты данных осмотров пациентов с опухолью головного мозга в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,
 - Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи пациентам с опухолью головного мозга в плановой форме в условиях стационара
 - Формулировать основной диагноз, сопутствующие заболевания и осложнения с учетом МКБ, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в

- результате диагностических процедур у пациентов с опухолью головного мозга
- Разрабатывать план лечения, назначать лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание, немедикаментозное лечение пациентам с опухолью головного мозга в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
 - Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения для пациентов с опухолью головного мозга
 - Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе, высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с различными видами опухолей (супратенториальные опухоли, глиомы, менингиомы, лимфомы, метастазы, опухоли хиазмально-селлярной области,
 - инфратенториальные опухоли, нейроэпителиальные опухоли, опухоли мостомозжечкового угла, опухоли краниоцервикального перехода, опухоли орбиты)
 - Принципы, методы и технику выполнения медицинских вмешательств, в том числе нейрохирургических, при различных видах опухолей; знать медицинские показания и противопоказания к их выполнению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
 - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при лечении пациентов с различными видами опухолей
 - Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с различными видами опухолей
 - Методы обезболивания пациентов с различными видами опухолей
 - Порядок организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, основы и методы медицинской реабилитации, в т.ч. показания и противопоказания, для пациентов с различными видами опухолей

ОБУЧАЮЩИЙСЯ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

- Формулировать основной диагноз, сопутствующие заболевания и осложнения с учетом МКБ, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с различными видами опухолей
- Разрабатывать план подготовки и выполнять медицинские вмешательства у пациентов с различными видами опухолей, в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими

- рекомендациями (протоколами лечения)
- Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с различными видами опухолей (в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения))
 - Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения, нейрохирургических вмешательств
 - Определять медицинские показания, разрабатывать план реабилитационных мероприятий, проводить мероприятия медицинской реабилитации и оценивать их эффект у пациентов с различными видами опухолей, в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
 - Определять медицинские показания для направления пациентов с различными видами опухолей к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторнокурортного лечения, в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
 - Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное опухолью головного мозга, на прохождение медико-социальной экспертизы
 - Порядок оказания экстренной медицинской помощи пациентам с опухолями головного мозга, головной болью на фоне острой нейрохирургической патологии
 - Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи пациентам с отеком и дислокацией мозга
 - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с отеком и дислокацией мозга, головной боли при нейрохирургической патологии
 - Методика сбора анамнеза жизни, жалоб, осмотров, обследований (в том числе лабораторных и инструментальных) пациентов с отеком и дислокацией мозга, головной болью при нейрохирургической патологии
 - Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы отека и дислокации мозга, головной боли при нейрохирургической патологии
 - Методы клинической и параклинической диагностики отека и дислокации мозга
 - Методы лечения пациентов с отеком и дислокацией мозга в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи,

клиническими рекомендациями (протоколами лечения),

- Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лечебного питания, применяемых для пациентов с отеком и дислокацией мозга; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
- Принципы и методы медицинских вмешательств, в том числе нейрохирургических, у пациентов с отеком и дислокацией мозга; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные
- Техника выполнения высокотехнологичных медицинских вмешательств, в том числе нейрохирургических, при отеке и дислокации мозга
- Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с отеком и дислокацией мозга
- Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с отеком и дислокацией мозга

3. ОБЩАЯ ТРУДОЕМКОСТЬ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1 Объем дисциплины по видам учебной работы (в часах) -36

Вид учебной работы	Количество часов (форма обучения очная)			
	Всего по плану	В т.ч. по семестрам		
		1	2	3
1	2	3	4	5
Контактная работа обучающихся с преподавателем в соответствии с УП	24			
Аудиторные занятия:				
лекции				
Семинары и практические занятия	24			
Самостоятельная работа	12			
Форма текущего контроля знаний и контроля самостоятельной работы: тестирование, реферат и др.(не менее 2 видов)	Тест, зачет			
Виды промежуточной аттестации (дифференцированный зачет, зачет)	зачет			
Всего часов по дисциплине	36			

3.2. Распределение часов по темам и видам учебной работы:
 Форма обучения очная.

Название разделов и тем	Всего	Виды учебных занятий			Форма текущего контроля знаний
		Аудиторные занятия		Самостоятельная работа	
		Лекции	Практические занятия, семинары		
1	2	3	4	5	6
Опухоли центральной нервной системы	36	-	24	12	тесты

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Название темы.	Содержание темы.
Опухоли центральной нервной системы	Гистологическая классификация опухолей ЦНС
	Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей головного мозга
	Диагностика опухолей головного мозга
	Экстренные, срочные и относительные показания к операции
	Хирургическое лечение
	Лучевое и медикаментозное лечение
	Клиника опухолей спинного мозга
	Клиника опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста
	Оперативное, лучевое и медикаментозное лечение опухолей спинного мозга

5. ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ И СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

№ п/п	Название темы (практическое занятие)	Вопросы по темам раздела
1.	Гистологическая классификация опухолей ЦНС	1. Изучить классификации опухолей головного мозга. 2. Изучить гистологические признаки различных опухолей головного мозга
2.	Первичные (очаговые) и	1. Изучить очаговые неврологические симптомы и

	вторичные симптомы опухолей головного мозга	синдромы в зависимости от локализации опухолей головного мозга. 2. Изучить вторичные симптомы и симптомы на отдалении опухолей головного мозга.
3.	Диагностика опухолей головного мозга	1. Изучить методы неинвазивной нейровизуализации опухолей головного мозга (КТ, МРТ, ПЭТ, транскраниальная ультразвукография, доплерография сосудов головного мозга) 2. Изучить инвазивные методы диагностики опухолей головного мозга (селективная ангиография методика вызванных потенциалов, интраоперационный контроль наведения на опухоль, полноты ее удаления и качества гемостаза.
4	Экстренные, срочные и относительные показания к операции	1. Изучить показания к оперативному лечению опухолей головного мозга. 2. Изучить противопоказания к оперативному лечению опухолей головного мозга
5	Хирургическое лечение	1. Изучить виды хирургических доступов к опухолям головного мозга различной локализации. 2. Изучить виды оперативных вмешательств при опухолях головного мозга
6	Лучевое и медикаментозное лечение	1. Изучить виды нехирургического лучевого лечения опухолей головного мозга (лучевая терапия, гамма нож, кибер нож 2. Изучить медикаментозное сопровождение и химиотерапию при опухолях головного мозга.
7	Клиника опухолей спинного мозга	1. Изучить топическую диагностику опухолей спинного мозга 2. Изучить расстройства внутренних органов при опухолях спинного мозга
8	Клиника опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста	1. Изучить особенности клиники опухолей шейного утолщения, грудного, поясничного отдела спинного мозга и конского хвоста. 2. Изучить реакцию ликвора при опухолях спинного мозга, диагностические пробы на блок субарахноидального пространства
9	Оперативное, лучевое и	1. Изучить виды доступов к опухолям спинного

медикаментозное лечение опухолей спинного мозга	<p>мозга различной локализации.</p> <p>2. Изучить виды лучевой терапии, радиохирургии и медикаментозного сопровождения при лечении опухолей спинного мозга</p>
---	--

6. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ

Цель: информационная и контролирующая для эффективного овладения учебным материалом.

Задачи: изучение этиологии, патогенеза и лечения нозологических форм патологии с анализом врачебных ошибок к данному теоретическому материалу.

Форма обучения очная.

Название разделов и тем	Вид самостоятельной работы (проработка учебного материала, решение задач, реферат, подготовка к сдаче зачета/диф. зачета)	Форма контроля (проверка решения задач, реферата и др.)
Опухоли нервной системы	проработка учебного материала	беседа
Опухоли нервной системы	решение задач	Проверка решения задач
Опухоли нервной системы	подготовка к сдаче зачета	зачет
Опухоли нервной системы	реферат	Проверка реферата

Вопросы для самоподготовки:

1. Хирургическое лечение внутримозговых опухолей.
2. Хирургическое лечение менингиом головного мозга.
3. Хирургическое лечение парасагиттальных менингиом и менингиом серповидного отростка.
4. Хирургическое лечение краниоорбитальных менингиом.
5. Хирургическое лечение опухолей мозжечка и 4 желудочка.
6. Хирургическое лечение невринома 8 нерва.
7. Хирургия опухолей мозжечкового намета. Принципы хирургического вмешательства при опухолях хиазмально-селлярной области и менингиомах ольфакторной ямки.
8. Методы оперативных вмешательств при опухолях 3 желудочка.
9. Методы оперативных вмешательств при опухолях боковых желудочков.
10. Особенности лечения опухолей головного мозга у детей.
11. Этиология, патогенез, классификация опухолей головного мозга.
12. Характеристика гипертензионного синдрома
13. Дислокационные синдромы.
14. Клиника опухолей лобной доли.
15. Клиника опухолей височной доли

16. Клиника опухолей теменной доли
17. Клиника опухолей затылочной доли
18. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Оклюзионный синдром.
19. Менингиомы ольфакторной ямки.
20. Краниоорбитальные менингиомы.
21. Клиника менингиом крыльев основной кости.
22. Клиника менингиом передней, средней и задней трети верхнего продольного синуса и серповидного отростка.
23. Клиника опухолей червя и гемисфер мозжечка.
24. Клиника опухолей 4 желудочка.
25. Клиника опухолей ствола мозга.
26. Клиника опухолей мосто-мозжечкового угла.
27. Клиника опухолей мозжечкового намета.
28. Клиника опухолей гипофиза.
29. Клиника краниофарингиом.
30. Клиника опухолей 3 желудочка.
31. Клиника опухолей бугорка турецкого седла.
32. Клиника глиом хиазмы и зрительных нервов.
33. Клиника опухолей шишковидной железы.
34. Общие принципы хирургического лечения опухолей головного мозга.
35. Нехирургические методы лечения опухолей головного мозга.
36. Анатомическое строение и функции позвоночного столба
37. Анатомическое и функциональное строение спинного мозга
38. Методы дополнительного обследования при поражении позвоночника и спинного мозга. Классификация опухолей спинного мозга и их клиническая характеристика.
39. Хирургическое лечение опухолей спинного мозга.
40. Особенности хирургического лечения опухолей спинного мозга по типу «песочных часов».
41. Нехирургические методы лечения опухолей спинного мозга и позвоночного столба
42. Показания и противопоказания к экстренному нейрохирургическому вмешательству при опухоли головного мозга
43. Экстренные меры по борьбе с отеком и дислокацией мозга
44. Головная боль при нейрохирургической патологии, показания, противопоказания к хирургическому вмешательству
45. Осложнения медицинских манипуляций при нейрохирургических вмешательствах, причины и способы предотвращения и купирования

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Спинной мозг и периферическая нервная система. Анатомия и физиология. Параклинические методы исследования – МРТ и КТ позвоночника, электронейромиография.
2. Семиотика поражения сегментов спинного мозга на различных уровнях, передних и задних корешков, сплетений, периферических нервов. Синдром Броун-Секара. Сирингомиелитический синдром.
3. Строение ствола головного мозга. Семиотика его поражения на различных уровнях.

Альтернирующие синдромы.

4. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования, сна. Формы нарушений сознания – оглушенность, сопор, кома, акинетический мутизм. Нарушения сна и бодрствования. Принципы терапии.
5. Деструктивные и метаболические комы. Хроническое вегетативное состояние, смерть мозга. Электрофизиологические методы исследования – ЭЭГ, вызванные потенциалы головного мозга. Принципы ведения больных в коме.
6. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Инструментальная и лекарственная коррекция нейрогенного мочевого пузыря.
7. Оболочки мозга. Цереброспинальная жидкость. Исследование цереброспинальной жидкости.
8. Гипертензионный синдром. Дислокационный синдром, врачебная тактика.
9. Синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.
10. Хирургические доступы к опухолям головного мозга различной локализации
11. Глиомы головного мозга
12. Оболочечные опухоли головного мозга
13. Виды лечения опухолей головного и спинного мозга
14. Полиативные операции при опухолях головного мозга
15. Гормонально активные опухоли головного мозга
16. Вторичные опухоли головного мозга, методы лечения
17. Врожденные опухоли головного мозга, особенности оперативного лечения
18. Химио-, лучевая терапия. Гормональная, иммунотерапия опухолей ЦНС
19. Синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.

Требования к написанию реферата

Методическое обеспечение : список литературы по соответствующему разделу программы, отражающий новизну, актуальность избранной темы.

Требования к содержанию: ясность изложения, правильность оформления списка литературы, самостоятельный доклад для врачей базовой больницы.

Объем оформления: 15 страниц компьютерного текста, формата А4, шрифт TimesNewRoman, размер шрифта.12, интервал единичный.

7. ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ/ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ

1. Альтернирующие параличи при поражении моста мозга.
2. Альтернирующие параличи при поражении продолговатого мозга.
3. Альтернирующие параличи при поражении среднего мозга.
4. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования. Формы нарушений сознания. Деструктивные и метаболические комы.
5. Атаксии, клинические характеристики и различия.
6. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
7. Варианты изменения мышечного тонуса, клиническое значение.
8. Виды нарушения походки.

9. Внутренняя капсула. Синдромы внутренней капсулы.
10. Высшие мозговые функции и их расстройства: афазия, апраксия, агнозия, амнезия, деменция.
11. Синдромы лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.
12. Гипоталамические синдромы. Клинические варианты, синдромология.
13. Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения
14. Дислокационные мозговые синдромы. Клиническая характеристика.
15. Значение исследования глазного дна в клинике нервных болезней и нейрохирургии. Варианты изменений глазного дна.
16. Зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения зрительной системы на разных уровнях.
17. Интракраниальный гипертензионный синдром, характеристика. Лекарственная коррекция.
18. Дислокационные мозговые синдромы.
19. Исследование цереброспинальной жидкости, состав цереброспинальной жидкости в норме. Ликвородинамические пробы.
20. Каудальная группа черепно-мозговых нервов. Синдромология.
21. Клинические формы нарушений сознания.
22. Кровоснабжение головного мозга. Зоны кровоснабжения сосудистыми бассейнами и отдельными артериями (внутренней сонной, основной, передней, средней, задней мозговой).
23. Менингеальный синдром: проявления, диагностика.
24. Методология построения нейрохирургического диагноза: топический и нозологический диагнозы.
25. Мимический парез по центральному и периферическому типу. Варианты поражения лицевого нерва.
26. Нейрогенный мочевой пузырь. Виды. Клиническая характеристика. Коррекция. Осложнения.
27. Периферический паралич. Механизм и клиническая характеристика. Топико-диагностические варианты.
28. Принципы строения и функции коры головного мозга. Локализация функций в коре полушарий мозга.
29. Синдром Броун-Секара, механизмы, топические варианты.
30. Синдромология поперечного поражения спинного мозга на различных уровнях.
31. Синдромы передних и задних корешков спинного мозга, сплетений, периферических нервов.
32. Строение и функции оболочек спинного и головного мозга. Цереброспинальная жидкость: функциональное значение, образование, циркуляция, реабсорбция
33. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Признаки центрального и периферического расстройства функций мочевого пузыря.
34. Формы нарушений сознания.
35. Хроническое вегетативное состояние, смерть мозга. Принципы ведения больных

в коме.

36. Абсцессы головного мозга. Механизмы. Стадии. Тактика.
37. Спинальный эпидуральный абсцесс. Особенности хирургических подходов.
38. Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика. Особенности хирургических подходов.
39. Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.
40. Опухоли задней черепной ямки.
41. Экстра- и интрамедуллярные опухоли.
42. Виды хирургических доступов к основанию черепа. Показания. Осложнения.
43. Виды хирургических доступов в задней черепной ямке. Показания. Осложнения.
44. Доступы к срединным структурам мозга. Показания. Осложнения.
45. Виды дренажных и шунтирующих пособий в нейрохирургии. Показания. Осложнения.
46. Антибиотикопрофилактика в нейрохирургии. Техника. Показания.
47. Слуховая невринома. Классификации. Синдромология. Доступы.
48. Послеоперационное ведение нейрохирургического больного. Приемы. Техники. Пособия.
49. Предоперационная подготовка нейрохирургических больных.
50. Методы контроля и коррекции интракраниальной гипертензии.
51. Селлярные и параселлярные опухоли. Классификация. Доступы.
52. Рентгеноанатомия сосудистой системы головного мозга.
53. Супратенториальные глиобластомы.
54. Классификация нейроэпителиальных опухолей.
55. Медуллобластома мозжечка.
56. Ольфакторная менингеома.
57. Птериональная менингеома.
58. Хромобластная аденома гипофиза.
59. Стереотаксический метод. Показания к стереотаксическим операциям.

ТЕСТЫ К ЗАЧЕТУ:

Выберите верный ответ. Височно-тенториальное вклинение может спровоцировать:

- а) опухоль лобной доли головного мозга;
- б) опухоль височной доли головного мозга;
- в) невринома VIII нерва;
- г) опухоль мозжечка;
- д) все перечисленные.

Выберите верный ответ. Главная опасность при вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие заключается в развитии:

- а) эндокринных расстройств;
- б) гипертермии;
- в) дыхательных нарушений;
- г) артериальной гипертензии;
- д) ничего из перечисленного.

Выберите неверный ответ. К симптомам вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие относятся:

- а) головная боль;
- б) фокальные двигательные припадки;
- в) вынужденное положение головы;
- г) дисфагия;
- д) дизартрия.

Выберите верный ответ. Компьютерно-томографическими признаком аденомы гипофиза является:

- а) выраженный перифокальный вазогенный отек;
- б) дислокация III желудочка в противоположную от опухоли сторону;
- в) гиперденсная зона в проекции турецкого седла;
- г) гиподенсная зона в проекции турецкого седла;
- д) ничего из перечисленного.

Выберите верный ответ. Из перечисленных вариантов опухоли головного мозга наиболее часто рецидивирует:

- а) невринома VIII нерва;
- б) аденома гипофиза;
- в) глиобластома;
- г) менингиома;
- д) краниофарингиома.

Выберите неверный ответ. Иммунотерапия опухолей головного мозга проводится с использованием:

- а) Т-активина;
- б) ронколейкина;
- в) ликопида;
- г) γ -интерферона;
- д) всего перечисленного.

Выберите верный ответ. К паллиативным ликворшунтирующим оперативным вмешательствам, используемым в лечении опухолей головного мозга относится:

- а) декомпрессивная трепанация черепа;
- б) люмбоперитонеальное шунтирование;
- в) вентрикулоцистернальный анастомоз;
- г) наружное вентрикулярное дренирование;
- д) все перечисленное.

Выберите неверный ответ. Лечебные мероприятия при височно-тенториальной дислокации заключаются в:

- а) массивной дегидратационной терапии;
- б) использовании глюкокортикоидов в больших дозах;

- в) трепанации черепа с удалением опухоли головного мозга;
- г) наложении вентрикулоцистернального анастомоза;
- д) проведении разгрузочной люмбальной пункции с выведением ликвора.

Выберите верный ответ. Методом выбора в лечении вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие является:

- а) наложение наружного вентрикулярного дренажа;
- б) люмбальная пункция с выведением ликвора;
- в) массивная дегидратационная терапия;
- г) использование глюкокортикоидных препаратов в больших дозах;
- д) трепанация черепа с удалением опухоли.

Выберите неверный ответ. Лечебные мероприятия при височно-тенториальной дислокации заключаются в:

- а) массивной дегидратационной терапии;
- б) использовании глюкокортикоидов в больших дозах;
- в) трепанации черепа с удалением опухоли головного мозга;
- г) наложении вентрикулоцистернального анастомоза;
- д) проведении разгрузочной люмбальной пункции с выведением ликвора.

Выберите верный ответ. Методом выбора в лечении вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие является:

- а) наложение наружного вентрикулярного дренажа;
- б) люмбальная пункция с выведением ликвора;
- в) массивная дегидратационная терапия;
- г) использование глюкокортикоидных препаратов в больших дозах;
- д) трепанация черепа с удалением опухоли.

При парциальных припадках какие препараты наиболее эффективны?

- а) препараты вальпроевой кислоты
- б) карбамазепины
- в) препараты барбитуровой кислоты
- г) бензодиазепины
- д) этосуксеимиды

Выберите один неверный ответ. Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:

- а) мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения;
- б) горизонтальный нистагм;
- в) нарушение обоняния;
- г) застойные диски зрительных нервов;
- д) гемипарез.

К опухолям задней черепной ямки относятся:

- а) спонгиобластома
- б) аденома гипофиза
- в) медуллобластома

- г) краниофарингеома
- д) хордома

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЗАЧЕТУ:

Задача № 1.

Больной, 65 лет, жалуется на частые головные боли, сопровождающиеся головокружением, общую слабость, двоение в глазах при взгляде в стороны, снижение остроты зрения больше на правый глаз.

Считает себя больным в течение трех лет, когда впервые появилось снижение зрения, позднее присоединились головные боли, двоение в глазах.

Перенесенные заболевания: грипп. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 65 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 65 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено, снижение зрения больше на правый глаз, диплопия при взгляде вправо. Не доводит правое глазное яблоко до крайнего правого положения. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Правосторонняя тугоухость. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчив с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с мимопаданием правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения и его детальная характеристика.

Задача № 2.

Пациент 50 лет, жалуется на опоясывающие боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при любых движениях, слабость в ногах, снижение чувствительности в нижних конечностях, больше слева.

Боли в течении 3 недель, когда после физической нагрузки появились боли в грудном отделе позвоночника. На фоне болей отмечен подъем температуры тела до 38,8 С, после чего сохраняется стойкий субфебрилитет.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: гепатит В, активность минимальна.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц с рук нормальный, сила не изменена. Нижний спастический парез (слева- 2 балла, справа- 4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексы с рук D=S, с ног рефлексы оживлены D<S. Рефлекс Бабинского слева, клонус левой стопы. В позе Ромберга неустойчив из-за слабости в ногах. Проводниковая гипестезия поверхностной чувствительности справа ниже уровня реберной дуги. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

Вопросы:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения и его характеристика.

Приложение к задаче 6.

Больной обследован. Клинический анализ крови. Эритроциты (млн) 3.03, Гемоглобин

(г/л) 103, Тромбоциты (тыс) 377, Гематокрит 28, СОЭ (мм за 1 час) 47, Лейкоциты 7,98, Эозинофилы (%) 6 Палочкоядерные (%) 17, Сегментоядерные (%) 43, Лимфоциты (%) 26, Моноциты (%) 14.

Задача №3.

Больной 40 лет, жалуется на интенсивные диффузные головные боли в лобной области, снижение зрения, тошноту, многократную рвоту.

Головные боли и головокружение отмечает в течение года. Улучшение состояния достигается на фоне дегидратационной терапии в неврологическом отделении по месту жительства: (до 120 мг лазикса в сутки).

Перенесенные заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Общее состояние средней тяжести. Стонет, держится за голову. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 56 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Больной замедлен в движениях, с задержкой отвечает на поставленные вопросы, сонлив. Положительные симптомы Кернига с обеих сторон. Обоняние не нарушено. Экзофтальм. Сходящееся косоглазие. Наблюдается парез зрачка вверх. Глазные щели D=S. Нистагм крупноразмашистый при взгляде во все стороны. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц снижен. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, высокой амплитуды с ног. Патологические рефлексы отсутствуют. Координаторные пробы не выполняет из-за тяжести состояния. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача № 4.

Больная 51 года жалуется на жгучие боли в правой верхней конечности с уровня локтевого сустава и до III, IV, V пальцев, снижение силы в правой кисти. Боли плохо купируются приемом анальгетиков.

Заболела около двух месяцев назад, когда упала с высоты 2 метров на правый локтевой сустав. Лечилась с диагнозом ушиб локтевого сустава у травматолога-ортопеда. Через 2 недели после травмы появились и стали нарастать выше описанные боли.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц правой кисти снижена до 4 баллов. Движения IV, V пальцами умеренно ограничены. Сухожильные и периостальные рефлексy D=S. Патологические рефлексy отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Гипестезия в зоне иннервации локтевого, срединного нервов справа с уровня локтевого сустава до кисти.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче № 8.

Больная обследована. Электронейромиография с мышц верхних конечностей. Заключение: демиелизирующая сенсомоторная невропатия правого срединного нерва. Частичный блок проведения по правому локтевому нерву на уровне локтевого сустава.

Задача № 5.

Больная 60 лет, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на боль в шейном отделе позвоночника, сковывающего характера, усиливающуюся при поворотах и наклонах головы, периодическое головокружение, общую слабость.

Боли начали беспокоить 3 месяца назад, возникновение боли связывает с падением. В ходе проведенного обследования (МРТ шейного отдела позвоночника) установлено очаговое поражение С3 позвонка, с патологическим его переломом.

Перенесенные заболевания - ОРЗ, ОРВИ. Узловой зоб (2 месяца назад произведена тотальная струмэктомия (принимает L-тироксин)), гипертоническая болезнь.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 160/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Живот мягкий, при пальпации

безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

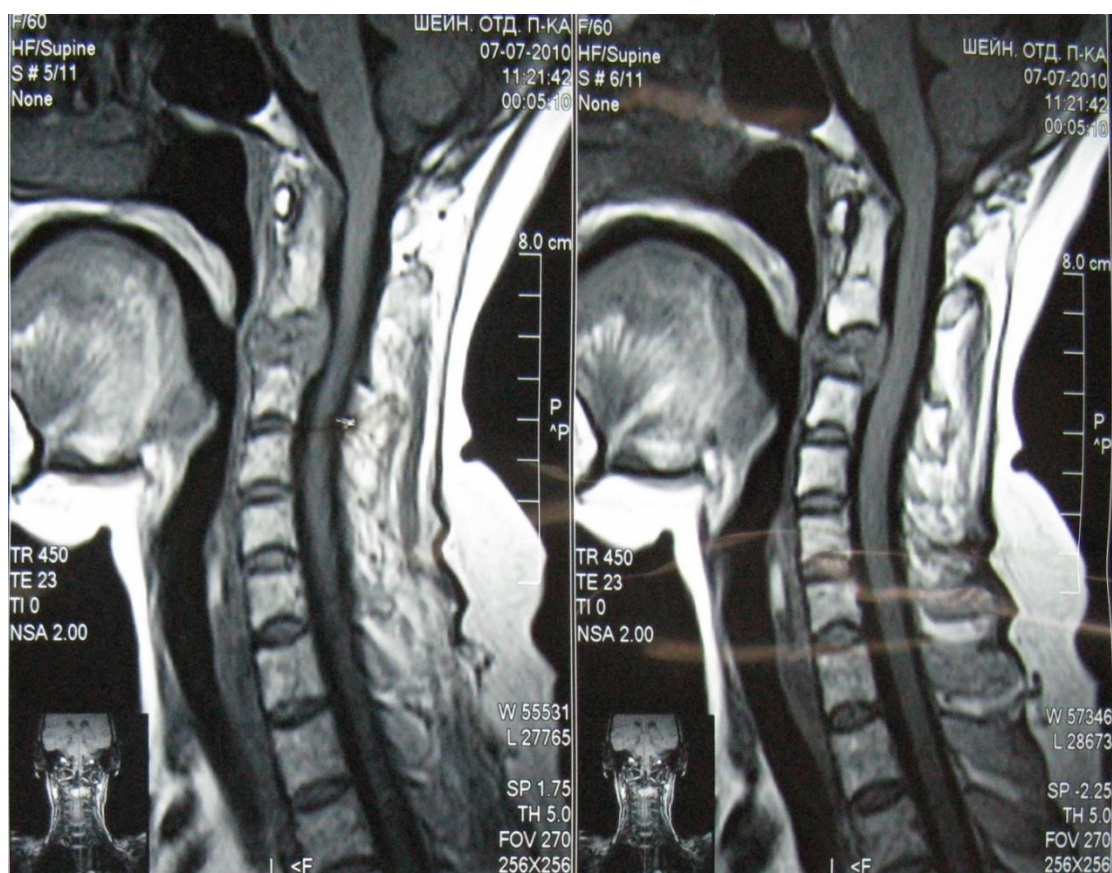
Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках D=S. Сухожильные и периостальные рефлексы на ногах D>S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче 12.

Больная обследована. Общий анализ крови: Эритроциты (млн) 3,96. Гемоглобин (г/л) 123. Тромбоциты (тыс) 354. Гематокрит 35. СОЭ (мм за 1 час) 50. Лейкоциты (тыс) 5,35. +. МР- томография шейного отдела позвоночника.



Задача № 6.

Больная 54 года, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на умеренную головную боль, головокружение, шаткость, неустойчивость при ходьбе, с тенденцией падения вправо, снижение слуха на правое ухо, нарушение почерка.

Со слов больной, заболевание началось с незначительного снижения слуха на правое ухо, отмеченное около 6 лет назад. Консультирована сурдологом. Патологии не выявлено. Через 3 года присоединилось головокружение, шаткость при ходьбе. Обратилась к неврологу по месту жительства. Лечилась консервативно с положительным эффектом. Данные жалобы постепенно прогрессировали. Резкое ухудшение произошло 1,5 месяца назад. Усилилось головокружение, шаткость при ходьбе с тенденцией падения вправо.

Перенесенные заболевания – грипп. Венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение снижено. Движения глаз в полном объеме. Снижен правый корнеальный рефлекс. Глазные щели D=S. Горизонтально-ротаторный нистагм при взгляде в обе стороны. Зрачки D=S. Гипестезия лица справа. Носогубные складки симметричны. Слух справа отсутствует. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, повышены с расширением рефлексогенных зон. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива, с тенденцией падения вправо. Аудиодохокинез справа. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения

Приложение к задаче 6.



Задача № 7.

Больной, 9 лет, жалуется на ежедневные головные боли, прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза, жажду (выпивает в день до 5 литров жидкости).

В возрасте 3 лет отмечен эпизод острого респираторного заболевания, вскоре после которого появились вышеописанные симптомы. В течение последнего года отметил ухудшение зрения, перестал замечать предметы, расположенные по сторонам.

В возрасте 6 лет перенес гепатит А. Периодически- острые респираторные заболевания. Страдает энурезом.

Объективно: состояние удовлетворительное. При разговоре и внешнем осмотре отмечается задержка физического и психического развития. Питание повышено. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, суховаты, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 12 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумы отсутствуют. АД 90/60 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка

не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное, учащенное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. При периметрии выявляется сужение височных половин полей зрения. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексy D=S; общий рефлексорный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Возможный патогенез энуреза у больного.
4. Дополнительные методы диагностики заболевания (см. приложение к задаче) и ожидаемые результаты.
5. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 7.

На рентгенограммах черепа: передне-задний размер турецкого седла составляет 32 мм. В его проекции и супраселлярно визуализируется множество мелких кальцинатов.

Задача № 8.

Больная, 42 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу. Предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы.

В течение трех последних месяцев ощущает чувство дурноты в транспорте. Около месяца назад заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь, пропускает буквы в словах при письме. Интенсивность головной боли за это время прогрессивно нарастает.

В анамнезе жизни- хронический калькулезный холецистит (на данный момент- вне обострения), фибромиома матки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

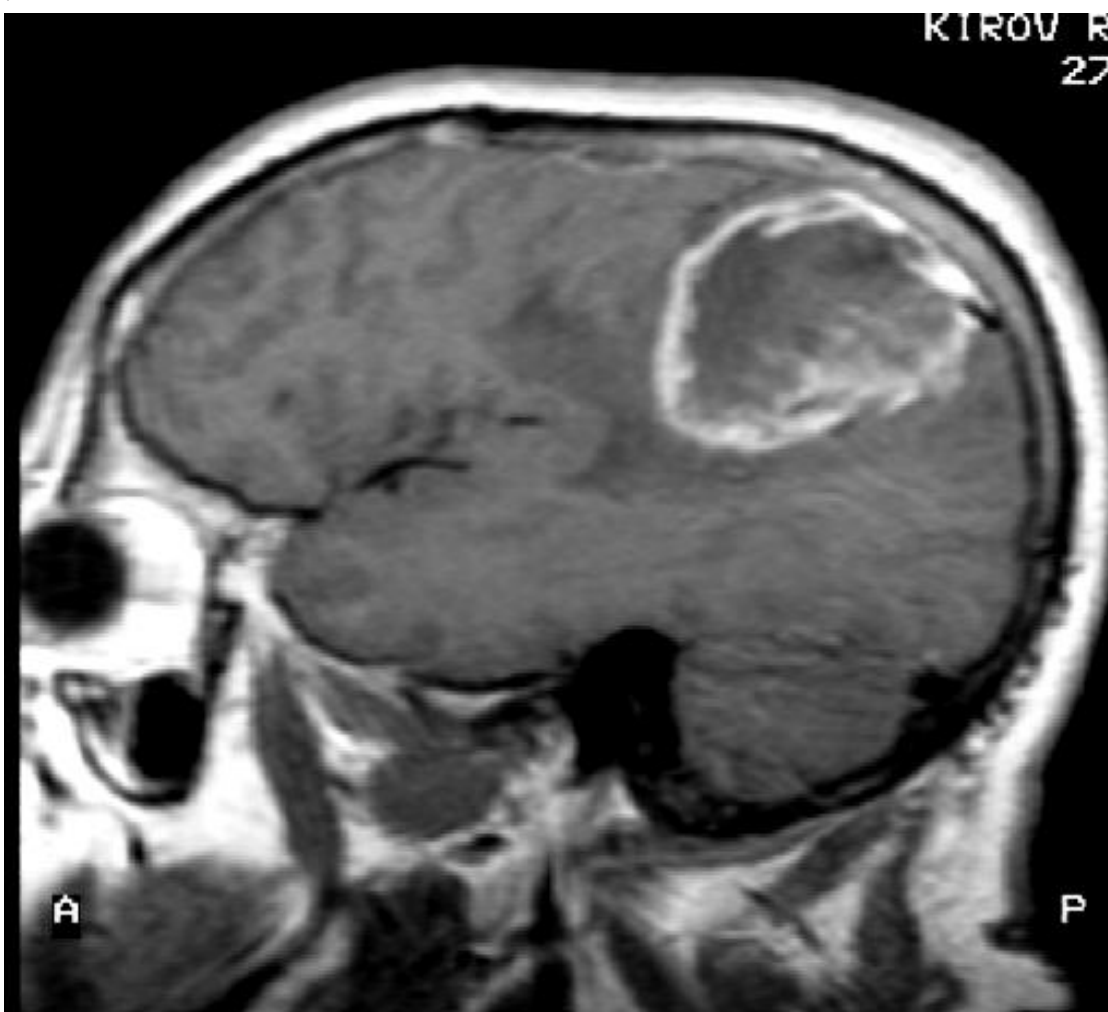
Сознание ясное. Плохо понимает обращенную речь, сама говорит с ошибками. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (в руке- 3 балла, в ноге- 4 балла). В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет хуже правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы диагностики заболевания. (см. приложение к задаче).
Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.
4. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 8



Задача № 9.

Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную

головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение в глазах.

Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли.

Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен.

Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения.

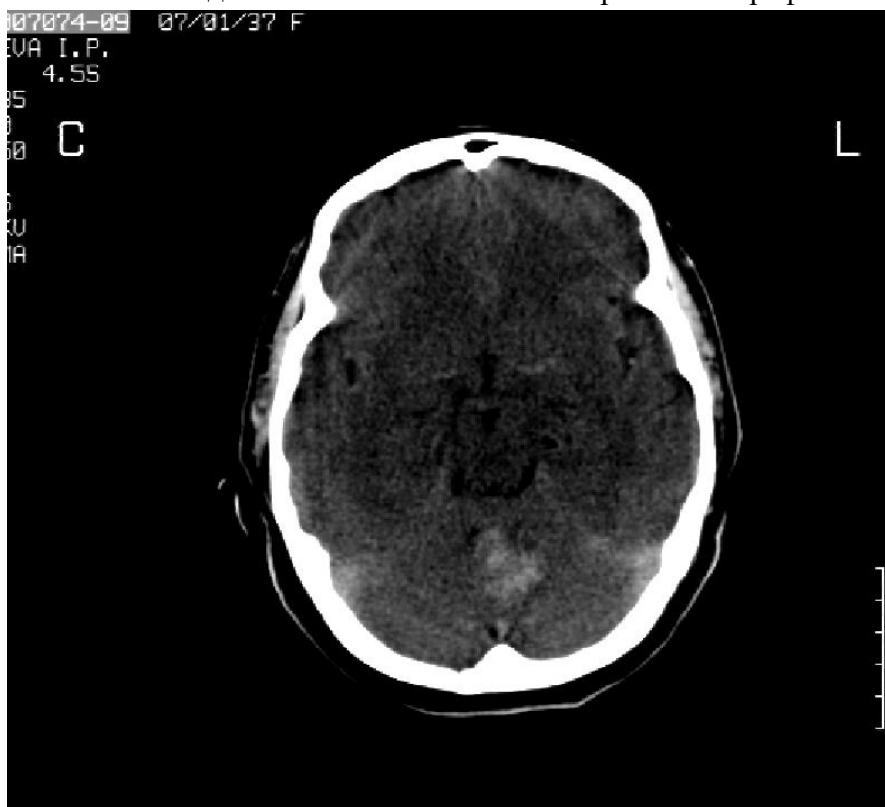
Больной сонлив, мало разговаривает. Ориентирование в месте, времени и собственной личности сохранено. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимопаданием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).
4. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

Приложение к задаче № 9.

Больной обследован. Выполнена компьютерная томография головного мозга.



Задача № 10.

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: гипертоническая болезнь 2 ст., хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

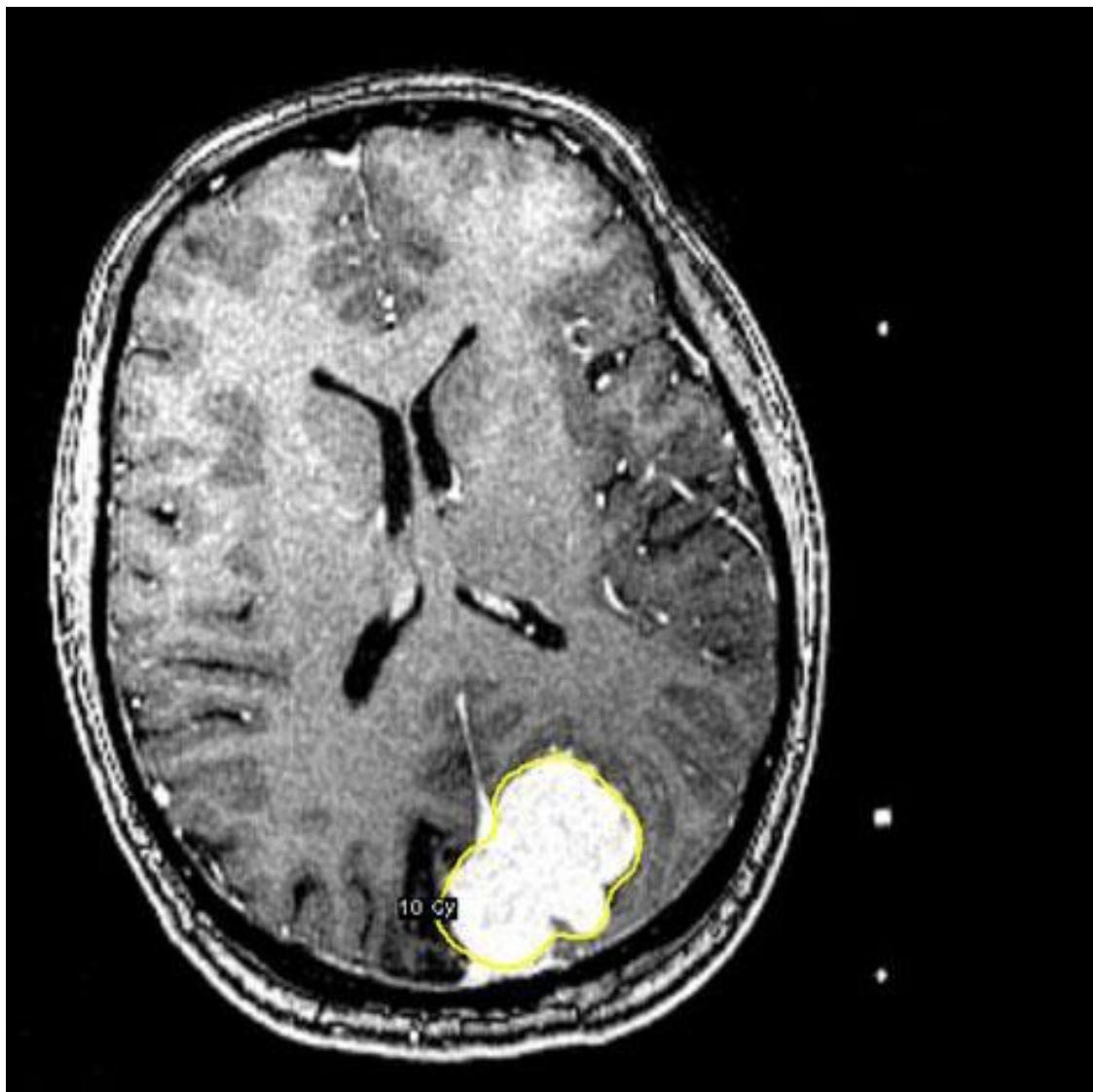
Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики (см. приложение к задаче).

4. Лечение данной больной.

Приложение к задаче № 10.



Задача № 11.

Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти.

Больным себя считает около 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Общее состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, бледные. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 100/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 66 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются,

область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Больной малоактивен, говорит неохотно, мало. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц повышен справа по пирамидному типу. Правосторонний гемипарез (4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексы D>S. Патологические рефлексы: положительные рефлексы орального автоматизма, двусторонний симптом Россолимо. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.
4. Интерпретируйте результаты обследования (см. приложение к задаче).
5. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 11.

Больной обследован. При лабораторном обследовании патологии не выявлено. Выполнена МРТ головного мозга.



Задача № 12.

Больной, 9 лет, жалуется на ежедневные головные боли, прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза, жажду.

ANAMNESIS MORBI.

В возрасте 3 лет отмечен эпизод острого респираторного заболевания, вскоре после которого появились вышеописанные симптомы. В течение последнего года отметил ухудшение зрения, перестал замечать предметы, расположенные по сторонам.

ANAMNESIS VITAE.

В возрасте 6 лет перенес гепатит А. Периодически- острые респираторные заболевания. Страдает энурезом.

STATUS PRAESENS.

Объективно: состояние удовлетворительное. При разговоре и внешнем осмотре отмечается задержка физического и психического развития. Питание повышено. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 12 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумы отсутствуют. АД 90/60 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUSNEUROLOGICUS

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. При периметрии выявляется сужение височных половин полей зрения. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; общий рефлекторный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

На рентгенограммах черепа выявляется увеличение размеров турецкого седла, наличие мелких кальцинатов эндо- и супраселлярной локализации.

Вопросы:

6. Укажите топический очаг поражения.
7. Клинический диагноз.
8. Возможный патогенез энуреза у больного..
9. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
10. Лечение данного заболевания.

Задача № 13.

Больной, 58 лет, находится в неврологическом отделении с жалобами на постоянные диффузные головные боли, головокружение, тошноту, слабость в левых конечностях.

ANAMNESIS MORBI.

Головные боли впервые стали беспокоить полугода назад, постепенно нарастая по интенсивности и продолжительности. В течение последнего месяца отмечено два

приступа судорог в левых конечностях продолжительностью 7-10 минут, не сопровождавшихся потерей сознания. Проходит лечение в неврологическом отделении по поводу предполагаемого острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу.

ANAMNESIS VITAE.

Из сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия.

STATUS PRAESENS.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, аритмичны, временами отмечается дефицит пульса. Шумы отсутствуют. АД 140/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 68-72 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUSNEUROLOGICUS

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность левой носогубной складки. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D<S; двусторонние рефлексы Бабинского. Левосторонний спастический гемипарез (3 балла). В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет хуже левыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного заболевания.

Задача № 14.

Больная, 42 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу. Предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы.

ANAMNESIS MORBI.

В течение трех последних месяцев ощущает чувство дурноты в транспорте. Около месяца назад заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь, пропускает буквы в словах при письме. Интенсивность головной боли за это время прогрессивно нарастает.

ANAMNESIS VITAE.

Хронический калькулезный холецистит (на данный момент- вне обострения), фибромиома матки.

STATUS PRAESENS.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUSNEUROLOGICUS

Сознание ясное. Сенсорная афазия, аграфия, акалькулия. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (в руке- 3 балла, в ноге- 4 балла). В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет хуже правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено.

Вопросы:

5. Укажите топический очаг поражения.
6. Клинический диагноз.
7. Дополнительные методы диагностики заболевания. Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.
8. Лечение данного заболевания.

Задача № 15.

Больной, 63 лет, предъявляет жалобы на головную боль затылочной локализации, сопровождающуюся тошнотой, рвотой, преимущественно в утренние часы.

ANAMNESIS MORBI.

Трижды по утрам отмечал проходящее ощущение «ползания мурашек» в правых конечностях продолжительностью несколько минут. Окружающие отмечали, что несколько раз во время разговора останавливался на 3-4 секунды, а затем вновь продолжал начатую фразу. В течение полугода отмечает прогрессирующее ухудшение памяти, трудности в понимании речи.

ANAMNESIS VITAE.

Гипертоническая болезнь 2 стадии, хронический калькулезный холецистит. Острый аппендицит (аппендектомия 26 лет назад).

STATUS PRAESENS.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Акцент II тона в проекции аортального клапана. Шумы отсутствуют. АД 160/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 68 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUSNEUROLOGICUS

Сознание ясное, отмечается некоторая эйфория со снижением критики к своему состоянию. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (4 балла). В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

За время наблюдения в отделении состояние больного постепенно ухудшилось: стал вялым, сонливым, перестал контролировать тазовые функции, выросли речевые расстройства, появилась астазия-абазия, двусторонние симптомы Бабинского.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Укажите возможную причину резкого ухудшения состояния больного.
4. Дополнительные методы диагностики заболевания и интерпретация вероятных полученных данных.
5. Лечение данного заболевания.

Задача № 16.

Больная 48 лет, жалуется на слабость в левых конечностях, головную боль, общую слабость.

ANAMNESIS MORBI.

Считает себя больной в течение последнего года, когда на фоне повышенных цифр артериального давления (160/110 мм рт. ст.) появилась сильная головная боль, головокружение, слабость в левых конечностях. Проходила курсы консервативной терапии в неврологическом отделении по месту жительства, которые не принесли

видимого эффекта. В течение последнего месяца отмечено прогрессирующее нарастание слабости в левых конечностях.

ANAMNESIS VITAE.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, мастопатия. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью II ст. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

STATUS PRAESENS.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Шумы отсутствуют. АД 140/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 64 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUSNEUROLOGICUS

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D<S. Левосторонний спастический гемипарез (4 балла- в руке; 3 балла- в ноге) . Патологический рефлекс Бабинского слева. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет хуже левыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больная осмотрена окулистом: выявлена двусторонняя ангиопатия сетчатки.

Контрольные вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Возможный патогенез артериальной гипертензии.
4. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
5. Лечение данной больной.

Задача № 17

Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение

в глазах.

ANAMNESIS MORBI.

Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли.

ANAMNESIS VITAE.

Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен.

STATUS PRAESENS.

Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочевыделение нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS

Умеренное оглушение. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимоподанием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больной обследован. Выполнена компьютерная томография головного мозга (рис. 9).

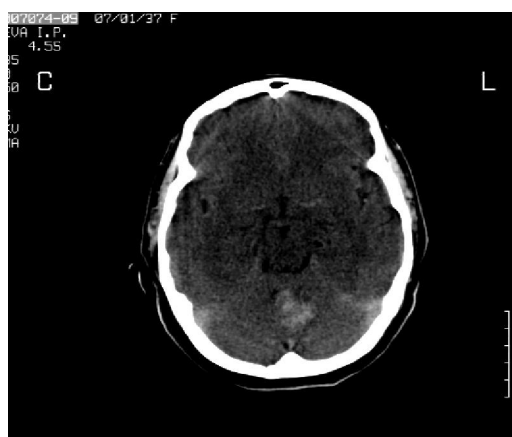


Рис. 9. Компьютерная томограмма головного мозга больного 24 лет. В проекции задней черепной ямки определяется гиперденная зона неправильной формы.

Вопросы:

5. Укажите топический очаг поражения.
6. Клинический диагноз.
7. Интерпретируйте результаты компьютерной томографии.
8. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

Задача № 18.

Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти.

ANAMNESIS MORBI.

Больным себя считает около 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

ANAMNESIS VITAE.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОРЗ.

STATUS PRAESENS.

Общее состояние средней тяжести. Умеренное оглушение. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, бледные. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте Дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 100/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 66 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS

Умеренное оглушение. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц повышен справа по пирамидному типу. Правосторонний гемипарез (4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексy D>S. Патологические рефлексy: положительные рефлексy орального автоматизма, двусторонний симптом Россолимо. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больной обследован. При лабораторном обследовании патологии не выявлено.

Выполнена МРТ головного мозга (рис. 10).



Рис. 10. МР-томограмма больного 43 лет.

Вопросы:

6. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
7. Топический диагноз.
8. Клинический диагноз.
9. Интерпретируйте результаты МРТ головного мозга.
10. Лечение данного заболевания.

Задача № 19.

Больная, 59 лет, предъявляет жалобы на снижение слуха и шум в правом ухе, головные боли по утрам, стреляющие боли в правой половине лица продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут, шаткость при ходьбе с тенденцией к отклонению вправо, охриплость голоса.

ANAMNESIS MORBI.

В течение нескольких лет страдает от болей в лице. Лечилась по поводу «невралгии тройничного нерва» без особого эффекта. Последние 6 месяцев стала отмечать шум и снижение слуха на правое ухо, головные боли по утрам. Позднее появилась шаткость при ходьбе.

ANAMNESIS VITAE.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОРЗ, грипп, хронический панкреатит.

STATUS PRAESENS.

Общее состояние удовлетворительное. Ясное сознание. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не

расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм. Зрачки D=S. Гипестезия правой половины лица. Носогубные складки симметричны. Глухота справа. Мягкое небо справа провисает, язычок отклоняется влево. Язык по средней линии. Правосторонняя мышечная гипотония. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Сила мышц не изменена; патологических рефлексов нет. В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с интенцией и мимоподанием справа. Адиадохокinez справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

При осмотре больной сурдологом выявлена глухота справа, исчезновение правого лабиринтного рефлекса.



Рис. 11. МР-томограмма больной 59 лет.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте результаты МР-томографии головного мозга.
3. Методы лечения данной больной.

Задача № 20.

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

ANAMNESIS MORBI.

Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов.

ANAMNESIS VITAE.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОРЗ, гипертоническая болезнь 2 ст., хронический панкреатит. Аллергологический анамнез неотягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность неотягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют.

STATUS PRAESENS.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUSNEUROLOGICUS

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

5. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
6. Клинический диагноз.
7. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики.
8. Лечение данной больной.

Задача № 21.

Больной 78 лет.

Со слов сопровождающих родственников известно, что сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота, сознание не терял. В анамнезе - длительное время артериальная гипертензия. Артериальное давление, измеренное скорой медицинской помощью, было 200/110 мм рт ст.

При осмотре: состояние тяжелое, АД 190/100 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, ритмичный. Нейростатус: Уровень сознания оглушение - сопор. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез с пlegией в руке, мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу, симптом Бабинского справа.

При поясничном проколе получен эритрохромный ликвор (цвет - красный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %.).

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 22.

Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром найдена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания – кома 2 ст. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована кнаружи. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях.

При поясничном проколе получен эритрохромный ликвор (цитоз – эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %.).

На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности объемом около 40 см³.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

Задача № 23.

Больная 74 лет поступила с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. Была найдена родственниками на полу со следами рвоты. В анамнезе гипертоническая болезнь. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен из-за афазии. Держится левой рукой за голову, гиперестезия на внешние раздражители. Выявляются ригидность мышц затылка,

симптомы Кернига, Бехтерева. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Правосторонний гемипарез до 3,0 - 3,5 баллов. Мышечный тонус в правых конечностях снижен, глубокие рефлексы D<S, симптом Бабинского справа. После поясничного прокола получена цереброспинальная жидкость с примесью крови. При КТ головного мозга в левом полушарии головного мозга определяется участок неравномерно повышенной плотности, размерами 33×30×25 мм, передний рог и тело левого бокового желудочка поджаты, борозды лобной и височной долей сглажены, отмечается распространение крови в субарахноидальное пространство.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

Задача № 24.

Больной 20 лет. Со слов родственников сегодня внезапно на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль. Отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. В анамнезе у больного частые приступы головной боли. При осмотре состояние тяжелое. Уровень сознания - глубокий сон. Выраженный менингеальный синдром в виде ригидности мышц шеи, симптомов Бехтерева, Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, парезов конечностей нет. Отмечается двусторонний симптом Бабинского. При поясничном проколе получен окрашенный кровью ликвор, вытекающий под повышенным давлением.

Поставьте диагноз

Определите тактику ведения больного.

Задача № 25.

Больной 44 лет. Рос и развивался нормально. Практически ничем не болел. Травм головы не было. Поступил в неврологическое отделение с жалобами на частые головные боли, распирающего характера, беспокоящие в разное время суток, преимущественно в левой лобной области. Накануне поступления впервые в жизни развился эпилептический припадок с началом в правой ноге и последующей генерализацией. При осмотре: состояние удовлетворительное, беспокоит легкая головная боль в левой половине головы. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов выявляется сглаженность правой носогубной складки. Парезов конечностей нет, сухожильные и периостальные рефлексы на руках живые, D>S, коленные, ахилловы живые D>S. Подошвенный рефлекс справа снижен. Патологических рефлексов нет. Координаторных, чувствительных нарушений не выявлено. Со стороны высших психических функций отклонений не отмечается. Со стороны соматического статуса патологии не выявлено. На МРТ головного мозга в проекции левой лобной области на фоне неизмененного мозгового вещества выявляется конгломерат патологически извитых сосудов (состоящий из артерий и вен). При МР ангиографии установлено, что питающим сосудом является изменившая свой нормальный анатомический ход гипертрофированная левая средняя мозговая артерия. Венозный отток осуществляется в многочисленные гипертрофированные вены субарахноидальных оболочек левого полушария и внутрикостные вены свода черепа.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача №26.

Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области поясницы, затруднения при ходьбе, пошатывание, чувство онемения и скованности в ногах. Из анамнеза известно, что около 2 лет назад стал отмечать онемение, которое сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня поясничного отдела. Параллельно с онемением стал отмечать неуверенность походки. Несколько позднее присоединилась скованность в ногах, из-за чего стало трудно ходить. При осмотре мышечная сила в ногах достаточная, тонус повышен по спастическому типу, несколько больше справа. Коленные и ахилловы рефлексы высокие с расширенными зонами, клонус стоп. Справа подошвенный рефлекс не вызывается, слева – снижен. В позе Ромберга с открытыми глазами неустойчив. При закрывании глаз пошатывание значительно усиливается. Снижение всех видов чувствительности по типу высоких носков, гиперпатия болевой чувствительности до уровня Th12 - L1. На МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника на уровне Th10 - Th11 позвонков имеется неправильной формы образование гетерогенной структуры с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T2 и T1, соответственно, которое разрушает дужку позвонка и сдавливает спинной мозг. Поставьте диагноз. Определите тактику ведения больного.

Задача № 27.

Больная 43 лет поступила с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Кроме этого, в последние 3,5 – 4,0 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 – 3,0 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Больная отмечает нарастание вышеуказанных симптомов. При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу. Кожные покровы красноватые, на лице - угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Со стороны черепных нервов: выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется. Поставьте предварительный диагноз. Определите тактику ведения больной.

Задача № 28.

Больной 45 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на упорные головные боли, слабость в левых конечностях. Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение 7-8 лет. Последние 2-2,5 года стал отмечать нарастающее онемение и неловкость в левой руке и ноге. За этот период отмечались три приступа клонических судорог в этих же конечностях. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет. Выраженные снижение зрения на правый глаз, парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонний гемипарез со снижением силы в руке и ноге до 2-2,5 баллов, снижение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева. На глазном дне справа первичная атрофия диска зрительного нерва. На МРТ в правом полушарии

головного мозга определяется округлой формы образование размерами 8×10×6 см с гомогенной структурой и капсулой, прилегающей к оболочкам головного мозга. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и равномерное накопление в этом образовании.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 29.

Больной 62 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, нарушение речи, слабость в правых конечностях. Со слов больного и сопровождающих его родственников головные боли беспокоят в течение 2-3 лет. На протяжении последнего года они усилились, стали более частыми, присоединились слабость в правых конечностях и стали отмечаться нарушения речи. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован, но несколько заторможен. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2 - 3 баллов. Правосторонняя гемигипестезия. Элементы моторной афазии. На глазном дне - слева симптомы атрофии зрительного нерва, справа - проявления застоя. На МРТ без введения контрастного вещества выявляется зона сигнала пониженной и повышенной интенсивности в режимах T1 и T2, соответственно, в проекции лобно-теменных отделов левого полушария, которая инфильтрирует окружающие мозговые структуры.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 30.

Больная 42 лет. Считает себя больной в течение последних трех месяцев, когда стала отмечать головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели и при перемене положения головы; заметила, что плохо понимает обращенную речь, при письме стала пропускать буквы, не полностью понимает смысл написанного и прочитанного. При поступлении отмечено: диффузная головная боль, болезненность при движении глазных яблок, больная не всегда понимает обращенную речь, затрудняется в подборе слов. Выявлены аграфия, акалькулия, апраксия, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, снижение силы в правой руке, нарушение суставно-мышечного чувства справа. При поясничном проколе получен бесцветный, прозрачный ликвор (давление - 310 мм водного столба, цитоз - 1/3, белок - 0,99 мг %). Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их ступеваны, больше слева, артерии узковаты, вены полнокровны. На рентгенограмме черепа выражены пальцевые вдавления, порозность спинки турецкого седла. На ЭхоЭГ выявляется смещение срединных структур мозга слева направо на 6 мм.

Поставьте диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести?

Задача № 31.

Больной 67 лет поступил с жалобами на общую слабость, слабость в левых конечностях. Со слов родственников больного в течение последних нескольких недель больной стал неряшлив, неопрятен в одежде. В поведении больного отмечалась эйфория, склонность к

плоским шуткам. В анамнезе - операция по поводу опухоли предстательной железы. При осмотре: центральный парез VII и XII пар черепных нервов слева, парез взора влево. Левосторонний гемипарез до 3 баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Анизорефлексия S>D, симптом Бабинского слева. Выраженные рефлексы орального автоматизма. Чувствительность сохранена. В пробе Ромберга отклоняется влево. К осмотру больной безразличен, не интересуется своим заболеванием и лечением, критика снижена. При выполнении движений нарушается переключение с одного движения на другое, задание выполняется медленно, с остановками, отмечаются perseverации, что также проявляется при письме.

Поставьте предварительный диагноз.

Где локализуется очаг поражения?

Какие дополнительные методы исследования могут быть рекомендованы?

Определите тактику ведения больного.

Задача № 32.

Больная 27 лет поступила с жалобами на головную боль преимущественно в правой половине головы, тошноту, головокружение, гнойные выделения из левого уха. В анамнезе на протяжении нескольких лет хронический отит справа. В течение последней недели отмечено обострение основного заболевания с повышением температуры до 38°C. На протяжении 2-3 дней заметила нарушение речи по типу дизартрии. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,8°C. Ригидность мышц шеи. Парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4,0 - 4,5 баллов. При исследовании цереброспинальной жидкости определяется повышение давления, нейтрофильный плеоцитоз (40 нейтрофилов и 5 лимфоцитов), повышение белка до 0,66 мг %. На МРТ в правом полушарии головного мозга определяется структура размерами 40×35 мм гетерогенной интенсивности сигнала, окруженное неравномерной зоной с сигналом высокой интенсивности.

Поставьте диагноз.

С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Определите тактику ведения больного.

Задача № 33.

Больной 21 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В анамнезе: в течение 1,5 лет беспокоят постепенно нарастающая слабость в обеих верхних конечностях, атрофия мышц плеча, предплечья и кистей. Постепенно присоединилась слабость в ногах (сначала в мышцах бедер, затем в голени), скованность движений при ходьбе. Больной наблюдался в поликлинике по поводу шейной миелопатии. За несколько месяцев до госпитализации периодически стал отмечать императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе - общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без особенностей. Обращает внимание диффузная гипотрофия мышц плечевого пояса и верхних конечностей, несколько больше справа, снижение мышечной силы до 2-3 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей низкие, особенно справа. В нижних конечностях выявляется нижний спастический парез со снижением силы в проксимальном отделе до 2-3 баллов и в меньшей степени в мышцах голени до 3 баллов. Коленные и ахилловы

рефлексы повышены D>S. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня С5 с двух сторон. Симптом Бабинского с 2 сторон, клонус стопы справа. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне С2-С6 позвонков за счет структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Поставьте диагноз.

Какова тактика ведения больного?

Задача № 34.

Больная 30 лет жалуется на головную боль, больше в глазных яблоках и лобной области, ожирение (в последние два месяца прибавила в весе 15 кг). В течение последних 3 месяцев отмечает снижение зрения на левый глаз, ухудшение памяти, быструю утомляемость. При осмотре: вес 94 кг, рост 160 см, АД - 160/80 мм рт. ст., кожные покровы бледные, пастозность лица, кистей и стоп. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, двигательных нарушений, парезов, нарушений статики и координации, расстройств чувствительности не выявлено. Острота зрения справа - 0,9, слева – 0,07, поля зрения изменены по типу битемпоральной гемианопсии. На МРТ: в хиазмально-селлярной области образование, имеющее основной узел в полости турецкого седла, распространяющееся параселлярно, прорастающее кавернозные синусы и распространяющееся супраселлярно.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

Задача № 35.

Больная 35 лет в течение последних 6 месяцев отмечает снижение слуха на правое ухо. Лечилась в ЛОР клинике без эффекта. На протяжении последнего месяца появилось нарастающее головокружение системного характера, неустойчивость при ходьбе. При обследовании: общемозговых и менингеальных симптомов нет, движения глазами в полном объеме, существенное снижение слуха на правое ухо, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, движения в конечностях в полном объеме, пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией с двух сторон, хуже справа, в пробе Ромберга неустойчива. Острота зрения с обеих сторон 0,8: поля зрения не изменены; на глазном дне - отек дисков зрительных нервов. На МРТ: патологическое образование в области пирамидки височной кости справа, умеренно выраженная сопутствующая гидроцефалия. Анализ ликвора: белково-клеточная диссоциация.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

Задача № 36

Больной переведен из ЛОР клиники, где лечился по поводу двухстороннего гнойного отита. При осмотре: состояние тяжелое, гипертермия свыше 40°C, выраженная головная боль, повторная рвота. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Черепные нервы без патологии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. Координаторные пробы выполняет неуверенно. В крови: лейкоцитоз свыше 15×10^9 /л, СОЭ – 50 мм/час. При поясничном проколе выявленнейтрофильный плеоцитоз до 100 клеток в 1 мм³. На МРТ: объемное образование с капсулой в правой лобно-височной области. Вокруг основного очага - зона

пониженной плотности. Умеренно выраженная симметричная гидроцефалия.

Поставьте диагноз.

С чем нужно дифференцировать заболевание?

Определите тактику ведения больного.

Задача № 37

Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение в глазах.

Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли.

Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен.

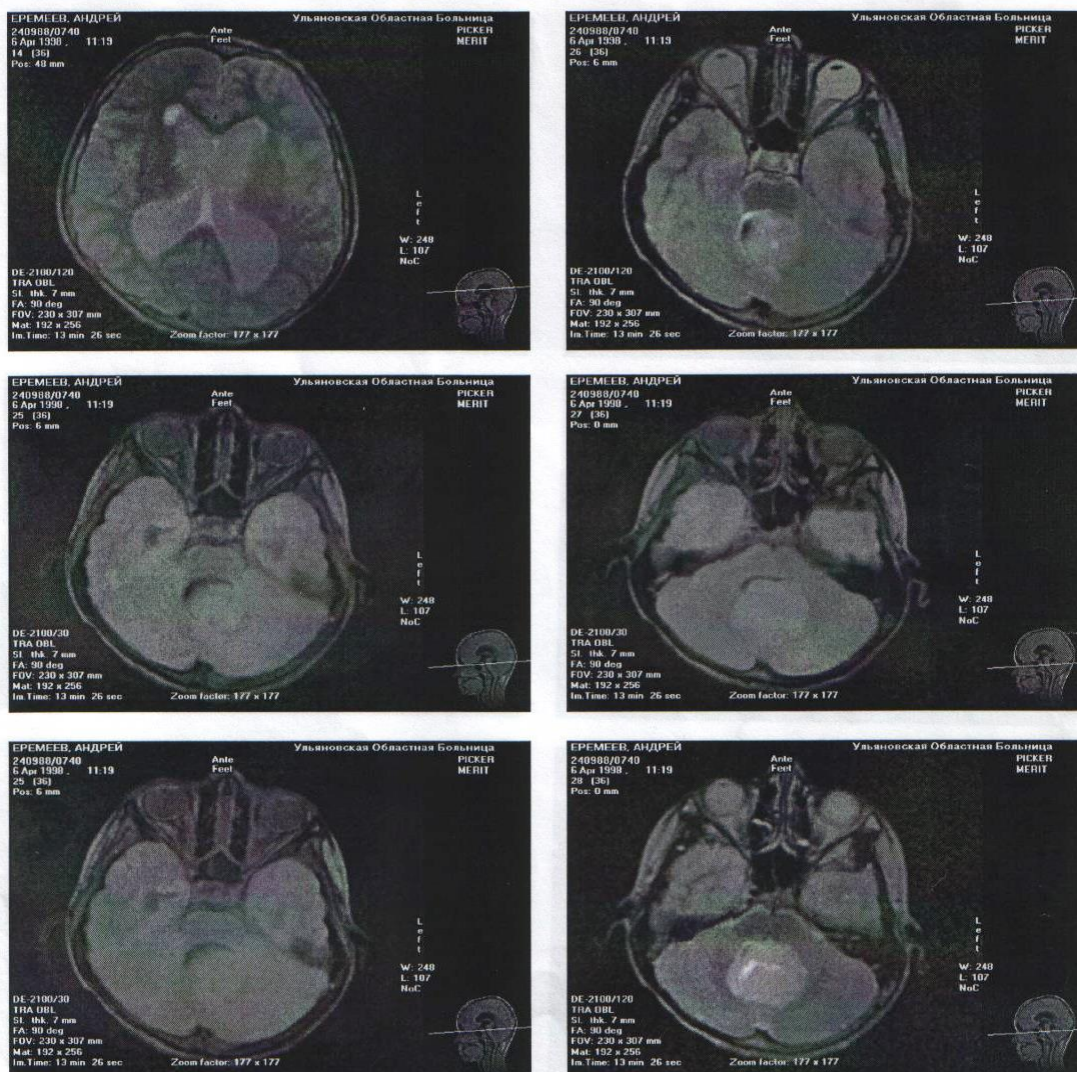
Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения.

Больной сонлив, мало разговаривает. Ориентирование в месте, времени и собственной личности сохранено. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимопопаданием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).
4. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

Приложение к задаче № 37.



8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

а) Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия. М.,- 2009.480 с.
2. Гринберг М.С. Нейрохирургия. М.,- 2010, 1008 с.
3. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни.- С-Пб., 2014.- 560 с.
4. Гусев Е.И, Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1040 с.

Дополнительная

1. Древалъ О.Н. Нейрохирургия. М.,- 2013, 592 с.
2. Бублиевский Д.В., Евзиков Г.Ю., Фарафонов А.В., Шашкова Е.В. Клиника, диагностика и результаты микрохирургического удаления спинальных гемангиобластом. // Нейрохирургия. - 2013. - № 3. - С. 15-23.
3. Бублиевский Д.В., Евзиков Г.Ю. Первичная лимфома центральной нервной системы: клиника, диагностика, современные подходы к лечению. // Нейрохирургия. - 2012. - № 1. -

С. 74-9.

4. Евзиков Г.Ю., Горбачева Ю.В., Шашкова Е.В., Бублиевский Д.В., Львов И.С. Спинальная менингеальная меланоцитома. // Нейрохирургия. - 2009. - № 2. - С. 51-54.

5. Евзиков Г.Ю., Кобяков Г.Л. Диагностика и тактика комплексного лечения метастатического поражения головного мозга. Часть 1. // Нейрохирургия. - 2009. - № 2. - С. 64-70.

6. Евзиков Г.Ю., Шашкова Е.В. Клиника, диагностика и хирургическое лечение интрамедуллярных опухолей верхнешейных сегментов спинного мозга. // Нейрохирургия. - 2008. - № 3. - С. 38-40.

Учебно-методическая

. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб.пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2012.- 957с.

Согласовано:

_____/_____/_____/_____
Должность сотрудника научной библиотеки ФИО подпись дата

б) Программное обеспечение

наименование	договор
СПС Консультант Плюс	Договор №1-2016-1327 от 01.03.2016
НЭБ РФ	Договор №101/НЭБ/2155 от 14.04.2017
ЭБС IPRBooks	контракт №4429/18 от 10.10.2018
АИБС "МегаПро"	Договор №727 от 22.11.2018
Система «Антиплагиат.ВУЗ»	Договор №360 от 25.06.2018
ОС MicrosoftWindows	контракт №580 от 29.08.2014, контракт №581 от 29.08.2014 (оба контракта на одно и то же кол-во лицензий)
MicrosoftOffice 2016	Договор №991 от 21.12.2016
или	
«МойОфис Стандартный»	Договор №793 от 14.12.2018
Автоматизированная информационная система «Витакор РМИС»	Договор №1418/У от 25.03.2018
StatisticaBasicAcademicforWindows 13	510 от 06.08.2018

в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы

1. Электронно-библиотечные системы

2. Система ГАРАНТ [Электронный ресурс] : электронный периодический справочник / НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС». - Электрон.дан. - М., [201-].

3. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система./Компания «Консультант Плюс» - Электрон.дан. - М. :КонсультантПлюс, [201-].

Согласовано:

_____/_____/_____/_____
Должность сотрудника УИТиТФЮ подпись дата

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Место расположения аудитории - ГУЗ ГKB №1, п/т Сурова 4, детский стационар, четвертый этаж. Работа в аудитории осуществляется в соответствии с рабочим учебным планом, графиком учебного процесса, расписанием аудиторных занятий.

Общие сведения об аудитории

1	Общая площадь (м ²)	17,6
2	Высота помещения (м)	2,6
3	Количество рабочих мест	14
4	Форма занятия (Л, ПЗ, СРС)	ПЗ

Оборудование аудитории

№п/п	Наименование имущества	Кол-во
1	Мультимедийный проектор	1
2	Экран	-
3	Доска	1
4	Стол	3
5	Стул	14
6	Стол преподавателя	1
7	Таблицы для практических занятий	в комплекте
8	Медицинская кушетка	1
9	Ноутбук	1
10	Негатоскоп	1

10. СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В случае необходимости, обучающимся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья (по заявлению обучающегося) могут предлагаться одни из следующих вариантов восприятия информации с учетом их индивидуальных психофизических особенностей:

– для лиц с нарушениями зрения: в печатной форме увеличенным шрифтом; в форме электронного документа; в форме аудиофайла (перевод учебных материалов в аудиоформат); в печатной форме на языке Брайля; индивидуальные консультации с привлечением тифлосурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

– для лиц с нарушениями слуха: в печатной форме; в форме электронного документа; видеоматериалы с субтитрами; индивидуальные консультации с привлечением сурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

– для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата: в печатной форме; в форме электронного документа; в форме аудиофайла; индивидуальные задания и консультации.

Разработчик

подпись

профессор

Мидленко А.И.

должность

ФИО