

18.07. 10:20 Ученом комитетом  
9791.

## Экзаменационный билет № 1

### Ситуационная задача 1

Больной Г., трубоукладчик. При подъеме тяжести у него внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. ЧМТ отрицает.

Объективно: АД – 180/110 мм рт. ст. ЧСС – 52 уд./мин. Спустя несколько часов от начала заболевания повысилась температура до 38 градусов. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон. Птоз справа. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и кнаружи ограничены. Анизокория: правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка вялая, левого – живая. Парезов конечностей нет.

Глазное дно: ДЗН отечны, границы их нечеткие, вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены.

Общий анализ крови не изменен.

### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

Ответ    **ОТВЕТ:**

1)    **Точечный диагноз:** поражение мягких мозговых оболочек головного мозга и правого глазодвигательного нерва.

**Клинический диагноз:** Гипертоническая болезнь. САК (субарахноидальное кровоизлияние). Указывает высокие цифры АД, глазодвигательные нарушения, ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон. Начало заболевания.

2)    **ОАК, ОАМ, Биохимический анализ крови, газы крови, коагулограмма, липидограмма, КТ головного мозга с КУ (исключить сочетание артериальной гипертонии с аневризмой мозговой артерии) . МРТ головного мозга с контрастом (объемные образования) . Рентгенография органов грудной полости**  
**Люмбальная пункция с взятием ликвора в 3 пробирки**

3)    **Дифференциальный диагноз:** менингитом, аневризмой, опухолью головного мозга. Равномерная примесь крови в трех пробирках ликвора, а также острооченное повышение температуры позволяют исключить менингит.

#### 4) План лечения : БАЗОВАЯ ТЕРАПИЯ

- Поддержание дыхания ( сатурация не менее 92%)
- Поддержание гемодинамики ( поддержание АД 160\90 в первые дни от начала заболевания)
- для предупреждения отека мозга мочегонные препараты лазикс 10 мг 3 в\в . Контроль диуреза ( установка мочевого катетера). Контроль глазного дна через 5 дней, контроль электролитов крови.
- изотонический раствор натрия в первые дни, после глюкозо-электролитный раствор , содержащий 0,45% хлорида и 5% глюкозы+ калии 20 мэкв\сут.)
- При гипогликемии использовать раствор Рингера.
- введение парацетамола для снижения температуры тела или НПВС в\м.
- при психомоторном возбуждении использовать реланиум 10-20мг.
- для предупреждения тромбоза глубоких вен- бинтование нижних конечностей до середины бедра эластичным бинтом. Применение низкомолекулярных гепаринов со второго дня в малых дозах: фраксипарин 0,3 мл п\к 1-2 раза в день.
- При тошноте и рвоте- метоклопромид (церукал) 10мг
- во избежания натуживания- слабительные препараты: бисакодил

ЛЕЧЕНИЕ САК: основная задача предупредить повторный САК, ангиоспазм.

- 1) клипирование аневризмы или эндоваскулярная окклюзия
- 2) Исключить натуживая- применения слабительных, от кашля ( препарат кодеин).
- 3) избегать гиповолемии и артериальной гипотензии ( САД не менее 130\150) для предотвращения ангиоспазма-. Нимодипин 30-60 мг 4 раза в сутки или 10 мг в\в капельно 2 раза в день со скоростью 2 мг\ч. Назначают препарат с 4-21 день.

5) План диспансеризации : в ранний восстановительный период осмотр больного неврологом по месту жительства 1 раз в две недели . В поздний восстановительный период 1 раз в месяц .Стационарное лечение 2 раза в год .

#### Ситуационная задача 2

Больной К., 16 лет, родился в срок, развивался нормально. Заболел в трехлетнем возрасте, когда после введения противокоревой вакцины возник эпилептический приступ. В последующем приступы повторялись 1 – 2 раза в месяц.

Объективно: признаков очагового поражения мозга нет. В стационаре наблюдался приступ, длившийся около 3 минут. Во время приступа лицо стало багровым с цианотичным оттенком, зрачки широкие, на свет не реагировали, наблюдались тонические и клонические судороги конечностей. После приступа уснул. На следующий день отмечены следы прикуса бокового края языка.

Глазное дно не изменено.

На ЭЭГ – единичные острые волны в обоих полушариях.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ**

1) учитывая приступ длившийся 3 минуты с тоническими и клоническими судорогами конечностей, широкие зрачки, багровое лицо с цианичным оттенком, следы прикуса на языке, сон после приступа, единичные острые очаги в обоих полушариях на ЭЭГ  
Также учитывая длительность болезни и описание приступов мед работниками следует думать о диагнозе: эпилепсия с билатеральными тонико-клоническими приступами.

2) ЭЭГ мониторинг для уточнее диагноза, консультация окулиста ( глазное дно на предмет отека ДЗН), МРТ головного мозга с контактными усилением ( для исключения объемных образований головного мозга) , аминокислоты крови, БАК

3) дифференциальная диагностика проводится с криптогенной идиопатической и симптоматической эпилепсией

4) вальпроевая кислота 15-20 мг/кг/сут. Далее через месяц концентрация вальпроевой кислоты в крови и коррекция дозы при необходимости.  
Илилеветерацетам начальная доза 25039 мг\кг\сутки титрацией дозы.  
Далее при необходимости увеличение дозы второго препарата ( учитывая длительность заболевания).

5) с учетом впервые установленного диагноза необходимо динамическое наблюдение ежемесячно у участкового невролога Диспансернле наблюдение прекращается после 5 лет отсутствия приступов + 1 год прекращения приема препаратов.

**Экзаменационный билет № 2**

**Ситуационная задача 1**

Больная Д., 68 лет. Утром после сна почувствовала онемение и слабость правой ноги, а затем правой руки. В течение суток слабость их постепенно нарастала и сменилась параличом. Заболеванию предшествовали головная боль, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность.

Объективно: АД – 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 80 уд./мин. Левосторонняя гемипарезия. Сглажена правая носогубная складка. Язык при высовывании отклоняется вправо. Активные движения правых конечностей отсутствуют. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа, а также в разгибателях голени справа. ОСР справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы отсутствуют справа. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Гемипарезия справа.

Глазное дно: границы ДЗН четкие, артерии сетчатки сужены. Извиты, склерозированы.

Анализ крови: СОЭ – 6 мм/ч, лейкоциты – 7000 в 1 мкл, ПТИ – 116%, ХС – 8 ммоль/л.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ

1) учитывая жалобы и неврологический осмотр ( онемение и слабость правой ноги, затем ноги, нарастание слабости и вследствие паралич. Предшествование заболеванию головной боли, быстрой утомляемости, раздражительности + левосторонняя гемианопсия, сглаженная носогубная складка, девиация языка вправо, парез правых конечностей, повышенный тонус в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа разгибателях голени справа, высокие рефлексы справа, отсутствие брюшных рефлексов, патологические кистевые и стопные знаки справа следует думать о поражении левой внутренней капсулы

Причиной которой является атеротромбоз глубокой вены лСМА

2) КТ ангиография головного мозга с контрастом, МРТ головного мозга с контрастом, ДСБЦА, ОАМ, ОАК, БАК в динамике , консультация сосудистого хирурга.

3) дифференциальная диагностика проводится с опухолью и абсцессом головного мозга , эКг , липидограмма

#### 4) Лечение:

-антиагреганты ( кардиомагнил, ацекардол) - на постоянной основе

-Антикоагулянты ( низкомолекулегепари гепарин: фраксипарин 0,6 2 рза в день или эниксум 0,6 2 раза в день п\к или фракмин 5000 2 раза в день п\к.

-Нейропротекторы ( мексифин 5,0 + 250 NaCl 0, 9 )

-Статины ( аторвастатин 20 мг вечером под контролем АСТ, АЛТ, КФК после получения результатов липидограммы) Контроль липидограммы, АСТ, АЛТ, КФК через месяц.

5) Диспансеризация Осмотр врача-невролога: 1 год наблюдения – 1 раз в 6 мес.

2-1 год – 1 раз в год, в дальнейшем - по показаниям.

По показаниям: Биох. анализ крови (липидный спектр), контроль МНО (коагулограмма);

УЗДГ и ТКДГ МАГ, МРТ головного мозга по сосудистой программе;

консультация врача-офтальмолога.

### Ситуационная задача 2

У больной Ж., 32 лет, 4 года назад появилось онемение пальцев левой руки. Постепенно стала худеть левая, а затем и правая кисть. Снизилась сила рук. Левая глазная щель сузилась. Левое надплечье опустилось. Грудной отдел позвоночника (ГОП) искривился.

Объективно: сколиоз ГОП. Синдром Горнера слева. Снижение силы рук, главным образом кистей. Атония и атрофия мышц дистальных отделов рук. ОСР рук не вызываются. Брюшные рефлексы слева снижены. Коленный и ахиллов рефлексы повышены. Патологический рефлекс Бабинского слева. Отсутствует болевая и температурная чувствительность на левой руке.

Люмбальная пункция: общий анализ ликвора не изменен, проходимость САП нормальная.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

## ОТВЕТ

### 1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания

Клинический диагноз: Сирингомиелия шейно-грудного отдела. Смешанная форма. (появилось онемение пальцев левой руки. Постепенно стала худеть левая, а затем и правая кисть. Снизилась сила рук. Левая глазная щель сузилась. Левое надплечье опустилось. Синдром Горнера слева).

Топический диагноз: поражение спинного мозга (передние рога с обеих сторон, задние и боковые рога; пирамидный тракт слева, цилиоспинального центра слева) на уровне 5-8 шейных, 1-2 грудных сегментов.

### 2. Составьте план обследования.

Жалобы и анамнез.

при опросе пациента обращать внимание на выявление двух групп симптомов: поражения спинного мозга и патологии кранио-вертебрального региона.

Физикальное обследование

при осмотре пациента обращать внимание на наличие: атрофический парез рук, диссоциированные расстройства чувствительности по сегментарному типу, пирамидная недостаточность в нижних конечностях, вегетативно-трофические нарушения.

Инструментальная диагностика

Рекомендуется проведение МРТ обследования.

МРТ спинного мозга позволяет определить параметры длины, ширины и форму. Оптимальным использованием сагиттальной проекции в режиме T1, в связи с меньшей его чувствительностью к движению жидкости.

Наиболее распространенной локализацией кисты является шейно-грудной уровень, с протяженностью от 2 сегментов до распространения во всю длину спинного мозга. Диаметр полостей при сирингомиелии с МК1 колеблется от 2 до 23 мм. Размеры кист более 8 мм, как правило, сопровождаются расширением спинного мозга.

Дополнительные исследования: кровь на КФК, ЛДГ, креатинин, МРТ спинного мозга с КУ, игольчатая ЭМГ паретичных мышц, ЭНМГ исследование сенсорных и моторных волокон нервов рук.

**3, Дифференцировать:** с интрамедуллярной опухолью. Гематомиелией. б рейно.

Поводом к проведению дифференциальной диагностики сирингомиелии чаще всего служат синдромы запястного и кубитального каналов, болезнь моторного нейрона и другие болезни, проявляющиеся амиотрофией кистей, в частности синдром верхней апертуры грудной клетки, синдром Панкоста (опухоль верхушки легкого). Особое место занимают наследственные сенсорные и вегетативные невропатии: именно эти заболевания долгие годы давали повод к ошибочной диагностике пояснично-крестцовой формы сирингомиелии. Для гематомиелии характерно острое развитие симптоматики. Следует лишь иметь в виду возможность (очень редкую!) кровоизлияния в сирингомиелическую полость. Трофические нарушения при болезни Рейно могут напоминать таковые при сирингомиелии, однако в первом случае отсутствует диссоциированное выпадение чувствительности, а побледнение пальцев, типичное для болезни Рейно, при сирингомиелии не наблюдается.

### 4. Постройте план лечения данного клинического случая

Рекомендуется направлять пациентов с сирингомиелией на консультацию к нейрохирургу .

в связи с определением сирингомиелия, как патологического процесса, связанного с нарушением спинальной ликвородинамики, в настоящее время основным способом лечения большинства видов сирингомиелии является оперативное

лечение. Прогрессирующее расширение полости с сопутствующим нарастанием неврологической симптоматики послужило основанием для выбора хирургической тактики лечения, устраняющей факторы, которые способствуют развитию сирингомиелии.

классическим методом хирургического лечения является подзатылочная (субокципитальная) декомпрессивная краниэктомия с удалением части задней дуги первого шейного позвонка, приводящие к декомпрессии задней черепной ямы.

- декомпрессия ЗЧЯ без дуороластики

-декомпрессия ЗЧЯ с дуоропластикой рекомендована при сирингомиелии с отсутствием большой цистерны и с данными интраоперационной ТКДГ,

-декомпрессия ЗЧЯ с сиринго-субарахноидальным шунтированием рекомендована при клинически симптомной сирингомиелии больших размеров с истончением спинного мозга и облитерацией субарахноидальных пространств;

Рекомендуется консервативная терапия при невозможности проведения оперативного лечения или временного воздержания от него.

в настоящее время консервативное этиопатогенетическое лечение сирингомиелии считается неадекватным. Возможно применение симптоматической терапии при наличии центральной нейропатической боли. Препараты первого ряда: прегабалин, габапентин, трициклические антидепрессанты; препараты второго и третьего рядов: каннабиониды, ламо триджин, опиоиды. Наиболее целесообразна рациональная полифармакотерапия: комбинированное применение антидепрессантов, антиконвульсантов, лидокаина (местно) и опиоидов.

#### **5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара**

Рекомендуется проводить реабилитацию.

основные реабилитационные мероприятия направлены на восстановление больных после нейрохирургической операции и базируются на общих принципах послеоперационного ведения больных.

Наблюдение нейрохирургом, неврологом амбулаторно.

Динамическое МРТ исследование спинного мозга позволяет оценить стадию процесса полостеобразования и эффективность лечения: МРТ-признаками незавершившегося полостеобразования – «пресиринкса» – является расширение спинного мозга без кисты, связанное с наличием интерстициального отека; МР-томографическое отображение результата спадения полостей на аксиальных срезах выглядит в виде сплюсненной в вертикальном размере полости с растяжением ее по горизонтали и атрофии спинного мозга; развитие «пост-сирингс синдрома» сопровождается МРТ признаками отсутствия полости (полным частичным) и атрофией спинного мозга. Сроки выполнения повторных МРТ исследований зависят от динамики клинической симптоматики и верифицированности полостеобразования. При относительной стабильности заболевания, установленной при регулярном посещении невролога или нейрохирурга, повторные МРТ исследования могут выполняться 1 раз в 2-3 года.

Санаторно-курортное лечение 1 раз в 3 года.

### Экзаменационный билет № 3

#### **Ситуационная задача 1**

Больной И., 52 лет. Три года назад внезапно на улице возникло головокружение, появилась общая слабость и наступила кратковременная потеря сознания. Придя в сознание, обнаружил онемение и неловкость движений левой руки, которые исчезли спустя

несколько часов. Через полгода вновь возникли головокружение, шум в ушах, общая слабость и кратковременная потеря сознания. В течение суток испытывал затруднение при приеме жидкой пищи. Год назад появилась и стала постепенно нарастать слабость рук и ног.

Объективно: Функции ЧМН не нарушены. Сила рук и ног снижена. Снижение тонуса мышц рук и повышение тонуса разгибателей голени. Атрофия мышц рук, особенно дистальных их отделов. ОСР рук не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы повышены. Клонусы стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Чувствительность не изменена.

Общий анализ крови не изменен.

#### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### **ОТВЕТ**

##### **1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания.**

Цервикальная сосудистая миелопатия с синдромом БАС.

(возникло головокружение, с потерей сознания. обнаружил онемение и неловкость движений левой руки, которые исчезли спустя несколько часов. Через полгода вновь возникли головокружение, шум в ушах, общая слабость и кратковременная потеря сознания. В течение суток испытывал затруднение при приеме жидкой пищи. Год назад появилась и стала постепенно нарастать слабость рук и ног. В нс: Сила рук и ног снижена. Снижение тонуса мышц рук и повышение тонуса разгибателей голени. Атрофия мышц рук, особенно дистальных их отделов. ОСР рук не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы повышены. Клонусы стоп. Патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон.)

Топический диагноз: поражение спинного мозга (передние рога и пирамидные тракты) на уровне 5-8 шейных, 1-2 грудных сегментов.

##### **2. Составьте план обследования.**

Первичный прием невропатолога :

Спондилография: Рентгенография шейного отдела позвоночника .

Компьютерная томография шейного отдела позвоночника:

Данный вид рентгенологического исследования позволяет более точно определить локализацию и плотность фактора компрессии. МСКТ является дополнительным методом диагностики. В случае, если есть сомнения относительно плотности субстрата компрессии компьютерная томограмма позволяет точно определить характер патологии (остеофит, компрессия гипертрофированным суставом).

Магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника :

Данный вид исследования является «золотым стандартом» в диагностике спондилогенной миелопатии . МРТ позволяет оценить протяженность стеноза, определить основной вектор сдавления, рассчитать размер поперечного сечения позвоночного канала. МРТ в отличие от других исследований позволяет визуализировать очаг миелопатии.

МРТ спинного мозга, МРТ головного мозга с целью исключения дегенерации пирамидных трактов, игольчатая ЭМГ мышц рук и ног, ЭНМГ (СПИ по двигательным волокнам нервов рук), серологическое исследование на болезнь Лайма.

##### **3. Проведите дифференциальную диагностику.**

с БАС, с болезнью Лайма.

#### **4. Постройте план лечения данного клинического случая.**

Первоочередной задачей лечения сосудистой миелопатии компрессионного генеза является устранение источника компрессии. С этой целью возможно удаление опухолей спинного мозга, пластика аорты при ее аневризме, устранение подвывиха позвонков с последующей фиксацией позвоночника, удаление грыжи диска (дискэктомия) и т. п.

Медикаментозная терапия сводится к комплексному назначению вазоактивных препаратов. С целью улучшения коллатерального кровотока назначают эуфиллин, бендазол, никотиновую кислоту, папаверин; для поддержания спинального кровообращения — винпоцетин; для стимуляции венозного оттока — экстракт каштана конского, троксерутин; для улучшения микроциркуляции — пентоксифиллин, дипиридамол; с противоотечной целью — фуросемид; для уменьшения гипоксии нейроцитов — мельдоний, гопантевая кислота. Гематомиелия является показанием к назначению антикоагулянтов (надропарина кальция, фениндиона, гепарина). При острой миелопатии спустя несколько дней интенсивность сосудистой терапии снижают, в комплексное лечение добавляют ноотропы и нейропротекторы: гемодиализат из крови телят, витамины гр. В, галантамин, ипидакрин и др. Хроническая сосудистая миелопатия является показанием для назначения нейропротекторов с первого дня терапии. В качестве реабилитационного лечения эффективны ЛФК, массаж и физиотерапия (электромиостимуляция, магнитотерапия, электрофорез, грязелечение).

#### **5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара.**

Рекомендуется проводить реабилитацию. Основные реабилитационные мероприятия направлены на восстановление больных после нейрохирургической операции и базируются на общих принципах послеоперационного ведения больных.

Наблюдение нейрохирургом, неврологом амбулаторно.

Динамическое МРТ исследование спинного мозга позволяет оценить стадию процесса полостеобразования и эффективность лечения.

Санаторно-курортное лечение 1 раз в 3 года.

#### **Ситуационная задача 2**

Больной В., 36 лет, слесарь, в течение года страдает периодическими болями в пояснично-крестцовой области (ПКО). Возникновение заболевания связывает с физической нагрузкой и переохлаждением. Три месяца назад после подъема тяжести почувствовал сильную боль в ПКО, распространяющуюся в правую ногу. Боль усиливалась при движении правой ногой, при кашле, натуживании, при разгибании и боковых наклонах туловища.

Объективно: напряжение длинных мышц спины в поясничной области, гипотония большой ягодичной мышцы справа, правая ягодичная складка ниже, чем левая. Коленные рефлексы равномерно повышены. Ахиллов рефлекс справа снижен. Гипестезия по наружно-задней поверхности правой голени и наружному краю стопы. Положительный симптом Ласега справа,

#### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### **Ответ**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания.

Пояснично-крестцовый остеохондроз. Грыжа люмбосакрального диска, дорсолатеральная справа. (страдает периодическими болями в пояснично-крестцовой области, Три месяца назад после подъема тяжести почувствовал сильную боль в ПКО, распространяющуюся в правую ногу. Боль усиливалась при движении правой ногой, при кашле, натуживании, при разгибании и боковых наклонах туловища. В нс: напряжение длинных мышц спины в поясничной области, гипотония большой ягодичной мышцы справа, правая ягодичная складка ниже, чем левая. Коленные рефлексы равномерно повышены. Ахиллов рефлекс справа снижен. Гипестезия по наружно-задней поверхности правой голени и наружному краю стопы. Положительный симптом Ласега справа.) Топический диагноз: синдром поражения 1 крестцового корешка спинномозгового нерва справа.

## **2. Составьте план обследования.**

Оценка неврологического статуса.

Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника при невозможности провести МРТ по ряду причин.

## **3. Проведите дифференциальную диагностику.**

Туберкулезный спондилит длительное время может проявляться клиникой люмбаишалгии. Рентгенологически определяется неравномерное сужение межпозвонковой щели и отсутствие склероза замыкательных пластин и их разрушение.

злокачественные опухоли и метастазах в позвонки и кости таза.

Позвоночник является одной из наиболее частых локализаций опухолей, метастазирующих в скелет (чаще всего это рак молочной, предстательной и щитовидной желез).

Грыжу межпозвонкового диска на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника следует дифференцировать с опухолью «конского хвоста», нейропатией другой этиологии, туннельными синдромами, остеоартритическими состояниями и синовиальными кистами. с невриномой 1 крестцового корешка, с остеодеструктивными процессами позвоночника.

Болезнь Бехтерева (необходимо кровь на наличие гена.HLA В 27).

## **4. Постройте план лечения данного клинического случая**

### **3.1 Консервативное лечение.**

Купирование болевого синдрома:

1 степень. Антипиретический анальгетик:

Мовалис 1,5 мл в/м 1 раз в день, затем по 15 мг 1 раз в день внутрь

Ксефокам в 1-й день – 32 мг, далее по 8 мг 2 раза в день перорально до купирования болевого синдрома, далее по 4 мг 2 раза в день еще 5 дней

Диклофенак по 50 мг каждые 8 часов

Ибупрофен 200-600 мг каждые 6-8 часов

Назначают один из этих препаратов.

2 степень. Антипиретический анальгетик (как в первой степени) + слабый опиоид

Трамадол ретард в таблетках 100-200 мг каждые 8-12 часов или

Трамадол 50 – 100 мг каждые 12 часов

Солпадеин (8 мг кодеина+ 500 мг парацетамола+ 30 мг кофеина) по 1 таблетке каждые 4 – 6 часов

Назначают один из этих препаратов.

3 степень. Антипиретический анальгетик (как в первой степени) + сильнодействующий опиоид:

Морфин каждые 8 – 12 часов

Водный раствор фентанила каждые 4 часа

Водный раствор морфина каждые 4 часа

Назначают один из этих препаратов.

Для улучшения нервно-мышечной проводимости назначают один из препаратов, содержащих витамины группы В:

Амбене по одной инъекции в/м № 3

Мильгамму по 2 мл в/м № 5

Нейромультивит по 1 таблетке 1 – 2 раза в день.

Глубокие паравертебральные блокады, т.е. введение раствора к дужкам и поперечным отросткам L3, L4 или L5 по 10 – 15 мл на уровне пораженного корешка.

Состав раствора: ультракаин 4 мл (или лидокаин 2%)+ депомедрол 40 мг + витамин В12 500 мг + изотонический раствор хлористого натрия 0,9% - 10 мл

Скелетное вытяжение. (сухое, подводное)???

Хирургическое лечение.

Ургентное - при острой компрессии конского хвоста.

В настоящее время выполняются микрохирургические операции по удалению грыжи диска:

Фораменотомия с удалением грыжи диска

Эндоскопическое удаление грыжи диска

Удаление грыжи диска с помощью лазерного луча

Показаниями к хирургическому лечению при грыжах межпозвонкового диска поясничной локализации являются:

- продолжительность корешкового болевого синдрома или боли в поясничной области не менее 4 недель (при отсутствии симптомов выпадений функции нервов требующих безотлагательной декомпрессии);

- отсутствие эффекта от консервативного лечения.

#### **5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара**

Рекомендуется проводить реабилитацию. основные реабилитационные мероприятия направлены на восстановление больных после нейрохирургической операции и базируются на общих принципах послеоперационного ведения больных.

Наблюдение нейрохирургом, неврологом амбулаторно.

Динамическое МРТ исследование спинного мозга позволяет оценить стадию процесса полостеобразования и эффективность лечения.

Санаторно-курортное лечение 1 раз в 3 года.

Рекомендуется санаторно-курортное лечение на грязевых бальнеологических курортах

С сероводородными, радоновыми, йодобромными и хлоридно-натриевыми

Водами для наружного применения в период ремиссии для предупреждения прогрессирования процесса и профилактики вторичного обострения [1].

### **Экзаменационный билет № 4**

#### **Ситуационная задача 1**

Больной Б., 63 лет, утром (после сна) почувствовал слабость левой руки и ноги, а также головокружение. Слабость их прогрессировала, и в течение 3 дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом.

Объективно: АД – 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 80 уд./мин. Снижена пульсация правой ВСА. Острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. Поля зрения левого глаза сохранены. Опущен левый угол рта, язык отклоняется влево при высывании. Отсутствуют активные движения левой руки и ноги. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени слева. ОСР слева выше, чем справа. Патологический рефлекс Бабинского слева. Гемиянестезия слева.

Глазное дно: ДЗН бледно-розового цвета с четкими границами, артерии сетчатки сужены, извиты.

Общий анализ крови не изменен.

#### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

## Ответ

**Топический диагноз:** синдром поражения внутренней капсулы и зрительного нерва справа.

**Клинический диагноз:** Атеротромбоз правой ВСА (внутренней сонной артерии). На поражение ВСА указывает снижение пульсации правой ВСА и оптикопирамидный синдром, который обусловлен нарушением кровообращения в ее ветвях ( в глазной и средней мозговой артериях ).

**Дифференцировать:** с опухолью головного мозга, исключить сочетание с тромбофилической коагулопатией, с с кардиогенной эмболией ВСА и ее ветвей – СМА (средней мозговой артерии) и глазничной артерии.

**Дополнительные исследования:** УЗДС БЦА, МРТ головного мозга, церебральная ангиография, ЭКГ, ЭХО-КС, липидограмма, гемостазиограмма, антитромбин 3, протеин С, протеин S; СРБ, РФ, консультация сосудистого хирурга .

**План лечения:** 1.Семакс ( обладает антиоксидантным, антигипоксантным, церебропротективным, ноотропным действием ) по 2 капли 3 раза в день в каждую ноздрю, 10 дней . 2.Цераксон (обладает ноотропным действием ) 1000 мг в/в капельно на 100 мл 0,9 % физ.раствора 2 раза в день ,10 дней . 3.Мексидол (обладает антигипоксантным действием) 5 мл в/в капельно на 100 мл 0,9% физ.раствора 2 раза в день ,10 дней .4. Антиагреганты .5. Статины .

**План диспансеризации:** в ранний восстановительный период осмотр больного неврологом по месту жительства 1 раз в две недели . В поздний восстановительный период 1 раз в месяц . Стационарное лечение 2 раза в год.

## Ситуационная задача 2

Больной К., 52 лет, жалуется на онемение кистей и стоп, на боли, появившиеся в мышцах голени месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти и пошатывание при ходьбе. Год назад лечился по поводу хр. алкоголизма.

Объективно: объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила кистей и стоп. Гипотония мышц. Карпорадиальные рефлексы снижены. Коленные рефлексы равномерные, средней живости, ахилловы – не вызываются. Снижена поверхностная чувствительность на кистях и стопах. Нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп. Походка «петушиная». Отечность стоп и кистей. Реакция Вассермана отрицательная.

### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

## Ответ

**Топический диагноз:** поражение дистальных отделов периферических нервов ног преимущественно их чувствительных и двигательных волокон.

**Клинический диагноз:** Алкогольная полиневропатия (ПНП) с дистальным нижним периферическим парапарезом, с сенсорной атаксией.

Поставлен на основании анамнеза ( алкогольная интоксикация ), жалоб ( онемение кистей и стоп , боли в мышцах голени ) , неврологического статуса (снижение мышечной силы в кистях и стопах, гипотония мышц, снижение карпорадиальных рефлексов, выпадение ахилловых, снижение поверхностной чувствительности на кистях и стопах ,нарушение суставно-мышечного чувства в пальцах стоп ).

Сопутствующий диагноз: Экзогенно-токсическая энцефалопатия с дисмнестическими нарушениями.

**Дифференцировать:** с метаболическими ПНП, с дизиммунными ПНП, с печеночной ПНП.

**Дополнительные исследования:** ЭНМГ исследование сенсорных и моторных волокон нервов ног, игольчатая ЭМГ мышц ног, МРТ спинного мозга (грудного и поясничного отделов), МРТ головного мозга, исследование витаминов В1, В12, В9, Е, РР в крови, УЗИ ОБП, кровь на АТ к ганглиозидам, на антинейрональные АТ.

**План лечения :** 1. Отказ от алкоголя . 2. Сбалансированное питание . 3. Витамин В1 2-3 мл 5% раствора в/м , после достижения улучшения приём внутрь 100 мг 2 раза в день в комплексе с другими витаминами группы В. 4. Для коррекции дефицита магния -Магнерот по инструкции. 5. Для купирования боли применяют антидепрессанты( амитриптилин 25 мг 3 раза в сутки ) , антиконвульсанты ( Габапентин 300 мг 3 раза в сутки ) . 5. Препараты Тиоктовой кислоты ( Тиогамма, Берлитион, Окталипен) 600 мг на 200 мл 0,9 % физ. Раствора в/в капельно , 10 дней . 6. Дезинтоксикационная терапия (реамберин).

**План диспансеризации :** наблюдение невролога по месту жительства 2 раза в год .  
Стационарное лечение 2 раза в год.

### Экзаменационный билет № 5

#### **Ситуационная задача 1**

Больная М., 33 лет, во время мытья окна разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. Сразу после травмы возникло ограничение активных движений пальцев левой кисти. Спустя месяц появились резкие жгучие боли в области левой ладони. Уменьшение болей отмечалось лишь при обертывании кисти влажной салфеткой.

Объективно: Функции ЧМН не нарушены. Ограничение сгибания 1,2 и отчасти 3 пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев левой кисти в кулак. Не может противопоставить большой палец остальным. Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности 1-3 пальцев. Отечность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти пальцев левой кисти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму «обезьяньей». Биципитальный, триципитальный рефлекс вызываются, карпорадимальный рефлекс слева снижен.

#### **Задание**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### **Ответ**

1) **Точический диагноз:** Синдром поражения левого срединного нерва в верхней трети предплечья.

**Клинический диагноз:** Травматическая нейропатия срединного нерва. Каузалгия.

Обоснование: (Ограничение сгибания 1,2 и отчасти 3 пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев левой кисти в кулак. Не может противопоставить большой палец остальным.

Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности 1-3 пальцев. Отечность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти пальцев левой кисти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму «обезьяньей».

Биципитальный, триципитальный рефлекс вызываются, карпорадимальный рефлекс слева снижен.)

2) **Дополнительные исследования:** ЭНМГ исследование сенсорных и моторных волокон срединного нерва, игольчатая ЭМГ паретичных мышц, МРТ шейного отдела спинного мозга и позвоночника, рентгенография костей, МРТ, УЗИ или КТ суставов.

Определение ревматоидного фактора, C-реактивный белок, анализ уровня сахара крови, гормонов щитовидной железы, аутоантител (IgM, IgG, IgA)

Консультация травматолог, ортопед, эндокринолог.

**3) Дифференцировать:** с сочетанием ишемической миелорадикулопатии, плечевого плексита, вертеброгенных синдромов (радикулита, грыжи диска, спондилоартроза, остеохондроза, шейного спондилеза), скаленус-синдрома, воспаления связки (теносиновита) большого пальца руки, стенозирующего тендовагинита сгибателей пальцев, полиневрита при системной красной волчанке, синдрома Рейно, чувствительной джексоновской эпилепсии  
Особенностью данного случая является: наличие каузалгии, как признака периферической нейропатической боли (поражения симпатических волокон срединного нерва) и центральной нейропатической боли.

**4) Лечение** НПВС Диклофенак; Нимесулид 100 мг 2 раза/сут, после еды, в течение 5 дней ; Ибупрофен;

Для уменьшения боли могут быть назначены лекарства в таблетках:

Схема применения габапентина (мг)

|       | Начальная доза (дни) |     |     | Титрование (дни) |      |       | Поддерживающая доза |
|-------|----------------------|-----|-----|------------------|------|-------|---------------------|
|       | 1                    | 2   | 3   | 4-6              | 7-10 | 11-14 |                     |
| Утро  | -                    | -   | 300 | 300              | 300  | 600   | 600-1200            |
| День  | -                    | 300 | 300 | 300              | 600  | 600   | 600-1200            |
| Вечер | 300                  | 300 | 300 | 600              | 600  | 600   | 600-1200            |

Антидепрессанты (влияют на серотонин и норадреналин) Амитриптилин 12,5 мг на ночь при необходимости повышать дозу каждые 5/7 дней, прием препарата 3 недели

Для улучшения питания нерва применяются витамины группы В: Комбилипен; Нейрорубин; Мильгамма 2,0 в/м, №10 затем, т. мильгамма композитум 1т x 3р/д 20 дней, Нейровитан

Для стимуляции проведения нервных импульсов применяется Ипидакрин (Амиридин, Нейромидин). Внутрь принимают по 10–20 мг 2 р/с, 1 месяц.

Улучшению циркуляции крови в мелких сосудах и кровоснабжения тканей способствует Пентоксифиллин (Вазонит, Трентал). Стандартная дозировка – 100 мг по 1 т/с. 1 месяц

Эффективным обезболивающим средством выступает фонофорез с димексидом, электрофорез, ЛФК, физиолечение, массаж, электромиостимуляцию, грязелечение, озокерит.

По показаниям проводятся хирургические вмешательства.

**5) Диспансеризация** Стараться не травмировать конечности, вовремя лечить воспаления их суставов, принимать витамины группы В, не набирать лишних килограммов. А если работа связана с длительным напряжением локтевого или лучезапястного суставов, то нужно делать короткие перерывы и выполнять простые, но эффективные упражнения для суставов рук. Проводится: 1 раз в 6 месяцев: осмотр врача-невролога. По показаниям – ЭНМГ. Наблюдение врача-невролога, врача-терапевта участкового (ВОП) при восстановлении функции нервной системы – 1 год. При сохранении в дальнейшем стойких органических нарушений – наблюдение врача-терапевта участкового (ВОП) с консультацией врача-невролога (по показаниям).

## Ситуационная задача 2

Больной И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударил голову, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован.

Объективно: АД – 115/70 мм рт. ст. ЧСС – 54 уд./мин. Легкая ригидность мышц затылка. Опущен левый угол рта. Язык при высовывании отклоняется влево. Сила левой руки легко снижена. ОСР слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы слева снижены. Патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался около двух минут, протекал без потери сознания.

Глазное дно: начальные явления застойных ДЗН.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ**

**1. Клинический диагноз:** посттравматическая экстрацеребральная гематома в лобной области справа.

**Топический диагноз:** синдром поражения нижнего отдела правой передней центральной извилины лобной доли.

**2. Дополнительные исследования:** ЭЭГ, КТ головного мозга, МРТ головного мозга с КУ.

**3. Дифференцировать:** с опухолью головного мозга, с абсцессом головного мозга.

Дифференцировать эпидуральную и субдуральную гематому головного мозга.

**4. План лечения:**

Консервативная терапия осуществляется у пациентов без нарушений сознания, имеющих гематому толщиной не более 1 см, сопровождающуюся смещением церебральных структур до 3 мм. Схема лечения включает: антифибринолитические препараты (аминокапроновую кислоту, викасол, апротинин), нимопин или нимотоп для профилактики вазоспазма, маннитол (маннит, диакарб) для предупреждения отека мозга, симптоматические средства (противосудорожные, анальгетики, седативные, противорвотные).

Гематома с признаками сдавления головного мозга и дислокации, наличием очаговой симптоматики или выраженной внутричерепной гипертензии являются показанием к проведению срочного хирургического лечения. При быстром нарастании дислокационного синдрома проводится ургентное эндоскопическое удаление гематомы через фрезевое отверстие. При стабилизации состояния пациента нейрохирургами осуществляется широкая краниотомия с удалением субдуральной гематомы и очагов размождения.

**5. Диспансеризация:** 1й год - наблюдение невролога каждые 6 месяцев. 2й год - 1 раз в год. По показаниям МРТ головного мозга, ЭЭГ, консультация офтальмолога.

**Особенностью данного случая является:** джексоновская моторная эпилепсия.

**Экзаменационный билет № 6**

**Ситуационная задача 1**

Больной Т., 42 лет, два года назад заметил подергивания в мышцах рук. Спустя год появилось исхудание и слабость вначале правой, а затем и левой руки. Возникло затруднение глотания, особенно жидкой пищи. Речь стала нечеткой, смазанной.

Объективно: Речь гнусавая, дизартричная. Возможен письменный контакт. Движения языка ограничены. Фибриллярные подергивания мышц языка. Снижены рефлексы глоточные и с мягкого неба. Снижена сила рук и ног. Атония и атрофия мышц рук. Фибриллярные подергивания мышц плечевого пояса, рук и грудной клетки. Повышен тонус разгибателей голени. Биципитальный рефлекс справа снижен, триципитальные, карпорадиальные, коленные и ахилловы рефлексы повышены. Клонус надколенников и стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма и Россолимо с обеих сторон. Чувствительность сохранена.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

### Ответ

**1. Топический диагноз:** синдром поражения ядер 9, 10, 12 ЧМН, передних рогов (5-8 шейных и верхних грудных) спинного мозга, пирамидных трактов.

**Клинический диагноз:** Боковой амиотрофический склероз.

**2. План обследования:** Кровь на КФК, ЛДГ, креатинин, МРТ спинного мозга; МРТ головного мозга на наличие дегенерации пирамидных трактов, при исключении дегенерации пирамидного тракта провести обследование на моторно-нейрональный вариант GM2-ганглиозидоза 5 типа с дефицитом бета-гексозаминидазы А, на гликогеноз 4 типа методами ДНК-диагностики или ферментной диагностики, серологическое исследование на болезнь Лайма.

**3. Дифференцировать:**

а) Моторно-нейрональным вариантом GM2-ганглиозидоза 5 типа с дефицитом бета-гексозаминидазы А.

б) Гликогенозом 4 типа

в) Болезнь Лайма.

г) Спинальные мышечные атрофии.

**4. План лечение: В настоящее время специфического лечения не существует.**

Важнейшим условием оказания помощи пациентам с БАС является своевременное вмешательство для устранения симптомов:

а) Баклофен 25 мг., по 1 табл., 2 р/д.

б) Фенитоин 200 мг по 1 табл., 1 р/д.

в) Амитриптилин 50 мг по 1 табл., 3 р/д.

г) Рилузол - единственный лекарственный препарат, показавший некоторую эффективность при этом заболевании, однако в России он не зарегистрирован. Во всём мире, в том числе и в Научном центре неврологии, проводятся исследования новых методов лечения этого заболевания.

д) Эдарвон может в определенной степени препятствовать снижению работоспособности.

е) Наибольшее значение имеет коррекция нарушений глотания и дыхания, так как они представляют непосредственную угрозу для жизни:

-Для **лечения пациентов с нарушениями глотания** наиболее часто используется установление гастростомы – специальной трубки, позволяющей вводить пищу непосредственно в желудок, реже проводится установка назогастрального зонда или переход на парентеральное питание.

Обеспечение полноценного питания – крайне важная, и, главное, решаемая проблема при БАС.

Большое значение также имеют контроль слюноотделения.

-Для решения **проблемы с дыханием** могут использоваться такие методы как неинвазивная или инвазивная вентиляция лёгких, стимуляция диафрагмы. Показано, что обеспечение адекватного дыхания может продлить жизнь больных.

-Такие проблемы, как **мышечные спазмы**, слюнотечение, болевой синдром, депрессия и многие другие могут быть решены с помощью назначения соответствующего симптоматического лечения, включающего специальные лекарственные препараты или методы физиотерапии.

Большое значение на всех этапах заболевания, от постановки диагноза до финальных стадий, имеет психологическая поддержка больного и членов его семьи.

**5. План диспансерного наблюдения:**

1. Информирование пациента неврологом по месту жительства о данном заболевании и о всех возможных осложнениях.

2. Кратность посещений врача-невролога 5-6 раз в год.

3. Контроль приема препаратов.

4. МРТ головного мозга в динамике 2 раза в год. Контроль КФК, ЛДГ, креатинина.

5. Поддерживающая терапия в стационарных условиях 3-4 раза в год.

6. Лечение в реабилитационном центре.

## Ситуационная задача 2

Больной Д., 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливалась после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась.

Объективно: АД – 125/70 мм рт.ст. ЧСС – 70 уд./мин. Двигательные, координаторные, чувствительные расстройства отсутствуют. В стационаре наблюдался генерализованный судорожный приступ, которому предшествовала зрительная аура («сыпались искры из глаз»).

Глазное дно: застойные ДЗН без явлений атрофии. Острота зрения на оба глаза – 1,0. Левосторонняя гемианопсия с макулярной выемкой, то есть с сохранным центральным полем зрения.

Температура тела – нормальная. ОАК без изменений. На краниограмме – увеличение размеров и количества ямочек пахионовых грануляций, диплоических вен, усиление пальцевидных вдавлений.

### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

### Ответ

**1. Топический диагноз:** Синдром поражения коры в области шпорной борозды правой затылочной доли.

**Клинический диагноз:** Опухоль правой затылочной доли.

**Особенностью данного случая является:** Преходящая амблиопия, обусловленная синдромом ВЧГ (внутричерепной гипертензии). Гемианопсия носит не трактусовый характер, а центральный, о чем свидетельствует сохранность центрального зрения.

Дислокация и сдавление четверохолмия и сильвиева водопровода затрудняют ликворциркуляцию; это приводит к гипертензионнодислокационному синдрому с головной болью и застойными дисками зрительных нервов.

**2. План обследования:** КТ головного мозга с КУ, МРТ головного мозга с КУ с целью подтверждения опухоли мозга и уточнения типа опухоли.

**3. Дифференцировать:** с геморрагическим инсультом, абсцессом головного мозга.

**4. План лечения:**

- а) Консультация нейрохирурга
- б) Дальнейшее решение вопроса о оперативном вмешательстве.
- в) Биопсия.

**5. План диспансеризации:**

- а) Консультация онколога, если при подтверждении ЗНО, постановка на учет в онкодиспансер.
- б) МРТ головного мозга в динамике через 3-4 месяца после оперативного лечения, чтобы

исключить рост новых образований.

в) Наблюдение невролога по месту жительства 3-4 раза в год

### Экзаменационный билет № 7

#### Ситуационная задача 1

Больной В., 28 лет, после сна почувствовал онемение и слабость левой кисти. Накануне вечером употреблял алкоголь. Как заснул, не помнит.

Объективно: «Свисающая кисть». Не может разогнуть кисть, пальцы, а также отвести большой палец. Сила левой кисти уменьшена. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого и указательного пальцев, трицепитальный и карпорадиальный рефлексы слева снижены.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ

**Топический диагноз:** синдром поражения левого лучевого нерва.

**Клинический диагноз:** Компрессионно-ишемическая (сонный паралич) нейропатия левого лучевого нерва.

Обоснование: «Свисающая кисть». Не может разогнуть кисть, пальцы, а также отвести большой палец. Сила левой кисти уменьшена. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого и указательного пальцев, трицепитальный и карпорадиальный рефлексы слева снижены.

**2) Дополнительные исследования:** стимуляционная ЭНМГ исследование корешков спинного мозга С7, С8, лучевого нерва с 2 сторон ( для определение функции нерва аксонов и миелина), игольчатая ЭМГ мышц этих сегментов (для определение передних рогов и мышц). МРТ шейного отдела спинного мозга и позвоночника. С этой целью возможно проведение консультации ортопеда(функциональных нарушений со стороны костно-мышечной системы, возникших в результате пороков развития, заболеваний и травм), травматолога(травматических повреждений костно-мышечной системы), эндокринолога, рентгенографии (плеча, костей предплечья и кисти, смотря отдел поражения), КТ суставов, Определение ревматоидного фактора, С-реактивный белок, анализ уровня сахара крови, гормонов щитовидной железы. Консультация травматолог, ортопед, эндокринолог.

**3) Дифференцировать:** с ишемической радикуломиелопатией преимущественно С7 сегмента, с сочетанием с наследственной нейропатией с тенденцией к параличам от сдавления. **Болезнь де Кервена.**

(клинический дифференцировать лучевую нейропатию от нейропатии локтевого нерва и нейропатии срединного нерва. Латеральный эпикондилит. Сдавление заднего межкостного нерва. Поражение плечевого сплетения. В некоторых случаях нейропатия лучевого нерва напоминает корешковый синдром уровня СVII. Следует учитывать, что последний сопровождается также расстройством сгибания кисти и приведения плеча; характерными болями корешкового типа, усиливающимися при чихании и движениях головой.)

#### 4) Лечение:

При боли Антikonвульсантов

Схема применения габапентина (мг)

| Начальная доза (дни) |   |   | Титрование (дни) |      |       | Поддерживающая доза |
|----------------------|---|---|------------------|------|-------|---------------------|
| 1                    | 2 | 3 | 4-6              | 7-10 | 11-14 |                     |
|                      |   |   |                  |      |       |                     |

|       |     |     |     |     |     |     |          |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| Утро  | -   | -   | 300 | 300 | 300 | 600 | 600-1200 |
| День  | -   | 300 | 300 | 300 | 600 | 600 | 600-1200 |
| Вечер | 300 | 300 | 300 | 600 | 600 | 600 | 600-1200 |

Антидепрессанты (влияют на серотонин и норадреналин) Амитриптилин 12,5 мг на ночь при необходимости повышать дозу каждые 5/7 дней, прием препарата 3 недели

Диакарб (диуретик из группы ингибиторов карбоангидразы). Режим дозирования: взрослым назначают по 250-500 мг однократно утром в течение 3 дней, на 4-й день — перерыв.

Мильгамма (комплекс витаминов группы В). Режим дозирования: терапию начинают с 2 мл внутримышечно 1 р/д на протяжении 5-10 дней. Поддерживающая терапия — 2 мл в/м два или три раза в неделю.

Прозерин (ингибитор ацетилхолинэстеразы и псевдохолинэстеразы). Режим дозирования: внутрь взрослым по 10-15 мг 2-3 раза в сутки; подкожно — 1-2 мг 1-2 раза в сутки.

Массаж. Улучшает кровообращение и обменные процессы в месте пораженного нерва, повышает тонус мышц и способствует ускорению регенеративных процессов. Массаж можно выполнять самостоятельно – осторожными движениями массировать и разминать руку в области кисти, локтя и предплечья, сгибать и разгибать пальцы. При выполнении манипуляций больной должен ощущать небольшой дискомфорт – при сильных болях следует снизить интенсивность воздействия.

Электрофорез. Метод лечения заключается в введении лекарственных средств в ткани с помощью электрического тока. Чаще всего при нейропатии лучевого нерва используется прозерин, ксантинол, никотинат и другие препараты, которые улучшают состояние мышц, а электрический ток обеспечивает дополнительную стимуляцию нервов.

Парафиновые аппликации. Продолжительное мягкое прогревание способствует устранению воспалительного процесса и болевых ощущений, улучшению кровообращения и выведению токсинов, которые выходят вместе с потом и впитываются в парафин.

**5) Диспансеризация:** В качестве профилактических мер следует избегать различных травм рук и переохлаждения. Также рекомендовано своевременно лечить все инфекционные заболевания и проводить вакцинацию. С целью поддержания иммунитета нужно правильно питаться, заниматься спортом, соблюдать режим труда и отдыха, а также вести здоровый образ жизни. Проводится: 1 раз в 6 месяцев: осмотр врача-невролога. По показаниям – ЭНМГ. Наблюдение врача-невролога, врача-терапевта участкового (ВОП) при восстановлении функции нервной системы – 1 год. При сохранении в дальнейшем стойких органических нарушений – наблюдение врача-терапевта участкового (ВОП) с консультацией врача-невролога (по показаниям).

## Ситуационная задача 2

Больной Д., 28 лет. Неделю назад появились общая слабость, головная боль, боли в пояснично-крестцовой области и мышцах ног. Температура повысилась до 38 градусов. Спустя 3 дня развился паралич ног, возникли «онемение» в ногах, задержка мочи и стула.

Объективно: в области крестца и стоп отмечаются пузыри, наполненные мутной жидкостью (трофические расстройства). Активные движения ног отсутствуют. Тонус мышц повышен в разгибателях голени. Коленные рефлексы высокие, зоны их вызывания расширены, клонус надколенников и стоп. Средние и нижние брюшные рефлексы, а также кремастерные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон. От пупка книзу утрачены все виды чувствительности.

Общий анализ крови: повышение СОЭ (24 мм/ч), лейкоцитоз (11 000x10 в девятой степени/л). ЦСЖ: прозрачная, бесцветная, белок – 0,66 г/л, цитоз- 240/3, давление лежа – 330 мм вод ст. На рентгенограммах ГОП и ПОП патологии не выявлено.

### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ

**1) Топический диагноз:** синдром поражения поперечника спинного мозга на уровне 9-12 грудных и 1-2 поясничных сегментов.

**Клинический диагноз:** Поперечный миелит.

**Обоснование:** на слабость, головная боль, боли в пояснично-крестцовой области и мышцах ног. Температура повысилась до 38 градусов. Спустя 3 дня развился паралич ног, возникли «онемение» в ногах, задержка мочи и стула. Объективно: в области крестца и стоп отмечаются пузыри, наполненные мутной жидкостью (трофические расстройства). Активные движения ног отсутствуют. Тонус мышц повышен в разгибателях голени. Коленные рефлексы высокие, зоны их вызывания расширены, клонус надколенников и стоп. Средние и нижние брюшные рефлексы, а также кремаштерные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон. От пупка книзу утрачены все виды чувствительности.

**2) Обследование:** общий и биохимический анализы крови; МРТ спинного мозга с КУ, МРТ головного мозга с КУ, исследование Ig G ликворе и в крови, исследование в крови аквапорина 4 типа, др. иммунологические исследования (кровь на АТ к ганглиозидам, на АТ антинейрональные), исследование АТ к вирусу энцефаломиелита в крови и ликворе, др. вирусологические, инфекционные (цитомегаловирус: исследование антител igg, Сифилис, ВИЧ) и бактериологические исследования,

**3) Дифференцировать:** с инсультом спинного мозга, с опухолью спинного мозга, с пострадиационной миелопатией, с клещевым энцефаломиелитом, с спинальной формой рассеянного склероза (миелит, как дебют РС), ОРЭМ, с оптикомиелитом Девика (кровь на антитела NMO-IgG, МРТ T2, FLAIR:), , уточнение формы поперечного миелита: идиопатический поперечный миелит; миелит при текущих инфекционных заболеваниях с установленными возбудителями (вирус герпес зостер, ВПГ 1, 2 типов, ВЭБ, ЦМВ, боррелия бургдорфери, бледная трепонема, микоплазма); миелит при системных аутоиммунных заболеваниях (саркоидоз, болезнь Бехчета (*Обследование: Общий анализ крови: увеличение СОЭ, умеренная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз.*

· *Общий анализ мочи: умеренная протеинурия, умеренная гематурия.*

· *Биохимический анализ крови: повышение СРБ.*

· *Иммунологический анализ крови: повышение ревматоидного фактора, отсутствие антинуклеарных антител, отсутствие антител к фосфолипидам, отсутствие антител к односпиральной и двуспиральной ДНК.*

· *Показатели гемостазиограммы: повышение фибриногена),.*

**Синдром Шегрена** (*Обследование : Иммунологические реакции. У всех больных выявляют ревматоидный фактор, а его высокие титры указывают на наличие криоглобулинемического васкулита и формирование MALT-ткани. У 1/3 больных выявляют криоглобулины. Синдрому Шегрена характерна такая картина: избыток антител IgG/IgA и IgM, наличие антител к ДНК, коллагену и эпителию, присутствие волчаночных клеток, переизбыток В-лимфоцитов и нехватка Т-лимфоцитов. Почти у всех обнаруживаются аутоантитела к ядерным антигенам (Ro/SS-A и La/SS-B)).*

**Системная красная волчанка** (*Обследование : АНФ (антинуклеарные антитела) - гетерогенная группа антител, реагирующих с различными компонентами ядра. Чувствительность этого теста очень значительна (95% больных системной красной волчанкой), но специфичность невелика (нередко его определяют у больных с другими ревматическими и неревматическими заболеваниями).*

*Антитела к двуспиральной ДНК регистрируют у 20-70% больных системной красной волчанкой. Высокоспецифичны для системной красной волчанки, их уровень обычно коррелирует с активностью заболевания, особенно при наличии волчаночного нефрита.*

Антитела к гистонам более характерны для лекарственного волчаночноподобного синдрома, при системной красной волчанке ассоциированы с развитием артрита.

Антитела к Sm-антигену высокоспецифичны для системной красной волчанки, однако их определяют лишь у 20-30% больных.

Регистрируемые низкие титры АТ к малым ядерным рибонуклеопротеидам при системной красной волчанке обычно ассоциированы с синдромом Рейно и лейкопенией; их высокие титры обнаруживают у больных смешанным заболеванием соединительной ткани.

Антитела к SS-A/Ro-антигену, SS-B/La-антигену менее характерны для системной красной волчанки, ассоциированы с лимфопенией, тромбоцитопенией, фотодерматитом и лёгочным фиброзом. Их обнаруживают у 60-80% больных с синдромом Шёгрена, эти антигены также характерны для подострой кожной и лекарственной волчанки.

Антитела к кардиолипину (АКЛ), антитела к S<sub>2</sub>-гликопротеину 1, волчаночный антикоагулянт определяют в среднем у 60% детей с системной красной волчанкой. Это маркёры вторичного АФС.

Ревматоидный фактор (аутоантитела класса IgM, реагирующие с Fc-фрагментом IgG) нередко отмечают у детей с системной красной волчанкой, имеющих выраженный суставной синдром.

LE-клетки - полиморфноядерные нейтрофилы (реже эозинофилы или базофилы) с фагоцитированным ядром клетки или отдельными его фрагментами, образуются при наличии антител к комплексу «ДНК-гистон». Эти клетки обнаруживают в среднем у 70% детей с системной красной волчанкой.

Снижение общей гемолитической активности комплемента (СН50) и его компонентов (С3, С4) обычно коррелирует с активностью волчаночного нефрита и в отдельных случаях может быть следствием генетически детерминированного дефицита.)

Синдромом Гийена-Барре, гематомиелией, эпидуритом. Арахноидитом; Полиневропатией; Травматическим сдавливанием спинного мозга; Спинальным инсультом; Метастатическим поражением позвоночника на фоне опухолей в других органах. Менингомиелитом.

**4) Лечение:** Антибиотики широкого профиля («Амоксициллин»). составляет 250-500 мг, при тяжелом течении заболевания - до 1 г. 10 дней прием препарата  
Противовирусные препараты («Ацикловир» 200 мг 5 р/с 5 дней (для герпеса) «Зовиракс», «Валтрекс»)  
Глюкокортикостероиды («Дипроспан» 2мл в/м, 3 дня «Кеналог», «Тримцинолон»)  
Анальгетики («Тримекаин», «Лидокаин»)  
Иммуностимуляторы («Виферон 500 000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза/сут через 12 ч ежедневно в течение 5 суток., «Иммунал»)  
Миорелаксанты («Баклофен», «Сирдалуд» 2мг 2 р/д, 10 дней «Мидокалм»)  
Диуретики («Диакарб», «Лазикс» 20-40 мг 1 раз/сут в/в, через день 3 дня «Оксодолин»)  
Плазмаферез

**5) Диспансеризация:** Проводится: 1 раз в 6 мес. – медицинский осмотр.  
1 раз в год – осмотр офтальмолога с исследованием глазного дна, полей зрения, остроты зрения.  
По показаниям: МРТ головного мозга и спинного мозга, ЭЭГ, Наблюдение врача-невролога, врача-терапевта участкового (ВОП) при восстановлении функции нервной системы – в течение года;

При формировании стойких остаточных явлений – 3 года.

В дальнейшем при сохраняющихся необратимых органических нарушениях – наблюдение врача-терапевта участкового (ВОП) с консультацией врача-невролога (по показаниям) – постоянно.

### Экзаменационный билет № 8

#### **Ситуационная задача 1**

Больной К., 28 лет. Заболел остро в конце мая. Когда появился озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, боли в мышцах шеи и рук, температура повысилась до 39 градусов. На 4 день болезни присоединились икота, одышка, паралич правой руки, «отяжелела» голова и стала свисать на грудь. Спустя 3 недели самочувствие больного улучшилось, прекратилась икота, одышка, головная боль и боль в мышцах, нормализовалась температура тела. Из анамнеза установлено, что за 2 недели до заболевания больной был в лесу и его в области пупка укусил клещ.

Объективно: Больной поддерживает рукой голову, чтобы она не свисала на грудь. Активные повороты головы в стороны невозможны. Плечи опущены. Правая рука висит как плеть, активные ее движения отсутствуют. Левая рука не поднимается выше горизонтальной линии. Лопатки крыловидной формы: нижние углы отведены кнаружи и вверх, приведение их к позвоночнику невозможно. Атрофия грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, а также мышц шеи, надплечья и правой руки. Атония мышц правой руки. Биципитальный, триципитальный, карпорадиальный рефлексы справа не вызываются. Чувствительность не изменена.

ОАК, ОАМ, ЦСЖ (общий анализ, сахар, хлориды) не изменены.

#### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### **Ответ**

**1. Клинический диагноз:** Клещевой энцефаломиелит, полиомиелитическая форма (диагноз установлен на основании эпид. анамнеза (пребывание больного в эпид. очаге инфекции в весенне-летний период, так же пациент указал на укус клеща), клинической картины (остро заболел, озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, миалгии, повышение Т тела до 39 гр), объективного осмотра (наличие асимметричного верхнего вялого парализованного пареза, в сочетании с параличом мускулатуры шеи - синдром «свисающей головы»).

**Топический диагноз:** синдром поражения ядер добавочных нервов, передних рогов С5-ТН2 спинного мозга справа.

**2. План обследования:** ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, серологические реакции: РСК (реакция связывания комплемента) – дает положительный результат со 2-ой недели заболевания, реакция нейтрализации (положительный результат с 8-9-ой недели) и РТГА (реакция торможения гемагглютинации), иммуноферментный анализ и ПЦР, исследование АТ к вирусу клещевого энцефаломиелита в крови и ликворе, затем решить вопрос о выделении полиовируса 1, 2, 3 типа, исследование методом ПЦР ДНК полиовируса, серологическом исследовании на полиомиелит (с установлением 4-кратного нарастания титра специфических АТ), об исследовании методом ПЦР ДНК вирусов Коксаки и ЕСНО, бактериологическая проба на ботулизм, иммунодиагностика (метод дот-иммуноанализа) ботулизма.

**3. Диф. диагностика:** с полиомиелитом, боррелиозом (лаймская болезнь) – так же передается иксодовыми клещами, нейроборрелиозом (особенно первая и вторая фаза, для которых характерна

мигрирующая эритема, менингит, радикулит, краниальная невралгия), ботулизмом, клещевой риккетсиоз, вирусный менингоэнцефалит.

**4. План лечения:** противоэнцефалитный иммуноглобулин (донорский) среднего титра (1:80 – 1:160) 1,0-0,15 мл/кг массы тела в сутки в/м в течение первых 3-4 дней болезни (курсовая доза 18-36 мл), рибонуклеазы 2,5-3,0 мг/кг массы тела в сутки в/м дробно 6 р/сутки в течение лихорадочного периода (курсовая доза 700-900 мг РНКазы), **дезинтоксикационная терапия, дегидратационная терапия** (фуросемид, маннитол); НПВС (диклофенак по 3 мл в/м, кетопрофен 2 мл в/м); дексаметазон 8-12 мг в/в, струйно; противосудорожная терапия (диазепам 2 мл на 10,0 мл 0,9% натрия хлорида, в/в); нейропротекция – витамины группы В, аскорбиновая кислота. Для улучшения кровообращения мозга – психостимуляторы и ноотропы (пирацетам, циннаризин, глицин). При необходимости используется ИВЛ.

**ПРОТИВОПОКАЗАНЫ;** глюкокортикоиды!!!

**5. Диспансеризация:** диагностические исследования, необходимые для контроля за заболеванием проводится 1 раз в 6 мес - мед. осмотр, 1 раз в год – осмотр офтальмолога с исследованием глазного дна, полей зрения, остроты зрения. По показаниям: МРТ головного мозга, ЭЭГ, ЭНМГ. Консультация врача-оториноларинголога. Наблюдение врача-невролога, терапевта при восстановлении функции нервной системы – в течении года, при формировании стойких остаточных явлений – 3 года. В дальнейшем при сохраняющихся необратимых органических нарушениях – наблюдение терапевта с консультацией невролога (по показаниям) – постоянно. Симптоматическое лечение при параличах включает активную реабилитацию с 3-й недели. При прогрессивном лечении проводится вакциноterapia. Ведущую роль играет вакцинация тканевой инактивированной вакциной. Активную иммунизацию проводят по эпидемиологическим показаниям. Вакцину вводят по 1 мл п/к 3 раза в осенний период, затем однократно весной с последующей ежегодной ревакцинацией. Лицам, подвергшимся укусам клещей, вводится противоэнцефалитный иммуноглобулин высокого титра (1:640-1:1280) однократно 0,1 мл/кг массы тела в течение первых 48 ч и 0,2 мл/кг массы тела с 48 до 96 ч. ЛФК, массаж.

## Ситуационная задача 2

Больной З., 40 лет. Заболевание началось 2 года назад со слабости левой руки и ноги. Спустя полгода присоединилась слабость правой руки и ноги. Руки стали худеть, в них появилось ощущение онемения. Месяца 2 назад возникли затруднение при мочеиспускании и запоры.

Объективно: Синдром Горнера слева. Сила рук и ног снижена. Тонус мышц рук снижен, в разгибателях голени повышен. Атрофия мышц рук. ОСР с рук отсутствуют. Коленные и ахилловы рефлексы повышены, клonusы надколенников и стоп. Брюшные кожные рефлексы угнетены. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма – с 2 сторон. Походка спастическая. Снижены все виды чувствительности с уровня надплечья книзу (по проводниковому типу). Симптом «остистого отростка» Раздольского отрицательный.

При проверке ликвородинамических проб Квекенштедта и Стуккея блока не выявлено. ЦСЖ: прозрачная, бесцветная, белок – 0,9 г/л, цитоз – 6/3, давление – 150 мм вод. ст. Реакция Вассермана в крови и ЦСЖ – отрицательная. На спондилограммах ШОП и ГОП патологических изменений нет.

### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

## Ответ

**1. Клинический диагноз:** Интрамедуллярная опухоль на уровне нижних шейных и первого грудного сегментов.

**Топический диагноз:** Синдром поражения почти всего поперечника спинного мозга на уровне C5-C8, TН1 сегментов (передние рога, слева – боковые рога, задние и боковые столбы).

**2. План обследования:** ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, анализ крови на онко маркеры – а-фетопротеин и бета-хорионический гонадотропин. МСКТ шейного и грудного отдела позвоночника и спинного мозга с контрастом, МРТ шейного и грудного отдела позвоночника и спинного мозга с контрастом, контрастная миелография, консультация нейрохирурга.

**3. Диф. диагностика:** с сирингомиелией, с ишемической миелопатией, с гематомиелией, спинальный эпидурит, миелит, метастатические поражения позвонков, арахноидит, туберкулезный спондилит, компрессия грыжей дисков, подбололочные гематомы.

**4. План лечения:** Хирургическое лечение (операция показана практически при любой опухоли спинного мозга или позвоночника, проявляющейся симптомами компрессии спинного мозга).

Основные типы операций при различных опухолях спинного мозга – радикальное удаление опухоли, частичное удаление опухоли, а также паллиативные и противоболевые операции.

Лучевое лечение (в основном гамма-терапия широкими пучками).

Химиотерапию в лечении опухолей спинного мозга используют в дополнение к хирургическому и/или лучевому лечению и радиотерапии для улучшения прогноза у больных со злокачественными опухолями. Стандартной схемой является комбинация PVC прокарбазин, ломустин (CCNU), винкристин. Так же эффективна химиотерапия с использованием других препаратов (производные нитрозомочевины, цисплатин, карбоплатин, этопозид, прокарбазин, иммуномодуляторы класса интерферонов и ИЛ). Существуют более «жесткие» режимы химиотерапии с включением производных платины (цисплатин, карбоплатин), этопозид, блеоцина, циклофосфана.

Симптоматическое лечение опухолей включает применение кортикостероидов (дексаметазон 12-20 мг/сут в 3-4 введения внутрь или парентерально), чаще назначают перед операцией, а после постепенно отменяют. Так же с симптоматической целью применяют антиэпилептические средства, анальгетики, противорвотные средства.

**5. Диспансеризация:** диагностические исследования, необходимые для контроля за заболеванием проводится через 3 года после завершения радикального лечения. Мед. осмотр: 1 раз в 6 мес – в течении 2 лет, 1 раз в год – в последующем. Осмотр врача-невролога: 1 р/год – при опухолях низкой и средней степени злокачественности, 2 р/год – при опухолях высокой степени злокачественности. По показаниям: МРТ головного мозга, МРТ шейного и грудного отделов позвоночника и спинного мозга. Наблюдение у терапевта, онколога, невролога.

## Экзаменационный билет № 9

### Ситуационная задача 1

Больная Г., 30 лет. Заболевание началось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. Лечилась в течение месяца по поводу ретробульбарного оптиконеврита. Зрение улучшилось. Спустя полгода появилось двоение в глазах, слабость ног, шатание при ходьбе, затруднение мочеиспускания.

Объективно: недостаточно отводит кнаружи правое глазное яблоко, диплопия при взгляде вправо. Центральный парез 7 ЧМН слева. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм. Язык отклоняется влево при высовывании языка, атрофии его мышц нет. Речь скандированная. Сила рук и особенно ног снижена. Тонус мышц повышен в разгибателях голени. ОСР высокие с рук и с ног, зоны их вызывания расширены. Клонус надколенников и стоп. Кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо (кистевые и стопные) вызываются с обеих сторон. При пробе Ромберга шатается в различные стороны. Походка «пьяная». Повороты совершает с трудом, неуклюже, шаткость при этом увеличивается. При ПНП – промахивание и интенционный тремор. При пронаторной пробе – гиперметрия с обеих сторон. Адиадохокинез. Плохо

выполняет ПКП обеими ногами. Асинергия движений, выявленная пробой Бабинского. Мегалография. Снижение вибрационной чувствительности с ногтевых фаланг стоп, с лодыжек и надколенников. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Острота зрения на правый глаз – 0,06 (коррекции я не улучшает зрения), на левый глаз – 1,0. На глазном дне: бледность ДЗН справа.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ** Больная Г., 30 лет.

**Задача 9 (1)**

1) Топически- кортиконуклеарные и кортикоспинальный пирамидный тракты, мозжечок или его пути, пучки Голля), зрительный и отводящий нервы справа.

**Диагноз:** Демиелинизирующее заболевание ЦНС. Частичная атрофия зрительного нерва справа.

2) ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ, МРТ головного и спинного мозга с контрастированием по демиелинизирующей программе, люмбальная пункция ( олигоклональный IgG крови и ликвора), АТ к аквапину 4 , ДНК Cytomegalovirus, ДНК *Toxoplasma gondii*, ДНК Herpes simplex virus 1,2, ДНК вир Э-Барр, антинуклеарные антитела IgG, антитела к фосфолипидам Ig G<sub>M</sub>, Anti-Histone Ig G, ANCA IgG , АТ к SM IgG, антитела к двухспиральной ДНК IgA/M/G, Anti-nucleosome Ig G,

Уровень суммарных антител к *Treponema pallidum*, ВИЧ, лактат и пируват крови, УЗИ ОБП, почек.

3) **дифференцировать:** рассеянный склероз ( АТ к IgG- тип 2, все остальные анализы отрицательные), Оптикомиелит Девика ( АТ к аквапину 4 > 10 ) , с системными аутоиммунными заболеваниями соединительной ткани, нейрометаболическими заболеваниями, метахромотической лейуодистрофией, нейросифилисом, ОРЭИ ( острый рассеянный склероз).

4) **Лечение:** При выявлении активных очагов по МРТ- Кортикостероиды ( метипред 1000мг , солумедрол 1000мг) в\в струйно №3, калий хлорид порошок внутрь по 1 грамму №3, омепрозол 20 мг 2 раза в день, При установке диагноза рассеянный склероз

препараты ПИТС (инфибета п\к),  
нейропротекторы (церебролизин, пирацетам 5,0), ангиопротекторы и корректоры  
микроциркуляции (беттагистин 24 мг), витамины В1, В6

**5) Диспансеризация:** Проводится: 1 раз в 6 мес.: мед. осмотр, осмотр врача-невролога.  
По показаниям: МРТ головного мозга; Консультации - врача-офтальмолога, врача-  
психотерапевта. Наблюдение врача-невролога, врача-терапевта участкового (ВОП) -  
постоянно. При формировании стойких органических нарушений – наблюдение врача-  
терапевта участкового (ВОП) с консультацией врача-невролога (по показаниям) –  
постоянно.

### **Ситуационная задача 2**

Больной К., 3 лет. Родители отметили, что мальчик плохо ходит, говорит лишь «ма»,  
«па», «ба». Из анамнеза установлено, что роды были затяжными. Ребенок родился в срок,  
однако в асфиксии. Сидеть начал в год, стоять – в два, а ходить – с трудом в три года.

Объективно: опущен левый угол рта. Сила рук и ног снижена. Руки слегка  
приведены к туловищу и согнуты в локтевых и лучезапястных суставах, пальцы сжаты в  
кулак. Ноги приведены одна к другой. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечий и  
особенно в разгибателях голени. ОСР - высокие. Патологические рефлекс Бабинского и  
Оппенгейма с 2 сторон. Походка спастическая, при ходьбе одна нога заходит за другую в  
виде ножниц, колени соприкасаются друг с другом.

На глазном дне патологии нет. На краниограммах патологии нет.

### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ** Больной К., 3 лет.

- 1) **Диагноз:** ДЦП, спастический тип (спастическая диплегия, или синдром Литтля) (топически поражен кортико-нуклеарный тракт справа, пирамидные тракты).
- 2) **Обследование:** ЭЭГ, МРТ головного мозга (корково-подкорковая атрофия, псевдопорэнцефалия, диффузное снижение плотности белого вещества), МРТ спинного мозга с регистрацией размеров спинного мозга на уровнях (с целью исключения атрофии спинного мозга, характерной для болезни Штрюмпеля), ДНК диагностика- панель «спастическая параплегия», исследование аргинина крови.
- 3) **Дифференцировать** С осложненной формой наследственной (семейной) спастической параплегии Штрюмпеля, X-гидроцефалический спектр (MASA-синдром) с атипичной ДОФА чувствительной дистонией, с хр. аргинимией.
- 4) **Лечение** Логопедическая ортопедическая помощь, физиотерапия, своевременная коррекция зрения и слуха.

Для уменьшения спастичности: баклофен, тизанидин 4мг, мемантин 10мг, амантидин. Инъекции ботклотоксина А (диспорт 500%D, ксеомин 100ЕД). При формировании стойких контрактур – оперативное лечение. При неподдающейся лечению тяжелой спастиче-нейрохирургическое лечение (задняя ризотомия).

- 5) **Диспансеризация:** наблюдение педиатра и психо-невролога 4-12 в год в зависимости от тяжести заболевания. Оценка психомоторного развития – ежемесячно. Осмотр ЛОР, окулист, хирург-ортопед 2 раза в год. Направление ВТЭК, ВКК- по показаниям.

### Экзаменационный билет № 10

#### **Ситуационная задача 1**

Больной Ш., 2 лет. Родители обратили внимание на слишком большой объем его головы. Из анамнеза установлено, что семейной большеголовости нет. Роды были затяжными. Ребенок родился в срок, но в состоянии асфиксии, был в реанимации. Отстает в развитии. Поздно стал сидеть, стоять, ходить. Не разговаривает.

Объективно: Резкое несоответствие между размерами лицевого черепа и объемом мозгового черепа. Окружность головы – 72 см (норма – 50 см). Лоб высокий, нависает на глаза. Выражены лобные и теменные бугры. Роднички не закрыты, напряжены. На голове в большом количестве видны расширенные кожные вены. При перкуссии головы четко слышен звук «треснувшего горшка». За игрушкой водит глазами. Сходящееся косоглазие. Опущен правый угол рта. Горизонтальный нистагм. Явное снижение силы в конечностях установить трудно. Тонус мышц не изменен. ОСР высокие, справа несколько выше, чем слева. Кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Симптом Бабинского с 2 сторон. Стоит и ходит неуверенно. На уколы реагирует адекватно, как слева, так и справа.

На глазном дне: застойные ДЗН. На краниограммах – истончение и расхождение костей черепа, а также расширение входа в турецкое седло. ЭХО-энцефалоскопия не выявила смещения М-эха.

#### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### **Ответ**

**1.Топический диагноз:** Синдром поражения головного мозга (корково-ядерный путь слева, мозжечково-вестибулярный и пирамидный пути), отводящих нервов.

**Клинический диагноз:** Гипертензивная гидроцефалия.

- 2.План обследования:** 1)измерение в динамике окружности головы;
- 2)исследование глазного дна с целью своевременного обнаружения начальных признаков атрофии зрительных нервов. Наличие отека диска зрительного нерва нехарактерно;
- 3)трансиллюминацию черепа, которую следует проводить всем детям грудного возраста для исключения гидроанэнцефалии и субдуральной гигромы;
- 4)рентгенографию черепа, при которой можно обнаружить увеличение размеров черепа и расхождение швов;

5)КТ и МРТ которые позволяют точно определить степень гидроцефалии, а также выявить наличие каких-либо церебральных мальформаций;  
б)состояние ликвородинамики можно исследовать с помощью введения контрастного вещества или радионуклидной цистернографии.

**3.Дифференцировать:** с опухолью головного мозга, с макроцефалией (глутаровая ацидурия и др.). Уточнить форму гипертензивной гидроцефалии – сообщающуюся и окклюзионную. В случае выявления окклюзионной гидроцефалии дифференцировать стеноз водопровода, синдром Денди-Уокера, синдром Уокера-Варбург, с цистицеркозом и др. В случае выявления сообщающейся гипертензивной гидроцефалии – дифференцировать с токсоплазмозом, мукополисахаридозом Гурлер, с эпендиматитом.

**4.Лечение:** Основными принципами лечения гидроцефалии являются хирургическое устранение obstructивных нарушений циркуляции ЦСЖ, уменьшение продукции ее с помощью лекарственных или хирургических методов, создание обходных анастомозов с нормальными внутричерепными путями оттока жидкости при несообщающейся гидроцефалии (вентрикулоцистерностомия), вентрикулоатриальное и вентрикулоперитонеальное шунтирование при сообщающейся и несообщающейся гидроцефалии.

К средствам, способствующим снижению продукции ЦСЖ, относят диакарб. Механизм действия включает угнетение карбоангидразы сосудистого сплетения желудочков мозга. Препарат уменьшает образование УСЖ примерно на 50%. Однако клинический эффект незначителен, и применяют лишь в качестве временной меры или в плане предоперационной подготовки у пациентов с остро развившейся гидроцефалией. Суточная доза диакарба — до 750 мг.

5.План диспансеризации: динамическое наблюдение врача невролога каждые 3-6 месяцев. Измерение окружности головы. По показаниям МРТ или КТ головного мозга. Наблюдение офтальмолога.

**Особенностью данного случая является:** синдром «разведенного» ликвора.

## Ситуационная задача 2

Больная, 22 лет, жалуется на слабость в ногах, возникающую при ходьбе, и неустойчивость. В 18 лет отмечалось нарушение зрения в течение недели, которое было расценено как ретробульбарный неврит. Зрение в течение недели восстановилось полностью. В 20 лет появилась слабость в ногах при ходьбе. Хуже себя чувствовала в жаркую погоду и после приема горячей ванны. Последние полгода чувствовала себя хорошо. При осмотре: горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, скандированная речь, сухожильные рефлекссы высокие, равны, нижний спастический паразпарез с патологическими стопными знаками. Атаксия при выполнении координаторных проб. Снижение вибрационной чувствительности на ногах.

На глазном дне – побледнение височных половин зрительных нервов.

### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

### Ответ

1. **Диагноз:** Рассеянный склероз, рецидивирующе-ремиттирующая форма.

2. **План обследования:** 1) МРТ в режиме T2; МРТ в режиме T1 с контрастированием (В режиме T2-взвешенных изображений выявляются характерные гиперинтенсивные очаги, размером обычно от 3 мм и более, овоидной формы, часто сливные, соответствующие зонам демиелинизации в головном мозге. Наиболее типичная локализация очагов — перивентрикулярно, в мозолистом теле

с характерным распространением очагов из мозолистого тела в белое вещество («пальцы Доусона»), в стволе мозга, мозжечке, спинном мозге и зрительных нервах. Важным диагностическим признаком РС является «диссеминация процесса в пространстве» – выявление гиперинтенсивных очагов сразу в нескольких зонах ЦНС. С целью определения активности воспалительного процесса проводится МРТ с в/в контрастированием. Накопление контрастного вещества (гадолиний, магневист) очагами, происходящее вследствие нарушения гематоэнцефалического барьера, наблюдается как в «активных» очагах (с преобладанием воспалительных процессов), так и в «неактивных» демиелинизированных и ремиелинизированных участках мозга. При этом в активных очагах накопление контраста отмечается в виде кольца или полукольца, а неактивные очаги, как правило, накапливают контрастное вещество гомогенно).

**2) Изменения состава цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) при РС не патогномичны.** Рекомендуется определение олигоклональных антител к белкам миелина в ЦСЖ, а также повышение уровня иммуноглобулина G в ЦСЖ по сравнению с сывороткой крови.

**Комментарии:** Наиболее доказательным критерием диагностики РС является наличие олигоклональных антител к белкам миелина в ЦСЖ, а также повышение уровня иммуноглобулина G в ЦСЖ по сравнению с сывороткой крови. Олигоклональные антитела обнаруживаются у 90-95% пациентов с достоверным РС, при этом, появившись однажды, они сохраняются в ЦСЖ пожизненно. Тем не менее, существует целый ряд заболеваний, при которых также возможно появление олигоклональных антител: системная красная волчанка, острый рассеянный энцефаломиелит, синдром Гийена-Барре, нейроборрелиоз и другие. И напротив, отсутствие олигоклональных антител к белкам миелина в ЦСЖ не исключает диагноз РС, хотя и снижает вероятность его установки.

**3) В качестве дополнительного метода диагностики исследование вызванных потенциалов (зрительных, слуховых и сомато-сенсорных).**

**Комментарии:** дополнительным методом диагностики РС может служить метод вызванных потенциалов. Удлинение латентности ответов зрительных, слуховых и сомато-сенсорных вызванных потенциалов служит наиболее ранним признаком начавшейся демиелинизации, а при ретробульбарном неврите чувствительность метода зрительных ВП составляет 100%. Однако необходимо помнить, что изменения показателей ВП не являются специфичными для РС и должны оцениваться в совокупности с клиническими и нейровизуализационными данными.

**3. Диф. диагностика.** Наиболее часто РС дифференцируют с острым рассеянным энцефаломиелитом (ОРЭМ), при котором также возникают эпизоды очаговой неврологической симптоматики (как монофазные, так и повторные) и выявляются участки демиелинизации на МРТ. Однако при ОРЭМ чувствительные или двигательные расстройства обязательно должны сопровождаться нарушениями психики или нарушением сознания. Часто развитию ОРЭМ предшествует вирусная инфекция, но это не является обязательным условием постановки диагноза. В клинической картине наиболее характерно: поведенческие расстройства, нарушения психики, угнетение сознания вплоть до комы. Очаговая неврологическая симптоматика может быть представлена двигательными нарушениями, атаксией, оптическим невритом, мононевропатиями с поражением черепных нервов, дизартрией или афазией, эпилептическими приступами. РС необходимо дифференцировать от других заболеваний, при которых поражается белое вещество головного и/или спинного мозга: новообразования (опухоль ЦНС), особенно лимфомы и глиомы полушарий, ствола и спинного мозга; дегенеративные заболевания (атаксия Фридрейха, болезни мотонейронов); болезнь Бехчета; миелопатия, вызванная человеческим Т-клеточным лимфотропным вирусом I-го типа, постинфекционный и поствакцинальный энцефаломиелит; ВИЧ-энцефалопатия; головокружение различного генеза; гиповитаминоз B12 (манифестация в виде фуникулярного миелоза); адренолейкодистрофия (АЛД). Кроме того, РС обычно дифференцируют с некоторыми формами эпилепсии, синдромом Гийена-Барре, вторичным энурезом или синдромом нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, группой офтальмологических заболеваний, антифосфолипидным синдромом.

**4. Лечение:** метилпреднизолон, плазмаферез. Наибольшее распространение получила следующая схема: 1- 5й день — внутривенно вводят 1000 мг метилпреднизолона, 6-8 день 80 мг преднизолона внутрь, 9-11 день — 60 преднизолона внутрь, 12-14 день — 40 мг, 15-17 день — 20 мг, 18-20 день мг преднизолона внутрь. Метилпреднизолон уменьшает выраженность воспалительной реакции, отек и восстанавливает проведение нервного импульса по сохранным волокнам, что и вызывает быстрый положительный клинический эффект, но не оказывает влияния на течение заболевания в последующем.

5. Диспансеризация: динамическое наблюдение врача невролога 1 раз в 6 месяцев. По показаниям МРТ головного мозга. Консультация врача офтальмолога.

| ПИТРС                        | Доза                       | Способ введения                    |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| В-ИФН-1b                     | 8 и 9,6 ММЕ<br>или 250 мкг | через день подкожно                |
| В-ИФН-1a<br>для п/к введения | 22 мкг или 44<br>мкг       | три раза в неделю<br>подкожно      |
| В-ИФН-1a для<br>введения     | в/м<br>30 мкг              | один раз в неделю<br>внутримышечно |
| Глатирамера<br>ацетат        | 20 мг                      | каждый<br>подкожно<br>день         |

### Экзаменационный билет № 11

#### Ситуационная задача 1

Больной Т., 20 лет. Болен около 7 лет. Заболевание началось со слабости ног. При беге часто падал. Постепенно слабость ног нарастала. Стало трудно ходить, нередко падал даже на ровном месте. Спустя 3 года к слабости ног присоединилась слабость рук.

Объективно: Снижена сила в проксимальных отделах ног и рук. Не может поднять руки вверх. Атрофия мышц проксимальных отделов конечностей, тазового и плечевого поясов. Надплечья опущены и наклонены кпереди. «Крыловидные лопатки». Симптом «свободных надплечий»: при попытке поднять больного, держа его подмышки, сначала поднимаются плечи и надплечья, так что голова оказывается между ними, а туловище остается неподвижным. Резко усилен поясничный лордоз. «Осиная» талия. Ходит на носках с выпяченным вперед животом и откинутой назад грудной клеткой, переваливаясь с одной ноги на другую («утиная» походка). ОСР низкие, но равномерные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена. Характерен способ, которым больной пользуется при переходе из горизонтального положения в вертикальное: сначала становится на четвереньки, опираясь на колени и кисти рук, разгибает в коленном суставе одну, а затем другую ногу, упирается руками в бедра и толчком выпрямляется. Сделав приседание. Не может подняться без помощи рук.

Игольчатая ЭМГ: 1 тип ЭМГ, потенциалов фибрилляций, потенциалов фасцикуляций, ПОВ (положительных острых волн) не выявляется.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ** Больной Т., 20 лет.

**Топический диагноз:** синдром поражения мышц проксимальных отделов конечностей, спины, плечевого и тазового поясов.

**Клинический диагноз:** Прогрессирующая конечностно-поясная миодистрофия, восходящий тип.

**Дифференцировать:** со спинальными амиотрофиями.

**Дополнительные исследования:** исследование в крови КФК, ЛДГ, креатинина, игольчатая ЭМГ, ЭНМГ исследование нервов конечностей, молекулярно-генетическое исследование – панель «Прогрессирующие конечностно-поясные миодистрофии», гистохимическое исследование белков в мышцах, МРТ спинного мозга.

### Ситуационная задача 2

Больная, 69 лет, жалуется на дрожание обеих рук (больше левой) в покое, замедленность походки с «подволакиванием» левой ноги, неустойчивость при ходьбе с редкими эпизодами падений. 8 лет назад впервые появились дрожание и скованность левых конечностей. В течение 5 лет по назначению невролога принимает пиребидил (3 табл. в сут.), леводопу/карбидопу (наком 3 табл./сут.), тригексифенидил (2 табл./сут.), на фоне лечения отмечено уменьшение скованности движений и тремора. В последний год присоединились нарушения походки и эпизоды падений, появились хореiformные движения, возникающие через 1 час после приема 1 табл. накома. Родственники отмечают, что в течение последней недели появились зрительные галлюцинации.

При осмотре выявляются гипомимия, дисфония. Гипокинезия. больше слева, симптом «зубчатого колеса», повышение мышечного тонуса, больше в левых конечностях, тремор покоя обеих рук, неустойчивость при ходьбе, пропульсия.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ

**1) Диагноз:** Болезнь Паркинсона. 3 стадия по Хен -Яру. Декомпенсация. В пользу этого диагноза

1) Ассиметричное начало 2) тремор покоя 3) помтуоальная неустойчивость 4) тонус по типу зубчатого колеса б) гипокинезия ..В анамнезе в течении 5 лет принимает противопаркинсонические препараты .Положительный ответ на леводопу.

**2) Обследование:** ОАК, ОАМ, МРТ/КТ

**3) Дифференцировать:** с прогрессирующим надъядерным параличом-(характерно плюс надъядерная офтальмоплегия с парезом вертикального взора или наличие саккад с выраженной постуральной неустойчивостью и частые падениями на первом году жизни .Характерен симптом «морского галстука». Паркинсонические симптомы начинаются симметрично ,тремор покоя отсутствует, быстро развивается псевдобульбарный синдром. Деменция с тельцами Леви-Раннее развитие деменции, и зрительных галлюцинации. Мультицистемная атрофия.-характерно вегетативная недостаточность пирамидные ,мозжечковые знаки .Для МСА характерно более раннее изменение позы ,чем для БП. Вегетативная недостаточность возникает рано на 1-2 году болезни..

**4) Лечение:** уменьшить дозу леводопы( наком )1/2 утром и в обед и 1/4вечером ;ПК мерц 200мг 2 раза в день;. Оставить остальные препараты

5) Диспансеризация: Наблюдение у невролога/паркинсонолога по месту жительства 1 раз в год  
Препараты леводопы.

### Экзаменационный билет № 12

#### Ситуационная задача 1

Больной Д., 14 лет. Заболевание началось 5 лет назад с пошатывания и падений при быстрой ходьбе и беге. Затем родители заметили ухудшение речи и письма. Постепенно нарушения походки, речи и письма нарастали. Из анамнеза установлено, что больной единственный ребенок у родителей. Родился в срок и развивался нормально. Наследственность не отягощена. Однако родители больного – двоюродные брат и сестра.

Объективно: Выраженный сколиоз. «Стопы Фридрейха»: высокий свод, большие пальцы крючкообразной формы (резко разогнуты основные и согнуты конечные фаланги). Интеллект существенно не изменен. Горизонтальный нистагм. Речь замедленная, прерывистая. Сила рук и ног достаточная. ОСР с рук низкие, симметричные. Коленные и ахилловы рефлекс отсутствуют. Патологический рефлекс Бабинского с двух сторон. Выраженное пошатывание и неуверенность при пробе Ромберга. Спокойно стоять не может, переступает с одной ноги на другую. Походка шаткая, неуклюжая. При ходьбе больной широко расставляет ноги, с силой ударяет подошвами о пол, отклоняется от прямого направления, то в одну, то в другую сторону. Промаживание с элементами интенционного дрожания при ПНП, гиперметрия и адиадохокinesis с обеих сторон. Не может выполнить пяточно-коленную пробу. Почерк плохой, буквы неровные. Снижены суставно-мышечная и вибрационная чувствительность в дистальных отделах ног.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ

**Топический диагноз:** синдром поражения пучков Голля, спинно-мозжечковых трактов, пирамидных трактов, мозжечка или мозжечковых трактов.

**Клинический диагноз:** Наследственная атаксия Фридрейха. Учитывая семейный анамнез, развитие заболевания с детского возраста, преимущественно с падения, затем присоединились нарушение речи и письма. Из объективного стопа Фридрейха. Отсутствие рефлексов с ног, наличие патологического рефлекса Бабинского. Наличие мозжечково-сенситивной атаксии

**Дифференцировать:** с другими наследственными атаксиями аутосомно-рецессивными, аутосомно-доминантными, рецессивными, сцепленными с X-хромосомой, с витамин E-дефицитной таксией, с атаксией-телеангиэктазией Луи-Бар, с ОПЦА (оливопонтоцеребеллярной атрофией).

**Дополнительные исследования:** МРТ головного мозга (по программе накопления железа – исключить накопление железа; исключить синдром Денди-Уокера, Уокера-Варбург; исключить симптом креста, симптом коренного зуба и др.), МРТ спинного мозга (исключить атрофию спинного мозга), иммунограмма крови, альфа-фетопротеин в крови, молекулярно-генетическое исследование на атаксию Фридрейха.

**Лечение** симптоматическое. Проводится также хирургическая коррекция стоп введением

ботулотоксина в спастичные мышцы. Общеукрепляющая терапия витамины, ЛФК. Диспансеризация Наблюдение у невролога по месту жительства 1 раз в год. При формировании выраженного атаксического синдрома и необходимости постороннего ухода-наблюдение участкового врача-терапевта с консультацией врача невролога по показаниям.

### Ситуационная задача 2

У больного 45 лет, после поднятия тяжести остро возникла боль по задней поверхности плеча и предплечья, включая 2, 3 пальцы кисти. При неврологическом осмотре выявляется: снижение чувствительности в области 2, 3 пальцев кисти, задней поверхности кисти и предплечья, снижение рефлекса с трехглавой мышцы.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ

**1. Диагноз:** Компрессионная радикулопатия С7. Грыжа диска С6-С7.

Характерным проявлением является: после поднятия тяжести остро возникла боль по задней поверхности плеча и предплечья, включая 2, 3 пальцы кисти. Снижение чувствительности в области 2, 3 пальцев кисти, задней поверхности кисти и предплечья, снижение рефлекса с трехглавой мышцы.

**2. План обследования:** Рентгенография шейного отдела позвоночника. КТ, МРТ шейного отдела позвоночника.

**3. Диф. диагностика:** Компрессионный перелом или смещение тела С6 и/или С7 позвонка, опухоль спинного мозга, спинальный эпидуральный абсцесс.

**4. План лечения:** НПВС (ингибиторы ЦОГ 2): Нимесулид (нимесил, найз, немулес) по 100 мг х 2 раза в сутки после еды (максимальная суточная доза 200 мг), длительность прием 5-7 дней. Пациентам с ХПН снижение суточной дозы до 100 мг в сутки.

#### Противопоказания к применению

полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВС (в т.ч. в анамнезе);

эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки; активное желудочно-кишечное кровотечение;

воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения;

гемофилия и другие нарушения свертываемости крови;

почечная недостаточность тяжелой степени (КК < 30 мл/мин);

подтвержденная гиперкалиемия;

период после проведения аортокоронарного шунтирования;

беременность;

период лактации (грудного вскармливания);

детский возраст до 12 лет;

**Мелоксикам** (мовалис, амелотекс, мовасин) 7.5 мг х 1 раз в сутки после еды. При неэффективности доза может быть увеличена до 15 мг/сут. Максимальная суточная доза не должна превышать 15 мг. Противопоказания : те же (см. выше)

**Эторикоксид** (аркоксиа, аторика, костарокс) минимальная эффективная доза 60 мг в сутки, длительность терапии 7-10 дней. Противопоказания : те же (см. выше) + дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; неконтролируемая артериальная гипертензия, при которой показатели АД стойко превышают 140/90 мм рт.ст.;

**Целекоксиб** (целебрекс, целекоксиб) 200 мг 1 или 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза 400 мг. Противопоказания : те же (см. выше).

При приеме НПВС для защиты желудка назначают антациды (омепразол 20 мг x 2 раза в сутки за 30 мин до еды).

Применение миорелаксантов [tizанидина (сирдалуда) по 4—8 мг/сут, баклофена по 30—75 мг/сут или комбинированных препаратов, включающих анальгетик и миорелаксант (миолгин), обычно не дольше 2 нед.

Блокаду точек несколькими миллилитрами раствора местного анестетика (0,5—2% новокаина, 1—2% лидокаина, 0,25% бупивакаина) и кортикостероида (50—100 мг гидрокортизона, 20—40 мг депомедрола) с последующим растяжением мышц. Аппликации с димексидом (препарат разводят наполовину 0,5—2% раствором новокаина).

Препараты для лечения нейропатической боли: трициклические антидепрессанты (амитриптилин, кломипрамин); антиконвульсанты (карбамазепин либо прегабалин)

**Витамины группы В** (комбилипен 2 мл в/м – 10 дней)

Воздействие на миофасциальный (мышечно-тонический) компонент боли предполагает: постизометрическую релаксацию, массаж и лечебную гимнастику, включающую упражнения на укрепление мышечного корсета или растяжение спазмированных мышц.

Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

**5. Диспансеризация:** динамическое наблюдение невролога, физиотерапия, иглоукалывание (акупунктура, рефлексотерапия), массаж;

### Экзаменационный билет № 13

#### **Ситуационная задача 1**

У пациента в течение 10 лет отмечается артериальная гипертензия с максимальными цифрами АД до 200/100 мм рт. ст. Гипертензивные препараты принимал не регулярно. В течение года стал забывать местонахождение необходимых предметов, разучился пользоваться бытовыми приборами, стал неопрятен. Часто обвиняет родственников в том, что они хотят его обидеть, украсть у него деньги. На улице не выходит, потому что не может сориентироваться и вспомнить, куда идти. В анамнезе – хр. пиелонефрит, гиперплазия предстательной железы.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, в сознании, благожелателен, жалоб не предъявляет. В неврологическом статусе очаговых симптомов нет. Менингеальных знаков нет. При нейропсихологическом тестировании: грубые мнестические нарушения как отсроченного воспроизведения, так и узнавания, резкое снижение семантической речевой активности. МРТ: умеренные диффузные изменения белого вещества в виде перивентрикулярного лейкоареоза, диффузная корковая атрофия, множественные лакунарные кисты.

#### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ**

**1. Топический диагноз:** поражение белого вещества полушарий головного мозга.  
**Клинический диагноз:** Болезнь Бинсвангера. Диагноз выставлен на основании анамнеза (Гипертония), клинической картины (значимая деменция), данных МРТ головного мозга (умеренные диффузные изменения белого вещества в виде перивентрикулярного лейкоареоза).

**2. План обследования:**

- а) общий и развернутый биохимический анализы крови;
- б) серологический анализ крови;
- в) нейропсихологические исследования: шкала МОКА.
- г) электрокардиография; ЭХО КГ, СМ АД, ЭКГ.
- д) консультация кардиолога, психиатра.

**3. Дифференцировать:**

- а) Деменция с тельцами Леви;
- б) Болезнь Альцгеймера;
- в) Лобно-височная деменция;
- г) Гидроцефалия.

**4. План лечения:**

- а) Галантамин 4 мг по 1 табл., 2 р/д – 3 недели, далее 8 мг по 1 табл., 2 р/д.
- б) Церетон 400 мг по 1 табл., 3 р/д,
- в) Мемантин акатинол 10 мг по 1 табл., 2 р/д.
- г) Ципралекс 10 мг по 1 табл., 2 р/д.
- д) Лозартан 50 мг по 1 табл., 2 р/д. (с дальнейшей коррекцией под наблюдением кардиолога)

**5. План диспансеризации:**

- а) Наблюдение невролога, кардиолога, психиатра по месту жительства 3-4 раза в год
- б) Контроль АД, ЧСС.
- в) Контроль приема препаратов.
- г) МРТ головного мозга в динамике 2 раза в год.
- д) Поддерживающая терапия в условиях стационарного лечения 2 раза в год.

**Ситуационная задача 2**

Пациентка 60 лет предъявляет жалобы на головокружение, неуверенность и шаткость при ходьбе, усиливающиеся в темное время суток, общую слабость, быструю утомляемость. В анамнезе – артериальная гипертензия. Резекция желудка по поводу язвенной болезни. При осмотре выявляется утрата глубокой чувствительности в ногах, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, отмечается мышечная гипотония, неустойчивость при ходьбе и в позе Ромберга, усиливающаяся при закрытых глазах. В общем анализе крови – легкая анемия.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ.**

**1. Диагноз:** Фуникулярный миелоз. Сенситивная атаксия.  
Характерным проявлением является головокружение, неуверенность и шаткость при ходьбе, усиливающиеся в темное время суток, общую слабость, быструю утомляемость. В анамнезе – резекция желудка по поводу язвенной болезни.

- 2. План обследования:** Исследование содержания витамина В12 в крови. МРТ позвоночника с целью исключения очагов демиелинизации в структурах СМ. Анализ на наличие антител к внутреннему фактору Касла;
- 3. Диф.диагноз:** компрессионная миелопатия, опухоль СМ, нейросифилис.
- 4. План лечения:** Терапия заключается в основном в коррекции недостаточности цианокобаламина. В начале лечения препараты цианокобаламина вводят в/м 1000 микрограмм, ежедневно. Спустя 5-10 дней препарат вводят раз в неделю, через 4 недели — раз в месяц. При наличии показаний возможно пожизненное назначение ежемесячных инъекций витамина В12. Рекомендуется диета с употреблением нутриентов, богатых витаминами группы В (разные сорта рыб, говядина, творог, сыр, куриные яйца, крабы). Параллельно с лечением витамином В12 проводится курсовое введение других препаратов этой группы: тиамин (В1) и пиридоксин (В6).
- 5. Диспансеризация:** наблюдение невролога, динамическое исследование содержания витамина В 12 в крови каждые 3 месяца.

### Экзаменационный билет № 14

#### Ситуационная задача 1

У пациента 40 лет наблюдаются короткие приступы системного головокружения, в ряде случаев возникающие при резком изменении положения головы. Обычно приступы головокружения возникают при запрокидывании головы назад, когда наклоняется, чтобы завязать шнурки, когда ложится в постель, когда садится после сна, поворачивается в постели с боку на бок. Приступы головокружения часто отмечаются по утрам и наиболее выражены при первом изменении положения тела после сна. Повторные движения на некоторое время ослабляют головокружение. Головокружение возникает только когда ложится на правый бок. Часть приступов – с тошнотой. При позиционной пробе Дикса-Холлпайка (с поворотом головы вправо) через 5 секунд возник нистагм, длительностью 10 секунд, сначала нарастающий, затем угасающий и направленный к правому уху при взгляде в сторону уха, обращенного вниз, направленный ко лбу (вертикальный нистагм) при взгляде в сторону уха, обращенного вверх возникло головокружение. При возвращении в исходное сидячее положение – инверсия нистагма. Позиционные маневры со временем дали положительный эффект.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ

1. **Диагноз:** Доброкачественное позиционное головокружение. (Для клинической картины ДППГ характерны непродолжительные эпизоды головокружения, провоцируемые изменениями положения головы. ДППГ вызывают отолитовые осколки в заднем канале внутреннего уха).
2. Клиническая оценка. Диагноз ДППГ подтверждается результатами позиционных тестов (пробы Дикса – Холлпайка и МакКлюра – Пагнини)

Проба Дикса – Холлпайка предназначена для выявления ДППГ с повреждением (каналолитиазом) заднего полукружного канала. Пациента необходимо посадить на кушетку и повернуть его голову на 45° в исследуемую сторону. Далее пациента укладывают на спину и запрокидывают его голову назад (так, чтобы она немного свешивалась над краем кушетки) (рис. 1). Тест считается положительным, если в положении лежа после небольшого латентного периода (1–15 секунд) появляются головокружение и вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом, направленным в сторону нижележащего уха.

Проба МакКлюра – Пагнини позволяет установить повреждения горизонтального полукружного канала. При проведении этой пробы пациента укладывают на спину, его голова приподнимается на 30°. Далее врач поворачивает голову в одну из сторон на 90° и ждет не менее 30 секунд появления головокружения и нистагма, отмечая их длительность и направление. Затем процедура повторяется в противоположную сторону.

**3. Дифференцировать с центральным позиционным головокружением** (его причиной является дисфункция центральных структур, обеспечивающих проведение чувствительных импульсов из внутреннего уха, их связь с вестибулярными ядрами в стволе мозга, с мозжечком, с глазодвигательными ядрами, а также связь с корой головного мозга. Для данного типа поражения характерны ощущение толчка вперед, назад, в стороны, наличие других признаков поражения ЦНС: диплопия, дизартрия, потеря чувствительности, парезы. Наиболее частые признаки центрального поражения вестибулярной системы это 1) вертикальный нистагм; 2) нистагм, меняющий направление; 3) атипичный нистагм (особенно направленный вниз) в тесте встряхивания головы; 4) асимметричная глазодвигательная дисфункция).

Кроме того, центральный позиционный нистагм может быть строго вертикальным (без свойственного ДППГ торсионного компонента), монокулярным, не имеет латентного периода, не затухает с течением времени или не сопровождается головокружением

**С дисциркуляторной энцефалопатией** преимущественно в вертебробазиллярном бассейне.

4. Комплексное лечение ДППГ включает симптоматическую медикаментозную терапию и тренировку вестибулярного аппарата по методике J.M. Epley – так называемые позиционные маневры (Епли, Семонта, Лемперта и др). Они представляют собой серии направленных движений головы и тела пациента с кратковременной фиксацией положений. Так добиваются нормализации механики внутреннего уха и восстановления контроля над равновесием.

Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

5. Диспансеризация: проводится 1 раз в год, консультация невролога. По показаниям консультация врача ЛОР.

## Ситуационная задача 2

У мужчины 50 лет, после занятия в тренажерном зале остро возникла боль в ноге. Иррадиирующая по наружной поверхности ноги до 1 пальца стопы. В неврологическом статусе выявляется снижение чувствительности по наружной поверхности голени и внутренней поверхности стопы. Коленный и ахиллов рефлексы сохранены. Отмечается слабость при сгибании большого пальца стопы.

### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

### Ответ

**1. Диагноз:** Компрессионная радикулопатия L5, обусловленная грыжей диска L4-L5. Характерным является то, что после физической нагрузки остро возникла боль в ноге. Иррадиирующая по наружной поверхности ноги до 1 пальца стопы. В неврологическом статусе выявляется снижение чувствительности по наружной поверхности голени и внутренней поверхности стопы.

**2. План обследования:** Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника. Или КТ/МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

**3. Дифференцировать** с латеральной грыжей диска L5-S1, со срединной грыжей диска L3-L4.

**4. План лечения:** НПВС (ингибиторы ЦОГ 2): Нимесулид (нимесил, найз, немулекс) по 100 мг x 2 раза в сутки после еды (максимальная суточная доза 200 мг), длительность прием 5-7 дней. Пациентам с ХПН снижение суточной дозы до 100 мг в сутки.

**Противопоказания к применению**

полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВС (в т.ч. в анамнезе);

эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;

активное желудочно-кишечное кровотечение;

воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения;

гемофилия и другие нарушения свертываемости крови;

почечная недостаточность тяжелой степени ( $КК < 30$  мл/мин);

подтвержденная гиперкалиемия;

период после проведения аортокоронарного шунтирования;

беременность;

период лактации (грудного вскармливания);

детский возраст до 12 лет;

**Мелоксикам** (мовалис, амелотекс, мовасин) 7.5 мг x 1 раз в сутки после еды. При неэффективности доза может быть увеличена до 15 мг/сут. Максимальная суточная доза не должна превышать 15 мг. Противопоказания : те же (см. выше)

**Эторикоксиб** (аркоксиа, аторика, костарокс) минимальная эффективная доза 60 мг в сутки, длительность терапии 7-10 дней. Противопоказания : те же (см. выше) + дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; неконтролируемая артериальная гипертензия, при которой показатели АД стойко превышают 140/90 мм рт.ст.;

**Целекоксиб** (целебрекс, целекоксиб) 200 мг 1 или 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза 400 мг. Противопоказания : те же (см. выше).

При приеме НПВС для защиты желудка назначают антациды (омепразол 20 мг x 2 раза в сутки за 30 мин до еды).

Применение миорелаксантов [тизанидина (сирдалуд) по 4—8 мг/сут, баклофена по 30—75 мг/сут или комбинированных препаратов, включающих анальгетик и миорелаксант (миолгин), обычно не дольше 2 нед.

Блокаду точек несколькими миллилитрами раствора местного анестетика (0,5—2% новокаина, 1—2% лидокаина, 0,25% бупивакаина) и кортикостероида (50—100 мг гидрокортизона, 20—40 мг депомедрола) с последующим растяжением мышц, Аппликации с димексидом (препарат разводят наполовину 0,5—2% раствором новокаина).

Препараты для лечения нейропатической боли: трициклические антидепрессанты (амитриптилин, кломипрамин); антиконвульсанты (карбамазепин либо прегабалин)

**Витамины группы В** (комбилипен 2 мл в/м – 10 дней)

Воздействие на миофасциальный (мышечно-тонический) компонент боли предполагает: постизометрическую релаксацию, массаж и лечебную гимнастику, включающую упражнения на укрепление мышечного корсета или растяжение спазмированных мышц.

**5. Диспансеризация:** динамическое наблюдение невролога, физиотерапия, иглоукальвание (акупунктура, рефлексотерапия), массаж;

**Экзаменационный билет № 15**

**Ситуационная задача 1**

Женщина, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступы головокружения с чувством нехватки воздуха, тревоги и страха, кома в горле, онемения в руках и ногах, ощущение «ползания мурашек» по всему телу. Продолжительность приступа 20-40 мин. При соматическом и неврологическом осмотрах патологии не выявлено. Общий, биохимический анализ крови – в пределах нормы. ЭКГ: синусовая тахикардия (90 уд./мин.).

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ**

**1. Клинический диагноз:** Паническая атака.

**2. План обследования:** в первую очередь необходимо исключить серьезные соматические, эндокринные, неврологические и психиатрические заболевания. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, гормоны ЩЖ (Т3, Т4, ТТГ, АТ к ТПО), при необходимости консультация эндокринолога. При наличии эпизодов эпилептиформных приступов необходимо провести ЭЭГ. Для того чтобы отличить вегетативный криз от пароксизмальных нарушений сердечного ритма и приступов бронхиальной астмы проводят холтеровский мониторинг ЭКГ.

**3. Диф. диагностика:**

*Бронхиальная астма.* В отличие от бронхиальной астмы при эпизодах нехватки воздуха (синдром гипервентиляции) нет экспираторного характера одышки, свистящих хрипов, связи с триггерными факторами и других специфических критериев диагностики бронхиальной астмы.

*Стенокардия.* Боли в области сердца при панической атаке заставляют пациентов обращаться к кардиологу. Боли в области сердца при ПА могут иррадиировать в левую руку и продолжаться часами, а на ЭКГ возможны нарушения реполяризации в виде депрессии сегмента ST и отрицательного зубца T. Однако у молодых женщин инфаркт миокарда очень редок и уровень маркеров некроза миокарда в плазме находится в пределах нормы. Боль при ПА обычно локализуется в области верхушки сердца и не связана с физической нагрузкой, напротив, при отвлечении внимания или физической нагрузке она уменьшается. Кроме того, такая боль не купируется нитроглицерином.

*Аритмии сердца.* Иногда за признаками панической атаки может скрываться пароксизмальная тахикардия. В случае внезапного начала частого сердцебиения нужно стараться объективизировать симптоматику: зарегистрировать ЭКГ во время приступа с помощью суточного или, при редких приступах, событийного мониторинга ЭКГ.

*Гипертоническая болезнь.* Гипертонический криз имеет сходство с ПА. Дифференциальный диагноз основан на наличии артериальной гипертензии до начала ПА, закономерном повышении АД во всех приступах, большей продолжительностью и выраженностью общемозговой и очаговой неврологической симптоматики. При исследовании больных выявляется гипертоническая ангиопатия сетчатки, гипертрофия левого желудочка. Следует отметить, что у больных гипертонической болезнью помимо кризов могут быть истинные ПА.

*Пропалс митрального клапана (ПМК).* При подозрении на ПМК (добавочный среднесистолический тон или позднесистолический шум при аускультации сердца) следует провести ФКГ, ЭКГ, ЭхоКГ и анализы на тиреоидные гормоны (тиреотоксикоз часто сочетается с ПМК).

*Эндокринные нарушения.* У больных с патологией щитовидной железы (гипо- и гипертиреоз) нередко возникают симптомы, напоминающие ПА, в связи с чем необходимо исследование тиреоидной функции (содержание в плазме крови Т3, Т4 и ТТГ). Симпатоадреналовые кризы встречаются у 40% больных феохромоцитомой, в связи с чем необходимо исследование катехоламинов в моче и КТ надпочечников при подозрении на данную патологию. При подозрении на феохромоцитому необходимо воздержаться от назначения трициклических

антидепрессантов, так как они подавляют обратный захват и метаболизм катехоламинов.

*Гипоталамические расстройства.* В структуре неврологических заболеваний ПА чаще всего встречается у больных с гипоталамическими расстройствами. Нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции обнаруживаются задолго до дебюта ПА. В анамнезе могут быть олигоопсоменорея, первичное бесплодие, галакторея, поликистоз яичников центрального генеза, выраженные колебания массы тела. Провоцирующими факторами, наряду с гормональными перестройками, часто являются стрессовые факторы. Проявления ПА иногда сопровождаются значительными колебаниями массы тела: падение массы в течение 0,5—1 года после начала ПА и увеличение на фоне лечения психотропными средствами. У этих больных могут также отмечаться булимические приступы. В анализе крови уровень пролактина повышен или нормален. В структуре ПА при гипоталамических расстройствах больше представлена неврологическая симптоматика. Тревога и страхи в таких случаях выражены меньше.

*Эпилепсия.* В структуру приступа диэнцефальной и височной эпилепсии (парциальный припадок) входят элементы ПА. Отличить приступ височной или диэнцефальной эпилепсии позволяет стереотипность проявлений припадка, его внезапность, кратковременность (одна-две минуты), наличие ауры и типичных эпилептических феноменов (психомоторных и психосенсорных расстройств). Необходима оценка ЭЭГ во время припадка, в межприступный период. Следует отметить, что у больных височной эпилепсией помимо припадков могут отмечаться и настоящие ПА.

**4. Лечение:** применяют антидепрессанты и транквилизаторы (бензодиазепины), бета-адреноблокаторы. Вегетотропные препараты используют как дополнительные средства (при наличии у пациентов артериальной гипертензии), в частности для коррекции побочных эффектов базисных средств (бета-адреноблокаторы – пропранолол (анаприлин) 20-40 мг 3 р/день. Антидепрессанты действуют медленно, эффект через 2-4 недели, но они предупреждают кризы и эффективно уменьшают тревогу ожидания новых кризов, депрессивные и агорафобические проявления.

Транквилизаторы назначаются в зависимости от того какая частота приступов, чаще вначале назначаются дневные, т.к. не вызывают зависимости (тофизепам (грандаксин) по 50 мг 2 р/день), если назначаем ночные, то должны учитывать что они вызывают зависимость, а так же развивается толерантность к этим препаратам (лечение клоназепамом начинают с дозы 0,25 мг 2 р/день, затем постепенно повышают до 1-2 мг 2 р/день, общая продолжительность лечения зависит от клинического эффекта, алпразолам начальная доза 250-500 мкг 3 р/сут, при необходимости постепенное увеличение до 4,5 мг/сут) - действуют быстрее, уменьшается внутренняя тревога, в том числе тревога ожидания новых приступов. В легких случаях возможно применение препаратов растительного происхождения, обладающих умеренным седативным действием (персена, тенотен). В тяжелых случаях назначают комбинация антидепрессанта и бензодиазепина. Препарат выбирают исходя из спектра побочного действия, психического состояния больного, возможности лекарственного взаимодействия.

Для предупреждения приступов можно использовать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и норадреналина: милнаципран 50-150 мг/сут, венлафлаксин 75-225 мг/сут. Трициклические антидепрессанты: амитриптилин 50-200 мг/сут, кломипрамин 75-250 мг/сут, имипрамин 50-200 мг/сут.

Ингибиторы обратного захвата серотонина: флувоксамин 50-200 мг/сут, циталопрам 20-40 мг/сут, пароксетин 20-40 мг/сут, флуоксетин 20-60 мг/сут.

Обратимые ингибиторы МАО типа А: перлиндол 50-200 мг/сут, моклобемид 150-450 мг/сут. Криз можно купировать в/в введением диазепама (реланиума), можно принять под язык 0,5-2 таб диазепама или лоразепама, иногда в сочетании пропранолола и 20 каплями валокордина или корвалола. При синдроме навязчивых состояний можно присоединить к антидепрессанту и бензодиазепину «мягкий» нецролептик: сульпирид (эглонил) 200-400 мг/сут, соннапакс 30-75 мг/сут, препараты вальпроевой кислоты, габапентин, прегабалин.

**5. Диспансеризация:** реабилитационные мероприятия включают в себя методы, направленные на возвращение пациента к преморбидному уровню функционирования. Самым эффективным методом в контексте представляется когнитивно-поведенческая терапия, а также другие методы психотерапии (семейная, групповая и др.). При ПР активное диспансерное наблюдение требуется только в случае высокого суицидального риска, в остальном достаточно курации врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом в рутинном амбулаторном режиме.

Специфической профилактики, позволяющей предотвратить повторение панических атак не существует. Однако, приведенные ниже общие рекомендации могут помочь пациентам:

- Своевременное обращение ко врачу для скорейшей диагностики и начала лечения с целью избежать утяжеления и учащения симптомов ПР,
- Аккуратное соблюдение рекомендаций врача и плане лечения для предотвращения обострений и усиления симптомов ПР,
- Регулярные физические нагрузки, которые, вероятно, играют роль защиты против проявлений тревоги, • Отказ от злоупотребления психоактивными веществами.

### Ситуационная задача 2

Больная, 36 лет, жалуется на дрожание рук, усиливающееся при волнении. Дрожание беспокоит с 20-летнего возраста, появлялось эпизодически, но в течение последних 10 лет стало постоянным и усилилось, постепенно стало трудно писать. При еде стала расплескивать жидкую пищу из ложки.

При осмотре: симметричный постуральный и кинетический тремор верхних конечностей, более выраженный справа. Мышечный тонус не изменен. Признаков гипокинезии нет. Походка не изменена.

#### Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### Ответ.

- 1) **Топический диагноз:** Экстрапирамидная система  
**Диагноз:** Эссенциальный тремор.
- 2) **ОАК, ОАМ, БАК, гормоны ( ТТГ, Т3, Т4 ) , электролиты ( калий, натрий, кальций, хлориды).** КТ головного мозга ( исключить кальцификацию базальных ганглиев).
- 3) **Дифференцировать** с Паркинсоническим тремором ( тремор покоя) и мозжечковым тремором( интенционный и постуральный).  
В пользу эссенциального тремора говорит: двусторонний постуральный и кинетический тремор и отсутствие других неврологических проявления.
- 4) **Лечение:** В-блокаторы: Пропранолол 10-20мг 2р/д,затем постепенно 1 раз в 5-7 дней повышают до достижения эффекта ( 80-320 мг\сут) или появления побочных действий, клоназепам 0,5мг 2 раза в день- под контролем коагулограммы . При грубом не поддающемся лечению треморе применяется инъекции ботулотоксина А ( диспорт 500 ЕД, ксеомин 100ед).
- 5) **Диспансеризация :** 1раз в год -мед осмотр .Осмотр врача невролога. В первый год 1раз в год. В дальнейшем по показаниям .Наблюдение врача невролога ,врача терапевта, участкового (ВОП)-в течение 3-х лет .

### Экзаменационный билет № 16

#### Ситуационная задача 1

У женщины, 55 лет, возникло двоение в глазах, нечеткость зрения, поперхивание при еде. Кроме этого жалуется на сухость во рту. При осмотре: состояние тяжелое, АД 105/60 мм рт.ст. Зрачки широкие, фотореакции отсутствуют. Отмечается дисфагия, дисфония, угнетение глоточных рефлексов. Парезов конечностей и чувствительных нарушений нет. Сухожильные рефлексы сохранены, патологических стопных знаков нет.

В течение 1 недели появилась слабость мышц шеи, одышка до 40/мин.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ.**

**Диагноз:** Ботулизм.

Поставлен на основании жалоб (нечёткость зрения, сухость во рту, поперхивание при еде), неврологического статуса (дисфагия, дисфония, слабость мышц шеи, одышка). Заболевание обусловлено воздействием экзотоксина *Clostridium botulinum*. Одним из первых неврологических симптомов часто является парез аккомодации.

**План дополнительного обследования:** ОАК, БАК, обнаружение возбудителя в рвотных массах, промывных водах желудка, фекалиях, выявление токсина в крови. Для исключения миастении: ЭНМГ. АТ к ацетилхолиновым рецепторам.

**Дифференциальная диагностика:** проводят с синдромом Гийена-Барре (для него не характерны глазодвигательные нарушения, миастенией, ствольным энцефалитом или инсультом).

**План лечения:** Введение поливалентной противоботулинической сыворотки. Симптоматическая терапия (адекватная дыхательная терапия, при необходимости ИВЛ, дезинтоксикационная терапия включающая в/в капельно введение инфузорных растворов (гемодез, реополиглюкин), предупреждение инфекции (препаратом выбора является левомицетин в суточной дозе 2,5 г - 5 дней).

**План диспансерного наблюдения:** наблюдение невролога по месту жительства.

**Ситуационная задача 2**

Больной, 39 лет, предъявляет жалобы на интенсивные жгучие боли в пальцах ног, постепенно распространяющиеся на весь тыл стоп. Боли приступообразные, возникают преимущественно в ночное время и длятся от нескольких минут до нескольких часов, усиливаются в жаркую погоду и при ходьбе. В момент приступа отмечается покраснение и умеренная гипертермия в участках боли. Страдает сахарным диабетом 2 типа, который был диагностирован 1 год назад. Боли отмечает в течение последних 4 месяцев.

Неврологический статус. Ахилловы рефлексы снижены с двух сторон. Нарушений поверхностной чувствительности нет. Сила и трофика мышц не изменены. Пирамидных знаков нет. При осмотре локальных изменений в области стоп не выявлено. Общий анализ крови без изменений.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая

5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ**

**1. Диагноз:** Учитывая жалобы: интенсивные, жгучие, приступообразные боли в пальцах ног, возникающие в ночное время длительностью от нескольких минут до нескольких часов, усиливающие в жаркую погоду. В момент приступа покраснение, гиперемия в участках боли. В анамнезе Сахарный диабет 2 типа, сниженные рефлексы. Можем выставить диагноз Эритромелалгия. Сопутствующий диагноз: диабетическая полинейропатия.

**2. Обследование:** Биохимический анализ крови (определение глюкозы, мочевой кислоты, Т3, Т4, ) МРТ ПОП, электронейромиография.

**3. Дифдиагноз с болезнью Рейно, Синдромом Рейно, б-нь Фабри, б-нь Феера, Тромбофлебиты**

**4. Лечение:** Габапентин 1 таб. 300 мг 1 р на ночь 7 дней, эрготамин спрей 10-15 кап 0.1% р-р, 2 дня, мексамин 1 таб 50 мг 1 раз, аскорбиновая к-та 1-2 драже 50 мг 3 раза в день.

**5. Диспансеризация:** Наблюдение невролога по месту жительства 1 раз в год

**Экзаменационный билет № 17**

**Ситуационная задача 1**

Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на эпизод потери сознания, общую слабость, недомогание, головную боль. За день до этого в тренажерном зале после тренировки потеряла сознание. Перед этим отмечала головокружение, боли в области сердца, потемнение в глазах, чувство «дурноты». За 2 нед. До эпизода перенесла ОРВИ. Периодически в течение последних 4 лет отмечает боли в области сердца, ощущение «остановки» сердца. Объективно: кожные покровы бледные, АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 86 уд./мин. В неврологическом статусе без отклонений. ОАК в норме. ЭКГ: синусовая тахикардия 86 уд./мин.

**Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

**Ответ**

**1. Диагноз:** Нейрогенный обморок. Исключить демонстративный приступ.

**2. Обследование:** БХ, ЭЭг, МРТ г/м, ЭХО КГ, Холтеровское мониторирование, консультация кардиолога

**3. Дифдиагноз:** Общая слабость, недомогание, головная боль, головокружение, потемнение в глазах, чувство дурноты свидетельствуют в пользу нейрогенного обморока. Боли в области сердца, ощущение «остановки» сердца, бледные кожные покровы свидетельствуют о кардиогенном обмороке.

**4.Лечение:** Витамины группы В нейромультивид 1тб 2-3 р.1 мес, пропранолол 40 мг 2 р\день, пароксетин 20 мг 1 р\день

**5.Диспансеризация:** Наблюдение невролога, кардиолога по месту жительства 2 раза в год.

### **Ситуационная задача 2**

Больной, 69 лет, предъявляет жалобы на скованность при движении, снижение памяти, частые падения, приступы потери сознания. Вышеописанные жалобы прогрессируют в течение 1,5 лет. Последние 4 месяца практически не выходит из дома, часто по утрам при вставании отмечает потемнение в глазах – липотимические состояния. После завтрака возникают выраженные сонливость, слабость. Со слов жены, в течение последнего года периодически отмечались эпизоды дезориентировки. Беспокойно спит, разговаривает во сне. Никтурия до 5 раз за ночь с эпизодами недержания мочи. В анамнезе инфаркт миокарда. В неврологическом статусе двустороннее повышение мышечного тонуса по пластическому типу, сутулость, замедленность движений. В пробе на постуральную устойчивость падает. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 56 уд./мин.

#### **Задание:**

1. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Постройте план лечения данного клинического случая
5. Постройте план диспансеризации пациента после выписки из стационара

#### **Ответ**

**1.Диагноз:** Деменция с тельцами Леви

**2. Обследование** ОАК,ОАМ, биохимический анализ крови(глюкоза, креатинин, мочевины. АЛТ, АСТ), МРТ г\м. ЭКГ. ЭХО КГ, суточное мониторирование ЭКГ, консультация кардиолога.

**3. Дифференцировать** с болезнью Паркинсона, с мультисистемной атрофией, с деменцией Альцгеймера.

При мультисистемной атрофии МРТ выявляет изменения интенсивности сигнала от скорлупы, атрофия моста мозжечка и его средних ножек, изменения интенсивности сигналов от понтоцеребеллярных волокон. Клиника Пирамидные знаки. Атероколлиз,псевдобульбарные нарушения. Парез мышц гортани,лицевая дискинезия. Раннее развитие моторных флуктуаций, резистентность к препаратам леводопы.

При Паркинсоне на МРТ обширный лейкоареоз или двусторонние подкорковые инфаркты в скорлупе и бледном шаре. Клиника Ступенеобразное прогрессирование с периодами регресса и длительной стабилизации, низкая эффективность леводопы. Паркинсонические признаки преимущественно в аксиальных отделах и нижних конечностях, раннее развитие пастуральной неустойчивости,лобная дизбазия, псевдобульбарный синдром.

**4.Лечение** Препараты леводопы 200 мг ¼ тб 3 раза в день, кветиапин 1 тб 25 мг вечером 1 мес. мемантин акатинол 5 мг 1р\день,10дней .

**5. Диспансеризация** Наблюдение невролога, кардиолога по месту жительства 2 раза в год с дальнейшей корректировкой по сопутствующим заболеваниям.