



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа дисциплины	«Нейрохирургия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия
Квалификация (специальность)	Врач-нейрохирург
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра неврологии и нейрохирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Жаднов Владимир Алексеевич	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Зорин Роман Александрович	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	профессор

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Зайцев Олег Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Куликов Евгений Петрович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа дисциплины «Нейрохирургия» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1099 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины ординатор должен обладать:
УК-1, УК-2 УК-3	<ul style="list-style-type: none"> – способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности; – способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности; – способностью и готовностью использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции;
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	<ul style="list-style-type: none"> – способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования при оценке неврологического и психического статуса, анализа и клинической интерпретации данных нейрофизиологического, нейровизуализационного, лабораторного исследования; – способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомио-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики группы неврологических заболеваний и патологических процессов в нервной системе; – способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы неврологических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при неврологических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в неврологической группе заболеваний; в <u>лечебной деятельности</u>:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при неврологических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения деятельности нервной системы, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;
- способностью и готовностью назначать неврологическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным неврологическим больным, больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов;

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма, основных группах неврологических заболеваний;
- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации неврологических больных (двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса), определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения;
- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии нервных болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам;
- осуществлять профилактику, диагностику, клинику и уметь оказывать срочную помощь при следующих неотложных состояниях в неврологии: травмы головного и спинного мозга, острые сосудистые мозговые нарушения, острые нейроинфекционные заболевания, эпилепсия, миастения, церебральные коматозные состояния, компрессии спинного мозга, болевые синдромы, а также при острой сердечной и сосудистой недостаточности (обморок, коллапс): острой

	дыхательной недостаточности; острой интоксикации (алкогольной, лекарственной и пр.).
--	--

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «*Нейрохирургия*» относится к Базовой части Блока ____ ОПОП специалитета.

Требования к знаниям, умениям и готовностям обучающегося, необходимым для освоения данной дисциплины и приобретенным в результате освоения предшествующих дисциплин; Обучаемый должен знать

- 1) - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- 2) - общие вопросы организации неврологической и нейрохирургической помощи в стране, организацию работы скорой и неотложной помощи;
- 3) - анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
- 4) - основные вопросы нормальной и патологической физиологии центральной и периферической нервной системы;
- 5) - основные вопросы этиологии и патогенеза неврологических заболеваний;
- 6) - клиническую симптоматику основных неврологических заболеваний, их профилактику, диагностику и лечение;
- 7) - общие и функциональные методы исследования в неврологической клинике, включая радиоизотопные и ультразвуковые методы, показания и противопоказания к рентгено-радиологическому обследованию неврологического больного;
- 8) - основы фармакотерапии в неврологии;
- 9) - показания и противопоказания к хирургическому лечению;
- 10) - вопросы определения временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы;
- 11) - организацию и проведение диспансеризации неврологических больных;
- 12) - вопросы организации медицинской службы гражданской обороны.

Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины необходимо как предшествующее.

1. Биология, эмбриология, гистология
2. Общая, биологическая химия

3. Латинский язык
4. Основы философии
5. Фармакология
6. Анатомия человека
7. Топическая анатомия
8. Физиология человека
9. Основы пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики
10. Общая хирургия
11. Основы ухода
12. Микробиология, вирусология, эпидемиология, иммунология
13. Генетика человека
14. Этический кодекс обучающегося в ВУЗе
15. Русский язык и культура речи
16. Медицинская и общая психология и педагогика
17. История медицины
18. Биоэтика и деонтология
19. Общая физиотерапия
20. Гигиена
21. Патофизиология
22. Фармакология
23. Неотложная помощь
24. Акушерство, гинекология
25. Лечебная физкультура

3. Объем дисциплины и виды учебной работы Трудоемкость

дисциплины: всего/контактных 1188/524

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр			
		1	2	3	4
Контактная работа	524				
В том числе:	-	-	-	-	-
Лекции	48	36	12		
Лабораторные работы (ЛР)					
Практические занятия (ПЗ)	476	344	132		
Семинары (С)					
Самостоятельная работа (всего)	664	484	180		

...						
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		19				
Общая трудоемкость		час.	1188			

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ раздела	№ лекции	Семестр 1	Кол-во часов
Клиническая синдромология	1	Общий анализ неврологических расстройств. Алгоритм построения диагноза.	1,6
	2	Анализ двигательных расстройств	1,6
	3	Анализ чувствительных расстройств.	1,6
	4	Анализ координаторных расстройств.	1,6
	5	Анализ экстрапирамидных расстройств.	1,6
	6	Анализ корковых расстройств. Расстройства высших мозговых функций.	1,6
	7	Анализ общемозговых расстройств.	1,6
	8	Анализ вегетативных нарушений.	1,6
	9	Головная боль.	1,6
	10	Деменции.	1,6
	11	Расстройства сна.	1,6
	12	Миофасциальные синдромы	1,6
		Семестр 2	
Диагностика и лечение неврологических заболеваний	1	Хроническая ишемия головного и спинного мозга	1,6
	2	Острая ишемия головного и спинного мозга	1,6
	3	Нетравматическое кровоизлияние в мозг и оболочки.	1,6
	4	Инфекционные поражения нервной системы. Менингиты.	1,6
	5	Инфекционные поражения нервной системы. Энцефалиты.	1,6
	6	Рассеянный склероз.	1,6
	7	Хронические дегенеративные заболевания нервной системы. Паркинсонизм.	1,6
	8	Острые и хронические заболевания периферической нервной системы.	1,6
	9	Неврологические проявления остеохондроза позвоночника.	1,6
		Эпилепсия. Неврологические пароксизмы.	

Диагностика и лечение нейрохирургической патологии	10	Опухоли головного мозга	1,6
	11	Опухоли спинного мозга.	1,6
	12	Черепно-мозговая травма	1,6
	13	Спинно-мозговая травма	1,6
	14	Хирургические аспекты дегенеративных заболеваний позвоночника	1,6
	16	Аномалии головного и спинного мозга	1,6
	17	Хирургические аспекты сосудистых заболеваний нервной системы.	1,6
	18	Черепно-мозговая травма. Хирургические аспекты	1,6
		Лабораторные работы	
		Семинары, практические работы	
№ раздела		Темы семинаров, практических занятий	
		Семестр 1	
1		Диагностика двигательных расстройств	14
2		Диагностика чувствительных расстройств	14
3		Координаторные и экстрапирамидные расстройства	14
4		Корковые и долевые расстройства	14
5		Менингеальный синдром	14
6		Общемозговые нарушения	14
7		Нейровизуализация в неврологии.	14
8		Электрофизиологические методы исследования.	14
9		Ликвородиагностика	14
10		Вегетативная синдромология	14
12		Инфаркт мозга	14
13		ХИМ	14
14		Паренхиматозное нетравматическое кровоизлияние	14
15		Субарахноидальное спонтанное кровоизлияние	14
16		Менингиты, энцефалиты	14
17		Абсцессы головного мозга	14
18		Рассеянный склероз, РЭМ.	14
19		Прогрессирующие дегенеративные заболевания головного и спинного мозга	14
20		Метаболические поражения нервной системы	14
21		Нервно-мышечные заболевания.	14
22		Эпилепсия	14
23		Психогенные заболевания	14
24		Деменции	14
		Семестр 3	
25		Глиомы головного и спинного мозга	14
26		Менингеомы головного и спинного мозга	14
27		Другие опухоли головного и спинного мозга	14
28		Ушиб головного мозга легкой и средней тяжести	14
29		Ушиб головного мозга тяжелой степени	14
30		Травматическое сдавление головного мозга	14

31		Отдаленный период черепно- мозговой травмы	14
32		Позвоночно-спинальная травма	14
33		Терапевтические и хирургические проблемы остеохондроза позвоночника	14
34		Аномалии головного и спинного мозга Спинальный стеноз и остеопороз позвоночника	14

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

5.1 Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Виды СРС	Всего часов	Вид контроля
1.	1	Пропедевтика нервных болезней	Проработка материала лекций, подготовка к занятиям	200	кз
2. ...	1 1		Самостоятельное изучение тем Реферат	40 2	кр р
1. 2. 3	1 1 1	Диагностика нервных болезней	Проработка материала лекций, подготовка к занятиям Самостоятельное изучение тем Реферат	200 40 2	кз кр р
ИТОГО часов в семестре				484	
1. 2.	2	Лечение нервных болезней			кз кр
3...	2				р
1.	2	Проработка материала лекций, подготовка к занятиям		100	кз
2.	2	Самостоятельное изучение тем		76	кр
3...	2	Реферат		4	р
ИТОГО часов в семестре				180	

5.2 Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Биллер Х. Практическая неврология: Т. 1. Диагностика. / Х. Биллер. – М.: Мед. лит., 2008. – 512 с.
2. Биллер Х. Практическая неврология: Т. 2. Лечение / Х. Биллер. – М.: Мед. лит., 2008.

- 416 с.
3. Болезни нервной системы. Под ред Н.Н.Яхно. – Москва, 2007. – Т.1 ,т2.
 4. Герасимова М.М. Нервные болезни. - Тверь: Изд-во «Губернская медицина», 2000. - 508 с.
 5. Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. Учебник, 2001 – 612 с.
 6. Избранные лекции по неврологии под редакцией профессора Голубева В.Л. – ООО «Эйдос Медиа», Москва, 2006 г. – 624 с.
 7. Кадыков А.С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 232.
 8. Кардионеврология / Под ред. З.А. Суслиной, А.В. Фонякиной. – М.: ИМА-Пресс, 2011. – 264 с.
 9. Карлов В.А. Неврология: Руководство для врачей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999.-624с.
 10. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: руководство для врачей / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 2010. – 720 с.
 11. Крылов В.В. Лекции по черепно-мозговой травме / В.В. Крылов. - М., «Медицина», 2010.- 320с.
 12. Лехтенберг Р. Неврология в вопросах и ответах. – СПб: Питер Пресс, 1997. – 320 с.
 13. Лобзин Ю.В. Менингиты и энцефалиты / Ю.В. Лобзин, В.В. Пилипенко, Ю.Н. Громько. – СПб.: «Издательство Фолиант», 2004. – 128 с.
 14. Неврология и нейрохирургия. Клинические рекомендации. Ред.Е.И.Гусев и др. – Москва, «Гэотар-Медиа», 2007. – 345 с.
 15. Неврология и нейрохирургия: клинические рекомендации / Под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Гехт А.Б. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 353 с.
 16. Неврология. Под ред. М. Самуэльса: Пер. с англ. - М.: Практика, 1997. - 640 с.
 17. Нейрореаниматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы / под ред. С.В. Царенко – М.: Медицина, 2006. – 352 с.
 18. Нервные болезни. Национальное руководство. Под редакцией Е.И.Гусева. – М., 2009. – 1035с.
 19. Никифоров А.С. Общая неврология: учеб. пособие для системы послевузовского образования врачей / А.С. Никифоров, Е.И. Гусев. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 720с.
 20. Парфенов В.А., Яхно Н.Н. Неврология в общемедицинской практике. - М.:Изд-во «Русский врач», 2001. - 142 с.
 21. Петер Дуус. Топический диагноз в неврологии. - М.: ИПЦ «ВАЗАР-ФЕРРО», 1998.- 328 с.
 22. Пирадов М.А. Синдром Гийена-Барре: диагностика и лечение / М.А. Пирадов, Н.А. Супонева. – М.: Медпресс, 2011. – 208 с.
 23. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей / Я.О. Попелянский. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 351 с.
 24. Рассеянный склероз / под ред. Е.И. Гусева, И.А. Завалишина, А.Н. Бойко. – М.: Реал Тайм, 2011. – 528 с.
 25. Саймон Р.П. Клиническая неврология / Р.П. Саймон, Гринберг Д., Аминофф М.Дж. - МЕДпресс-информ., 2009.- 480с.
 26. Скворцова В.И. Руководство к практическим занятиям по неврологии для студентов медицинских вузов. - М.: РГМУ, 2001.-211 с.
 27. Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 554 с.
 28. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – СПб.: Политехника,

2010. – 614 с.
29. Скоромец Т.А., Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Нервные болезни. Учебник, 2003. – 157 с.
 30. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы/ Под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 520 с.
 31. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Нервные болезни. –М.- 2007-264с.
 32. Ходос Х.Г. Нервные болезни. - М.: Медицина, 1999. - 512 с. Хронические нейроинфекции / под ред. И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 560 с.
 33. Шварц П.Г. Нейрогенная задержка мочи / П.Г. Шварц, С.В. Попов. – М.: Пресс Бюро, 2011. – 224 с.
 34. Штульман Д.Р., Левин О.С. Справочник практического врача по неврологии. М.: Советский спорт, 1999.- 720 с.
 35. Экстрапирамидные расстройства вчера, сегодня, завтра / под ред. проф. О.С. Левина. – М., 2013. – 327 с.
 36. Экстрапирамидные расстройства: руководства по диагностике и лечению / под ред. В.Н. Штока, И.А. Иванова-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 608 с.
 37. Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Частная неврология: ситуационные задачи и тесты. . М. – 2007. 214 с.
 39. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
 40. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work. Доступ предоставлен по ссылке <http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>.
 41. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
 42. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
 43. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
 44. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

45.

6. Фонд оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации Приложен.

6.1 Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы см.пп.1

6.2 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания:

1.	Показатели	Критерии оценивания ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13		
2.		Достаточный уровень (удовлетворительно)	Средний уровень (хорошо)	Высокий уровень (отлично)
Знать		Знает методы оценки клинических синдромов	Знает методы и приёмы анализа клинического синдрома	Знает методику оценки неврологического статуса, описания клинических синдромов, постановки диагноза
Уметь		Способен обрабатывать информацию, выбирать метод решения проблемы и решать ее; допускает ошибки в определении достоверности источников информации; правильно решает только типичные задачи	В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать и синтезировать предложенную информацию; выбрать метод решения проблемы и решить ее; допускает единичные серьезные ошибки в решении проблем, испытывает сложности в редко встречающихся или сложных, не знает типичных ошибок и возможных	Свободно и уверенно находит достоверные источники информации, оперирует предоставленной информацией, и способен выбрать и эффективно применить адекватный метод решения конкретной проблемы.

		сложностей при решении той или иной проблемы	
Владеть	Излагает самостоятельную точку зрения, способен к анализу и логическому мышлению, публичной речи, морально-этической аргументации, ведению дискуссий	Демонстрирует способность к изложению самостоятельно й точки зрения. Способен к анализу и логическому мышлению, публичной речи, морально-этической аргументации, ведению дискуссий	Излагает самостоятельную точку зрения, способен к анализу и логическому мышлению, публичной речи, морально-этической аргументации, ведению дискуссий. Отлично владеет навыками анализа и синтеза информации.

6.3. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости В приложении № 2

Примеры заданий в тестовой форме *(2-5 примеров с эталонами ответов)*:

В приложении №2

Критерии оценки тестового контроля:

Примеры контрольных вопросов для собеседования :

В приложении №2

Критерии оценки при собеседовании:

В приложении №2

Примеры ситуационных задач *(2-3 примера с эталонами ответов)*:

В приложении №2

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

Примеры тем рефератов

Критерии оценки реферата:

Примеры критериев оценивания текущего контроля в Приложении №8

6.4. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

6.4.1 Форма промежуточной аттестации в ___ семестре-зачет

6.4.2 Порядок проведения промежуточной аттестации Зачет

Процедура проведения и оценивания экзамена

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

– Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 4 вопросов (II),. Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и

знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

6.4.3 Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» Тесты прилагаются.):

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» Задачи прилагаются:

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

7. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины.

7.1.Основная учебная литература:

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.: Медицина, 2001. – Т.1. – 744 с.
2. Скоромец А.А. Нервные болезни [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 4-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2010. - 554 с. : ил.
3. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы [Текст] : крат. рук. / А. В. Триумфов ; авт. вступ. ст. Е.И. Гусев. - 17-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2012. - 262 с. : ил. - ISBN 978-5-98322-847-4 : 630-00.
4. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – СПб.: Политехника, 2007. – 399 с.
5. Скоромец А.А. Нервные болезни [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 4-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2010. - 554 с. : ил. - ISBN 978-5-98322-679-1 : 629-97.
4. Цементис С.А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии: пер. с англ. / С.А. Цементис. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 378 с.

7.2.Дополнительная учебная литература:

- .Биллер Х. Практическая неврология. Том 1. Диагностика / Х. Биллер. - М.: Мединформагентство, 2008. – 512 с.
- 2.Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.: Медицина, 2001. – Т. 2. - 480 с.
- 3.Голубев В.Л. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма / В.Л. Голубев, Я.И. Левин, А.М. Вейн. – М.: МЕДпресс, 2000. – 416 с.
- 4.Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.: Медицина, 2001. – Т.1. – 744 с.
2. Скоромец А.А. Нервные болезни [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 4-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2010. - 554 с. : ил.
3. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы [Текст] : крат. рук. / А. В. Триумфов ; авт. вступ. ст. Е.И. Гусев. - 17-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2012. - 262 с. : ил. - ISBN 978-5-98322-847-4 : 630-00.
4. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – СПб.: Политехника, 2007. – 399 с.
5. Скоромец А.А. Нервные болезни [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 4-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2010. - 554 с. : ил. - ISBN 978-5-98322-679-1 : 629-97.
- 7.Экстрапирамидные расстройства: руководства по диагностике и лечению / под ред. В.Н. Штока, И.А. Иванова-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.

8.Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

РязГМУ имеет подписку на следующие ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work. Доступ предоставлен по ссылке <http://site.ebrary.com/lib/rzgmgu>.
3. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
4. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
5. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
6. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года,

осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

9. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (перечень программного обеспечения и информационно-справочных систем)

9.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

9.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Представлены в приложении №2

Кураторский лист. План клинического исследования больного и методика составления истории болезни в клинике нервных болезней

Паспортная часть

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

Жалобы

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

История заболевания

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

прежде установленные диагнозы. Описывают последовательность и эффективность лечебных мероприятий. История болезни описывается исследующим до момента курации.

История жизни

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

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

Общее состояние

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

Легкие - данные перкуссии и аускультации.

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

Органы пищеварения, печень и селезенка.

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

Неврологическое состояние

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

Менингеальные симптомы

Ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского.

Черепно-мозговые нервы

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

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

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

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

Тройничный нерв. Болезненность давления на точки выхода ветвей тройничного нерва (надглазничная, подглазничная и подбородочная). Боли и парестезии в лице. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи лица, слизистой рта, носа, языка (сохранена, снижена, утрачена, извращена - гипералгия). Описать границы расстройства чувствительности на лице (зоны 1, 2, 3 ветвей, сегментарные зоны Зельдера). Вкус на передних двух третях языка.

Жевательная мускулатура (выраженность, напряжение, атрофии). Объем движения нижней челюсти. Роговичный, конъюнктивальный, носовой, нижнечелюстной рефлекс (сохранены, снижены, отсутствуют, равномерность).

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

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

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

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

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

Двигательная сфера

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

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

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

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

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

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

Рефлекторная сфера

Глубокие (сухожильные и периостальные рефлекс) - лучезапястный, сухожилия бицепса, трицепса, коленные, ахилловы. Указать степень выраженности (высокие, нормальной амплитуды,

снижены, отсутствуют), равномерность. Кожные рефлексы - брюшные, подошвенные - степень их (живые, снижены, отсутствуют), равномерность. Патологические стопные рефлексы Бакинського, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Чаддока, Россоломо, Бехтерева, Жуковского: отсутствуют, имеются, с какой стороны, их выраженность, Клонусы стоп и коленных чашек. Патологические рефлексы на руках: Якобсон-Бехтерева, Бехтерева, Тремнера. Хватательный рефлекс. Защитные рефлексы сгибательные, автоматизмы, если имеются, то на какой -стороне, их характер, уровень, с которых они вызываются. Рефлексы орального автоматизма — Аствацатурова, Маринеску-Родовичи, хоботковый.

Чувствительная сфера

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

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

Расстройства корковых функций (афазия, апраксия, агнозия).

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

Вегетативная нервная система

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

12. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

Представлена в приложении № 3

13. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины Рабочая программа дисциплины обсуждена и утверждена на заседании кафедры протокол 394/13 от 21.02.2018 Представлены в приложении № 4

Электронная версия рабочей программы отправлена на электронную почту orop@rzgmu.ru

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Справка

о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
(31.08.42 нейрохирургия)

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1.	Дисциплина «Нейрохирургия»	Учебная аудитория № 3 кафедры неврологии и нейрохирургии для проведения занятий лекционного типа (г. Рязань, ул. Интернациональная 3а, нейрохирургическое отделение)	Переносимое демонстрационное оборудование	ПО Statistica ANN 10.0 RU
		Учебная комната № 4 кафедры неврологии и нейрохирургии. Учебно-наглядные пособия, нормативно-методические документы проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля, самостоятельной работы на основании договора о практической подготовке обучающихся с ГБУ РО ОКБ (г. Рязань, ул. Интернациональная 3а, неврологическое отделение)	Учебная мебель Учебно-наглядные пособия, нормативно-методические документы ПК Intel Core™ i5-4460 CPU 3,2 ГГц Проектор NEC VT590	
		Помещения для самостоятельной работы: Научная библиотека. Каб. 309. Помещение для самостоятельной работы обучающихся. (г. Рязань, ул. Шевченко, д. 34 к.2)	20 компьютеров с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Организации	
2.	Практика по специальности «Нейрохирургия»	Помещения для медицинского вмешательства на основании договора о практической подготовке обучающихся с ГБУ РО ОКБ (г. Рязань, ул. Интернациональная 3а, неврологическое отделение) Клиническая база: лаборатория кафедры, нейрохирургическое отделение, неврологическое	Специализированная мебель Молоточки неврологические – Dejerine/riester 5040 Нейрон-Спектр-2 электроэнцефалограф компьютерный 16-канальный Нейрон-Спектр-ДВП с кнопкой регистрации реакции пациента Электронейромиограф Нейро-МВП-Микро	ПО «Нейрон-Спектр.NET» ПО «Нейро-МВП.NET» ПО «ИСКИМ 6.0»

		отделение, отделение для реабилитации больных с ОНМК, ОРИТ, поликлинические кабинеты ГБУ РО ОКБ.	Прибор «Варикард 2.51» для исследования variability сердечного ритма	
--	--	---	--	--

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом

соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические

ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Для оценки эссе

- Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

- Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Приложение 2

Контрольные вопросы к занятию "Двигательные расстройства"

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

Контрольные вопросы к занятию "Расстройства чувствительности"

1. Анатомия нервных центров и проводников поверхностной чувствительности.
2. Анатомия нервных центров и проводников глубокой чувствительности.
3. Соматотопическое распределение чувствительных нейронов в коре.
4. Первичные, вторичные и третичные чувствительные поля в коре.
5. Соматотопическое распределение чувствительности в проводниках поверхностной чувствительности.
6. Соматотопическое распределение в проводниках глубокой чувствительности.
7. Классификация чувствительности.
8. Виды расстройств чувствительности.
9. Клиническая характеристика и классификация нейрогенной боли.
10. Характеристика фантомной боли, каузалгии, симпаталгии.
11. Типы /синдромы/ расстройств чувствительности.
12. Клиническая характеристика невралгического расстройства чувствительности.
13. Характеристика полиневралгического расстройства чувствительности.
14. Характеристика расстройства чувствительности при поражении сплетения.
15. Характеристика корешкового расстройства чувствительности.
16. Характеристика сегментарного расстройства чувствительности.
17. Характеристика проводникового расстройства чувствительности.
18. Характеристика расстройства чувствительности при поражении половины спинного мозга.
19. Характеристика расстройств чувствительности при поражении задних столбов спинного мозга.
20. Характеристика расстройств чувствительности при поражении боковых столбов спинного мозга.
21. Расстройства чувствительности при одностороннем поражении ствола мозга.
22. Расстройства чувствительности при поражении таламуса.
23. Характеристика корковых расстройств чувствительности.
24. Особенности психогенных расстройств чувствительности.

Контрольные вопросы к занятию "Синдромология черепных нервов"

1. Клиническая анатомия обонятельной системы.
2. Клиническая характеристика периферических и центральных расстройств обоняния.
3. Топическая диагностика расстройств обоняния.
4. Клиническая анатомия зрительной системы.
5. Характеристика нарушений остроты зрения при поражении зрительной системы.
6. Характеристика нарушений полей зрения.
7. Характеристика и клиническое значение изменения глазного дна в диагностике зрительных расстройств.
8. Характеристика нормальных зрачковых реакций, характеристика и значение нарушений зрачковых реакций.
9. Характеристика зрительного узнавания при поражении зрительной системы.
10. Клинический синдром поражения зрительного нерва.
11. Клинический синдром поражения зрительной хиазмы.
12. Клинический синдром поражения зрительного тракта.
13. Клинический синдром поражения наружного коленчатого тела.
14. Зрачковые расстройства при поражении верхних бугорков пластины четверохолмия.

15. Клинический синдром поражения задних отделов внутренней капсулы, зрительной лучистости.
16. Клинический синдром поражения зрительной коры.
17. Структуры, организующие глазодвигательную функцию.
18. Клинический синдром поражения ствола и ядра глазодвигательного нерва.
19. Клинический синдром поражения ствола головного мозга на уровне ядра глазодвигательного нерва.
20. Синдром поражения блокового нерва.
21. Синдром поражения ствола отводящего нерва.
22. Синдром нарушения содружественных движений глаз при поражении полушария и ствола мозга.
23. Нарушения содружественного движения глаз при поражении четверохолмия среднего мозга.
24. Ядра тройничного нерва.
25. Двигательные расстройства при поражении системы тройничного нерва.
26. Периферические и стволовые чувствительные расстройства при поражении тройничного нерва.
27. Синдром тригеминальной невралгии.
28. Анатомия двигательной порции лицевого нерва.
29. Анатомия промежуточного нерва.
30. Центральные и периферические парезы мимической мускулатуры.
31. Синдром поражения ствола лицевого нерва в мосто-мозжечковом углу и во внутреннем слуховом проходе.
33. Синдром поражения ствола лицевого нерва в лицевом канале на разных уровнях.
34. Синдром одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне внутренней петли лицевого нерва.
35. Синдром поражения слуховой порции предверно-улиткового нерва.
36. Синдром поражения вестибулярной порции предверно-улиткового нерва.
37. Дифференциальная диагностика поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата.
38. Синдром поражения языкоглоточного нерва.
39. Синдром языкоглоточной невралгии.
40. Синдром одностороннего поражения блуждающего нерва.
41. Синдром одностороннего поражения добавочного нерва.
42. Синдром поражения ствола и ядра подъязычного нерва.
43. Синдром одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне ядра подъязычного нерва.
44. Бульбарный паралич.
45. Псевдобульбарный паралич.
46. Рефлексы орального автоматизма.

Синдромология поражения коры и полушария большого мозга.

Контрольные вопросы

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

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

Синдромы внутренней капсулы и ствола головного мозга

Контрольные вопросы.

1. Клиническая анатомия внутренней капсулы.
2. Клиническая характеристика неврологических расстройств при поражении внутренней капсулы.
3. Клиническая анатомия промежуточного мозга.
4. Клинические признаки поражения промежуточного мозга.
5. Клиническая анатомия среднего мозга.
6. Клинические признаки поперечного поражения среднего мозга.
7. Клинические признаки одностороннего поражения среднего мозга.
8. Синдром Вебера.
9. Клинические признаки синдромов поражения красного ядра.
17. Клиническая анатомия моста.
18. Клинические признаки вентрального поражения моста.
19. Клинические признаки поражения покрывки моста.
20. Клиническая анатомия продолговатого мозга.
21. Клинические признаки поперечного поражения продолговатого мозга.
22. Клинические признаки одностороннего поражения продолговатого мозга.
23. Медиальный синдром продолговатого мозга (Джексона).
24. Синдром Авелиса.
25. Латеральный синдром покрывки продолговатого мозга (Валенберга-Захарченко).

Расстройства координации и экстрапирамидные расстройства.

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

К экстрапирамидным расстройствам относят моторные нарушения, вызванные поражением подкорковых ядер полушарий головного мозга. Два главных синдрома

описывают при анализе клинического состояния – гипертонически-гипокинетический и гипотонически-гиперкинетический.

Контрольные вопросы.

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

Синдромология спинного мозга и корешков спинного мозга.

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

Контрольные вопросы.

1. Клиническая анатомия сегментарного аппарата спинного мозга.
2. Клиническая анатомия внесегментарного аппарата спинного мозга.
3. Анатомическое соотношение сегментов и корешков спинного мозга и позвонков.
4. Анатомическая локализация дерматомов C5, C8, D5, D7, D10, L1, L5, S1.
5. Клиническая характеристика двигательных расстройств при поражении спинного мозга.
6. Клиническая характеристика чувствительных расстройств при поражении спинного мозга.
7. Клиническая характеристика координаторных расстройств при поражении спинного мозга.
8. Клиническая характеристика вегетативных расстройств при поражении спинного мозга.
9. Характеристика тазовых расстройств при поражении спинного мозга.
10. Клинические синдромы поражения передних рогов серого вещества спинного мозга.
11. Клинические расстройства при поражении задних рогов серого вещества спинного мозга.
12. Клинические расстройства при поражении боковых рогов серого вещества спинного мозга.

13. Клинические расстройства при поражении боковых столбов спинного мозга.
14. Клинические расстройства при поражении задних столбов спинного мозга.
15. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С3.
16. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С5 - С6 сегментов.
17. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С8 - D2 сегментов.
18. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне D7 сегмента.
19. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне L2 - L5 сегментов.
20. Характеристика поражения мозгового эпиконуса.
21. Характеристика поражения мозгового конуса.
22. Характеристика поражения конского хвоста.

Синдромология периферической нервной системы

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

Контрольные вопросы.

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

25. Синдром грушевидной мышцы.

Общемозговые и ликворные синдромы

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

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

Синдромология вегетативной нервной системы.

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

Контрольные вопросы.

1. Клиническая анатомия симпатической нервной системы.
2. Клиническая анатомия парасимпатической нервной системы.
3. Клиническая анатомия гипоталамуса.

4. Признаки симпатикотонии.
5. Признаки парасимпатикотонии.
6. Методы исследования регуляции сосудистого тонуса.
7. Периферические вегетативные синдромы.
8. Симпаталгия, общая характеристика синдрома
9. Симпаталгия при периваскулярном неврите.
10. Синдром каузалгии.
11. Симпатоганглиониты, общая синдромология.
12. Синдром звездчатого узла.
13. Симпатический полиганглионит
14. Ганглионит крылонебного узла
15. Симпатическая плексопатия позвоночной артерии.
16. Спинальные вегетативные расстройства.
17. Симпатическая иннервация глаза, анатомическая характеристика.
18. Синдром десимпатизации глаза.
19. Клиническая характеристика и топическое значение расстройств мочеиспускания.
20. Клиническая характеристика и топическое значение расстройства дефекации.
21. Гипоталамический нейрососудистый вегетативный синдром.
22. Гипоталамические нейроэндокринные синдромы.
23. Гипоталамические нейродистрофические синдромы.
24. Гипоталамические вегетативно-висцеральные расстройства.
25. Панические атаки: клиническая характеристика.
26. Синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности.

Задачи

Клиническая синдромология и топическая диагностика

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

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

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

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

5. Нет активных движения ног. Высокий тонус разгибателей в ногах. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Обнаружены патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Нет чувствительности от паховых складок на боль, тепло, движения в суставах. Задержка мочи и стула. Описать неврологические расстройства и установить локализацию поражения.

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

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

8. Неврологические моторные, сенсорные, координаторные, автономные расстройства при поражении верхнешейного, нижнешейного, грудного, поясничного, крестцового отделов спинного мозга.

9. Описание неврологических расстройств при поражении левой внутренней капсулы.

10. Опишите кисть при поражении локтевого, лучевого и срединного нервов.

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

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

13. Названия расстройств при разрушении конуса спинного мозга.

14. Назвать неврологические расстройства при поражении левого бокового канатика спинного мозга на уровне 5-го грудного позвонка.

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

16. Активных движений в плечевом и локтевом суставах правой руки нет. Движения кисти не нарушены. Выявлена атония и атрофия мышц правого надплечья, дельтовидной и двуглавой мышц. Нет правого бицепс-рефлекса. Поверхностная чувствительность

правого надплечья, наружного края правого плеча и предплечья отсутствует. Установить эпонимическое и функциональное название расстройств. Сформулировать топический диагноз.

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

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

19. Название расстройства при поражении верхнего отдела передней центральной извилины левой лобной доли мозга.

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

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

22. Клиническая характеристика поперечного поражения поясничного утолщения спинного мозга.

23. Как называются неврологические расстройства при поражении передней центральной извилины левой лобной доли мозга?

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

25. Глубокая слабость ног. Атрофия мышц голени. Нет анального рефлекса. Ахилловы и подошвенные рефлексы отсутствуют. Выявляется болевая анестезия промежности, бедер, голени и стоп. Задержка мочи, запор. Название расстройств. Топический диагноз.

26. Нет движений рук и ног. Спастическое повышение мышечного тонуса рук и ног. Высокие сухожильные и надкостничные рефлексы рук и ног. Клонусы надколенников и

стоп. Поверхностные брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Защитные рефлексы. Полная анестезия с затылка. Задержка мочи, запор. Выявлена инспираторная одышка. Икота. Обосновать топический диагноз.

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

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

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

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

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

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

33. Левосторонняя гемианестезия и гемиатаксия. Установить локализацию поражения.

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

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

36. Центральная глубокая левосторонняя гемипарез. Проводниковая тотальная гемианестезия. Центральная левосторонняя гомонимная гемианопсия. Установить топический диагноз.

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

- 38.** Правосторонняя аносмия. Слизистая носа обычная. Название расстройства. Локализация поражения.
- 39.** Клиническая характеристика синдрома Арджил-Робертсона.
- 40.** Перечислить варианты нарушения зрительной функции.
- 41.** Птоз справа. Расширенный правый зрачок. Нет реакции на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи. Глазное яблоко не двигается внутрь и вверх. Название расстройства. Локализация поражения.
- 42.** Правое глазное яблоко повернуто к носу и не отводится. Двоение предметов при взгляде вправо. Название расстройства и локализация поражения.
- 43.** Двоение предметов при взгляде вниз. Ограничение движения правого глазного яблока книзу. Название синдрома. Локализация поражения.
- 44.** Паралич всех мимических мышц справа: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перетянут влево, расширена глазная щель, не закрывается глаз (лагофтальм), симптом Белла. Жидкая пища вытекает из угла рта. Лоб не наморщивается справа. Слезотечение из правого глаза. «Дребезжание» в правом ухе. Вкус соли на передних 2/3 правой половины языка не воспринимается. Название расстройств. Локализация поражения.
- 45.** Мимический паралич слева: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перекошен, расширена левая глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, лоб не наморщивается слева. Слезотечение слева. Слух и вкус не нарушены. Описать неврологические синдромы. Локализовать поражение.
- 46.** Мимический паралич слева. Опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла. При наморщивании складки не образуются слева. Слезотечение слева. Слух и вкус не нарушены. Боль и болезненность с области сосцевидного отростка. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.
- 47.** Мимический паралич справа – рот перекошен влево, угол рта опущен, носогубная складка сглажена, глазная щель расширена, лагофтальм, симптом Белла, складки лба не образуются. Сухость правого глаза. Слух «извращен» справа. Нет вкуса на передних 2/3 языка справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.
- 48.** Мимический паралич справа. Опущен правый угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, не наморщивается правая половина лба. Сухость правого глаза. Нет вкуса на передних 2/3 языка справа. Глухота справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.
- 49.** Мимический паралич справа. Опущен правый угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, не наморщивается правая половина лба. Слезотечение справа. Дизакузия справа. Снижена сила левых руки и ноги. Тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателей голени повышен. Сухожильные и

надкостничные рефлексы слева повышены. Брюшные рефлексы слева отсутствуют. Патологический рефлекс Бабинского слева. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

59. Клиническое описание, варианты и механизмы изменений диска зрительного нерва. Топический диагноз.

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

- 61.** Общий судорожный припадок начинается с поворота головы и глаз вправо. Название расстройства. Установить локализацию поражения.
- 62.** Кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Название расстройства. Локализация поражения.
- 63.** Периодически возникают подергивания правой руки и мышц правой половины лица в течение 15-20 секунд, не сопровождающиеся потерей сознания. Определить локализацию поражения. Как называются подергивания?
- 64.** Диплопия, частичный птоз и расширение правого зрачка. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, ограничены движения его внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения левых конечностей, повышен тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателей голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы выше слева, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского и кистевой рефлекс Россолимо слева. Как называется расстройство? Установить топический диагноз.
- 65.** *Как называются синдромы, возникающий при поражении половины ствола мозга, и чем они проявляются?*
- 66.** Наблюдается уклонение языка влево, атрофия мышц левой его половины, центральный паралич правых конечностей. Название синдрома. Определить топический диагноз.
- 67.** Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния; дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остроумиям; неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптомы противоудержания. Определить название расстройства и топический диагноз.
- 68.** У правши отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Установить топический диагноз.
- 69.** Утрачены болевая и температурная чувствительность на правой половине лица, отсутствуют все виды чувствительности слева с области затылка книзу (на шее, туловище, конечностях). Определить название расстройства и топический диагноз.
- 70.** Битемпоральная гетеронимная гемианопсия. Диски зрительных нервов бледные. Определить локализацию поражения.
- 71.** Походка мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Речь монотонная, тихая, затухающая. Наблюдается стереотипный тремор пальцев рук типа «скатывания пилюль». Тонус мышц конечностей повышен в сгибателях и разгибателях рук и ног по типу «стиральной доски». Установить название расстройства и топический диагноз.
- 72.** Наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Ребенок гримасничает, чмокает, произвольно высовывает язык. Тонус мышц рук и ног снижен. Определить название расстройства и топический диагноз.

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

74. Какие неврологические расстройства соответствуют поражению правой затылочной доли головного мозга?

75. Общая характеристика афазий. Перечислить разновидности афазий и локализацию поражений.

76. Обнаружен горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны, грубее вправо. Походка шаткая. Больной ходит, широко расставляя ноги, пошатывание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга уклоняется в правую сторону. Дрожание при выполнении направленных движений правыми рукой и ногой. Несоразмерность ритмичных движений с избыточной амплитудой справа. Изменился почерк и стал крупным, размашистым. Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Чувствительность всех видов сохранена. Слабости мышц нет. Назвать расстройство. Обосновать топический диагноз.

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

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

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

80. Название неврологических расстройств при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне 7 грудного сегмента.

81. Название неврологических расстройств при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне 10 грудного сегмента.

Клиническая диагностика

82. Пациент А., 35 лет. Жалобы на ограничение разгибания правой кисти, онемение тыла кисти. Расстройство обнаружено сразу после сна в вынужденном положении после алкогольного эксцесса. Известна склонность больного к систематической алкоголизации. Кисть правой руки "свисает", невозможно разгибание кисти. Пальцы

кисти слегка согнуты в кулак. Невозможно разгибание пальцев, отведение 1 пальца. Гипестезия тыла кисти. Слабость разгибателей предплечья. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

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

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

85. Г., 44 лет. 2 месяца тому назад получил ножевой удар в спину, после чего возникло расстройство движений в ногах, нарушение мочеиспускания. От операции по поводу травмы сразу отказался. Расстройство постепенно регрессировало. Ровный кожный рубец длиной 4 см кнутри от правого угла лопатки. Выраженная слабость правой ноги. Патологические стопные рефлексy справа. Болевая анестезия с уровня реберной дуги слева. Тазовой дисфункции нет. МРТ грудного отдела спинного мозга: очаговые кистозные изменения на уровне позвонка Th7. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

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

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

сосцевидного отростка справа. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

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

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

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

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

92. К., 53 лет, Жалобы на ощущение жжения и онемения по передненаружной поверхности правого бедра. Болезна несколько месяцев без причины. Вес тела 123 кг. Болезненность наружного края паховой складки. Болевая гипестезия с гиперпатией наружно передней поверхности бедра. Двигательных расстройств нет. Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

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

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

95. Н., 43 года. Жалобы на тошноту, рвоту, головную боль, боли в животе, невозможность удерживать голову вертикально. слабость в руках и ногах, онемение рук, пошатывание при ходьбе. По ошибке утром вместо этанола употребил пол стакана раствора хлорофоса. Миоз с фотоарексией. Гнусавый оттенок голоса. Дужковые рефлексы не вызываются. Поперхивается при глотании. Фибриллярные подергивания мышц надплечий. Голова наклонена вперед, долго голову не удерживает. Слабость мышц рук и ног, преимущественно кистей и стоп. Сухожильные рефлексы не вызываются. Мышечный тонус рук и ног снижен. Болевая и суставно-мышечная гипестезия кистей и стоп. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

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

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

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

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

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

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

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

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

102. Ф., 29 лет. Госпитализирован в экстренном порядке в неврологическое отделение в связи с нарастающей слабостью ног, затем рук. При наблюдении в отделении обнаружено расстройство речи и глотания. Соматической патологии не найдено. Менингеальных знаков нет. Дизартрия. Слабость жевательных мышц. Фибриллярные подергивания языка. Периферический тетрапарез, преимущественно в ногах. Болевая гипестезия рук до локтей, ног – до паховых складок. Вопросы. 1. Неврологические синдромы. 2. Топический диагноз. 3. Клинический диагноз.

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

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

105. Пациент А-н., рабочий. При подъеме тяжести внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Утратил сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Травму головы отрицает. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Температура 38°. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Общая гиперестезия. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Птоз справа. Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка отсутствует, левого живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок - 1,2 г/л, цитоз – 240 в 1 мкл (эритроциты). МРТ – наружная гидроцефалия. Спустя две недели после попытки встать с постели у больного усилилась головная боль и увеличилась ригидность мышц затылка. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить предварительный клинический диагноз.

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

107. Пациент К., 16 лет, родился в срок, развивался нормально. Заболел в трехлетнем возрасте, когда после введения противокоревой сыворотки возник эпилептический припадок. В последующем припадки повторялись 1 - 2 раза в месяц. Поступил в клинику для обследования. Патологии внутренних органов не выявлено. Признаков очагового поражения нервной системы нет. Глазное дно не изменено. В клинике наблюдался припадок, длившийся около трех минут. Во время припадка лицо стало багровым с цианотичным оттенком, изо рта выделялась кровянистая пена, зрачки широкие, на свет не реагировали, наблюдались тонические и клонические судороги конечностей. После припадка уснул. На следующий день отмечены следы прикуса бокового края языка.

Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л. Спинномозговая жидкость: давление - 180 мм вод. ст., белок — 0,33 г/л, цитоз — 4 клетки в 1 мкл (лимфоциты). На ЭЭГ обнаружены единичные острые волны билатерально-синхронно в лобных отведениях в обоих полушариях. При краниографии патологии не обнаружено. МРТ – множественные мелкие дистрофические очаги в белом веществе полушарий головного мозга. Описать неврологические синдромы. Установить клинический диагноз.

108. Пациент И., 52 лет. Три года назад внезапно на улице закружилась голова, появилась общая слабость и наступила кратковременная потеря сознания. Придя в сознание, обнаружил онемение и неловкость движений левой руки, которые исчезли спустя несколько часов. Через полгода вновь возникли головокружение, шум в ушах, общая слабость и кратковременная потеря сознания. В течение суток испытывал затруднение приема жидкой пищи. Год назад появилась и стала постепенно нарастать слабость рук и ног. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Функции черепных нервов не нарушены. Сила рук и ног снижена. Отмечается снижение тонуса мышц рук и повышение тонуса разгибателей голени. Атрофия мышц верхних конечностей, особенно дистальных их отделов. Сухожильные и надкостничные рефлексы рук не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы повышены, определяется клonus стоп. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Чувствительность сохранена. Спинномозговая жидкость: белок — 0,36 г/л, цитоз — 7. Проходимость субарахноидального пространства не нарушена. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника определяется умеренный остеохондроз, спондилёз. УЗДГ сосудов шеи: косвенные признаки шейного остеохондроза с компрессией позвоночных артерий с двух сторон. МРТ – множественные мелкие дистрофические очаговые изменения в белом веществе полушарий головного мозга. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить клинический диагноз.

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

110. Пациент Б., 63 лет, утром после сна почувствовал слабость левой руки и ноги, а также головокружение. Слабость их прогрессировала, и в течение трёх дней развился паралич левых конечностей. Стал плохо видеть правым глазом. Объективно: АД—110/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца тихие. Снижена пульсация правой внутренней сонной

артерии. Острота зрения: справа — 0,05; слева — 1,0,. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты. Опущен левый угол рта, язык уклоняется влево. Отсутствуют активные движения левой руки и ноги. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и разгибателе голени слева. Сухожильные и надкостничный рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется гемиянестезия слева. Анализ крови: СОЭ—10 мм/ч, лейкоциты— $8 \cdot 10^9$ /л, протромбиновый индекс — 1,13, АЧТВ 25 сек, ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, преимущественно в левой области справа. При УЗДГ сосудов шеи и головы обнаружена закупорка правой внутренней сонной артерии на 3 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. МРТ-дегенеративные очаги в белом веществе передних отделов полушарий головного мозга с перифокальным отеком. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический и предварительный клинический диагнозы.

111. Пациент Ш, 48 лет, слесарь, в течение года страдает периодическими болями в пояснично-крестцовой области. Возникновение заболевания связывает с физической нагрузкой и переохлаждением. Три месяца назад после подъема тяжести почувствовал сильную боль в пояснично-крестцовой области, распространяющуюся в правую ногу. Боль усиливалась при движении правой ноги, при кашле, натуживании и, несмотря на лечение, не уменьшалась. Объективно: напряжение длинных мышц спины в поясничной области, гипотония ягодичных мышц справа, правая ягодичная складка ниже левой. Коленные рефлексы равномерно повышены, ахиллов рефлекс справа снижен. Отмечена гипестезия по наружной задней поверхности правой голени и наружному краю стопы. Выраженная болезненность паравертебральных точек в поясничной области позвоночника. Симптомы натяжения справа. При рентгенографии позвоночника обнаружено снижение высоты диска L5-S1. МРТ – протрузия диска L5-S1 вправо. Определить, где локализуется патологический очаг. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. .

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

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

114. Пациент М., 33 лет, во время мытья окна разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. Сразу после травмы у нее возникло ограничение активных движений пальцев левой кисти. Больная лечилась амбулаторно, однако, без эффекта. Спустя месяц появились резкие жгучие боли в области левой ладони. Уменьшение болей отмечалось лишь при обертывании кисти влажной салфеткой. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Определяется ограничение сгибания I—II и отчасти III пальцев левой кисти. Затруднено сжатие пальцев в кулак. Больная не может противопоставить большой палец остальным. Атрофированы мышцы возвышения большого пальца. Снижена чувствительность на ладонной поверхности I—III пальцев. Наблюдается отёчность тыльной поверхности левой кисти, она холодная и влажная на ощупь. Ногти тусклые, ломкие. Кисть имеет форму «обезьяньей». Биципитальный, триципитальный рефлекс вызываются, карпорадиальный справа снижен. При стимуляционной электронейромиографии левого срединного нерва определяется блок проведения на уровне предплечья. Описать клинические синдромы. Установить и обосновать топический и предварительный клинический диагноз.

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

116. Пациент М., 40 лет, страдает тромбозом левой голени. Два дня назад внезапно «перекосило» лицо, появилось онемение и слабость в правых конечностях. Заболевание прогрессировало, и в течение 2—3 часов развился их паралич. Больная перестала говорить, однако понимание речи сохранилось. Объективно: АД—115/65 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Моторная афазия. Опущен правый угол рта, язык уклоняется вправо. Активные движения правых конечностей отсутствуют. Повышен тонус мышц сгибателей руки и разгибателя голени справа. Сухожильные и надкостничный рефлексy справа выше, чем слева, брюшные—справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексy Бабинского и Оппенгейма

справа. Выявляется снижение чувствительности на правой половине тела. Анализ крови: СОЭ — 12 м/ч, лейкоциты — $8 \cdot 10^9$ в 1 л, протромбиновый индекс 1,2, АЧТВ 15 секунд. РКТ головного мозга: зона пониженного сигнала в правой лобной доле. Обосновать и сформулировать топический и предварительный клинический диагнозы. Провести дифференциальный диагноз.

117. Пациент Х., около 70 лет, доставлена в клинику бригадой скорой помощи. Сведений о развитии заболевания нет. Обнаружена без сознания на улице. В последующем было установлено, что она страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет. Объективно: кожные покровы лица кирпично-красного цвета, дыхание шумное. АД—240/140 мм рт. ст. Пульс 110 ударов в минуту, напряженный, ритмичный. Границы сердца расширены влево, тоны его приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Сознание отсутствует, голова и глаза повернуты вправо, зрачки широкие, вяло реагируют на свет, корнеальные рефлексы снижены. Опущен левый угол рта, щека парусит. Активные движения левых конечностей отсутствуют. Тонус мышц слева снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева ниже, чем справа. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На укол не реагирует. На следующий день появились кратковременные тонические судороги рук и ног, при этом руки сгибались в локтевых суставах, а ноги разгибались в коленных. Нарушился ритм дыхания и сердечной деятельности. АД — 90/60 мм рт. ст. Температура $-39,8^\circ$. РКТ головного мозга: зона повышенного сигнала в левой лобной доле, в боковых желудочках головного мозга. Описать синдромологию. Обосновать и установить топический и клинический диагнозы.

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

119. Л., 68 лет, внезапно потерял сознание на несколько минут, упал. Придя в сознание обнаружил паралич левой руки и ноги. Госпитализирован. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 200/130 мм рт. ст. Пульс 56 ударов в минуту, напряженный, ритмичный. Определяются сглаженность носогубной складки и опущение угла рта слева. Язык отклоняется влево. Отсутствуют активные движения левых руки и ноги. Снижен тонус мышц левой руки и ноги. Сухожильные и надкостничные рефлексы снижены, особенно слева. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма слева. Отсутствует чувствительность на левой половине тела. Выявляется левосторонняя гемианопсия. На

глазном дне: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их четкие, артерии резко сужены и извиты. В спинномозговой жидкости примесь крови. Анализ крови: СОЭ— 11 мм/ч, лейкоциты— $12 \cdot 10^9$ в 1 л. На РКТ головного мозга определяется очаг гиперинтенсивного сигнала перивентрикулярно в правом полушарии головного мозга. Определить топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. .

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

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

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

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

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

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

125. К., 12 лет, от первых родов. Период беременности у матери протекал нормально, роды своевременные, но стремительные. Ребенок родился в состоянии асфиксии. На 5-е сутки после рождения у него развился судорожный припадок. В последующем приступы стали повторяться 2 - 3 раза в год. Проявилась задержка интеллектуального и физического умственного развития. Приступ начинается с хаотических движений правой руки или с поворота головы и глаз вправо. Затем синее, выделяется кровянистая пена, появляются генерализованные симметричные судороги рук и ног. Глазное дно нормальное. Опущен правый угол рта. Сила правой руки снижена. Тонус мышц повышен в сгибателях правого предплечья. Сухожильные и надкостничные рефлексы справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы справа снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского справа. Чувствительность сохранена. Анализ крови и мочи без особенностей. На ЭЭГ регистрируется дезорганизация основных биоритмов, на фоне которой выявляются острые волны, преимущественно в левой лобной области. Обосновать и установить топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

126. Пациент Ж., 17 лет. Заболевание началось два года назад, когда появился приступ острой головной боли. В последующем приступообразные головные боли возникали ежемесячно. Три дня назад развился общий судорожный припадок с потерей сознания. На следующий день появились подергивания левой стопы, длившиеся до минуты. В течение дня возникли четыре аналогичных приступа без потери сознания. Патологии внутренних органов не выявлено. Опущен левый угол рта, язык отклоняется вправо. Рефлексы орального автоматизма. Острота зрения 1,0. Застойные диски зрительных нервов. Сила рук и ног достаточная. Сухожильные и надкостничные рефлексы

оживлены, слева выше, чем справа. Патологический стопный рефлекс Бабинского слева. Наблюдали подергивания левой стопы с последующей генерализацией судорог и расстройством сознания. Анализ крови: СОЭ — 8 мм/ч, лейкоциты — $8 \cdot 10^9$ /л (эозинофилы — 7%). ЭЭГ: дезорганизация основных биоритмов и единичные острые волны в лобных областях симметрично. Спинномозговая жидкость: белок—1,6 г/л, цитоз — 149 в 1 мкл (лимфоциты), краниограмма: остеопороз спинки турецкого седла, МРТ головного мозга: в правой лобной доле определяется зона гипоинтенсивная на T2 ВИ с капсулой; реакция связывания комплемента с цистицерковым антигеном резко положительная. Описать клинические синдромы. Обосновать топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

127. И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД — 155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный. Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничный рефлекс слева выше, чем справа. Брюшные рефлекс слева снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. В ликворе единичные эритроциты, белок — 0,66 г/л, цитоз — 5 клеток в 1 мкл (эритроциты). На краниограмме патологии не обнаружено. РКТ головного мозга: зона сниженного сигнала в правой лобной доле. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

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

129. 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 усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохраненным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно

обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения- яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинномозговая жидкость прозрачная бесцветная, белок — 1,2 г/л, цитоз — 6 в 1 мкл (лимфоциты). Температура 36,7°. Пороз спинки турецкого седла. МРТ головного мозга: в правой затылочной доле определяется зона повышенного сигнала на T2-ВИ, изоинтенсивная на T1-ВИ с перифокальным отёком. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

130. Пациент Г., 10 лет, полгода назад утром, после сна, почувствовал сильную боль в затылке. Спустя 1 - 1,5 часа боль прекратилась, но потом периодически приступообразно стала повторяться. Последние два месяца появились несистемное головокружение и пошатывание при ходьбе. Постепенно приступы головной боли стали более продолжительными и интенсивными. Иногда они сопровождались рвотой, после которой самочувствие якобы несколько улучшалось. Из анамнеза установлено, что в возрасте 5 лет перенес корь, последние 2 года неоднократно болел ангиной. Объективно: сознание сохранено. Патологии внутренних органов не выявлено. Температура нормальная. Неврологическое состояние: острота зрения на оба глаза 0,7, поля зрения не ограничены. Застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм симметрично в обе стороны. Сила левых конечностей снижена. Тонус мышц правой руки и ноги несколько снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева живее, чем справа. Кожные брюшные рефлексы слева вызываются хуже. Патологический рефлекс Бабинского слева. Проба Ромберга выявляет пошатывание преимущественно в правую сторону. При ходьбе даже с открытыми глазами пошатывается. При пальценосовой и указательной пробах отмечается помахивание и нерезко выраженное интенционное дрожание справа. Адиадохокинез и гиперметрия справа. Правой ногой неуверенно выполняет пяточно-коленную пробу. Чувствительность сохранена. Анализ крови: СОЭ — 10 мм/ч, лейкоциты — $7 \cdot 10^9$ /л. Спинномозговая жидкость ксантохромная, белок — 2,4 г/л, цитоз — 10 в 1 мкл. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. На краниограмме – остеопороз спинки турецкого седла. МРТ головного мозга определяется объёмное образование в правом полушарии мозжечка. Определить топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

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

«диабетическая» сахарная кривая. Спинномозговая жидкость: белок — 0,33 г/л, цитоз — 2 клетки в 1 мкл (лимфоциты). На краниограмме отмечены некоторое утолщение лобной кости, увеличенное в размерах турецкое седло, с отклонением спинки. МРТ головного мозга: округлое объемное образование до 2 мм в диаметре в передней доле гипофиза. Описать клинические синдромы. Обосновать топический диагноз. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

132. М., 45 лет, токарь, 2 года назад после подъема тяжести почувствовал боль в пояснице и правой подвздошной области. Боль усиливалась при движении туловища в поясничном отделе позвоночника, кашле, чихании. Лечился по поводу «остеохондроза» анальгетиками и электрическими процедурами. Боль уменьшалась лишь временно, на 1—2 недели. Затем появилось онемение в правой подвздошной области. Боль не исчезла. Месяца три назад отмечена слабость разгибателей правой стопы. При ходьбе стопа стала подворачиваться внутрь и цепляться за землю. Патологии внутренних органов не выявлено. Перкуссия остистого отростка IX грудного позвонка болезненна. Определяется напряжение длинных мышц спины справа. Снижена сила разгибателей и сгибателей правой стопы, стопа «свисает». Повышен тонус разгибателя правой голени. Коленный и ахиллов рефлексы справа выше, чем слева. Правый нижний брюшной рефлекс отсутствует. Патологический рефлекс Бабинского справа. Отсутствует чувствительность в правой подвздошной области. От паховой складки книзу отсутствие тактильной и суставно-мышечной чувствительности справа, болевой и температурной - слева. Анализ крови и мочи без патологии. Блок ликворного пространства при ликвородинамических пробах. Ликвор опалесцирующий, белок— 3,25 г/л, цитоз — 12 в 1 мкл (лимфоциты). На рентгенограммах нижнего грудного отдела позвоночника определяется атрофия корней дуг VII—IX позвонков, расстояние между дужками увеличено. МРТ спинного мозга определяется образование гиперинтенсивное на T2-ВИ и изоинтенсивное на T1-ВИ на уровне VII-IX грудных позвонков. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. .

133. Пациент Д., 28 лет. Неделю назад появились общая слабость, головная боль, боли в пояснице и ногах. Температура 38°. Спустя три дня развился паралич ног, возникло «онемение» ног, задержка мочеиспускания и дефекации. В области крестца и стоп отмечаются пролежни. Движения ног отсутствуют совсем. Повышен тонус мышц ног, преимущественно разгибателей. Коленные рефлексы высокие. Клонус надколенников и стоп. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Ниже пупка отсутствует чувствительность – поверхностная и глубокая. Кровь: СОЭ - 37 мм/ч, лейкоциты — $18 \cdot 10^9$ /л. Моча: белок 0,33 г/л, лейкоциты в поле зрения. Ликвор прозрачный, ксантохромный; 330 мм в д. ст., белок — 0,86 г/л, цитоз — 320 в 1 мкл, нейтрофилы, эритроциты. На рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника патологии не выявлено. РКТ грудного отдела позвоночника: зона снижения плотности в эпидуральном пространстве на уровне нижнегрудного отдела позвоночника. Установить локализацию патологического процесса. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. .

134. Пациент С., 50 лет. Заболевания началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», и «онемения» в стопах, пошатывание и неуверенность при ходьбе в темноте. Иногда возникала простреливающая боль в животе, сопровождавшаяся повторной рвотой. Доставлялся в

больницы по поводу «острого живота». Внезапно боль прекращалась. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Пол года назад значительно ухудшилось зрение. Очки не помогали. Около двух месяцев отметил задержки мочеиспускания и нарастающую общую слабость. Острота зрения 0,3/0,4. Первичная атрофия дисков зрительных нервов. Зрачки неправильной овальной формы, не симметричные узкие, левый зрачок шире правого. Фотореакции зрачков медленные, асимметричные. Сила рук и ног достаточная, но тонус мышц ног заметно снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук снижены, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических стопных и кистевых рефлексов нет. В тесте Ромберга не устойчив, особенно с закрытыми глазами. Высоко поднимает и широко расставляет ноги. С закрытыми глазами идти не может. Пяточно-коленный тест с грубым интенционным дрожанием. Грубое расстройство глубокой и тактильной чувствительности ног. Анализ крови и мочи без патологии. РИБТ и РИФ с трепонемным антигеном в крови и ликворе - положительные. Ликвор: белок — 0,76 г/л, цитоз 90 клеток в 1 мкл, реакции Вассермана положительная. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

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

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

137. Г., 35 лет, жалуется на «адскую» головную боль, возникающую в различное время дня приступообразно, на головокружение несистемного характера, слабость в левой руке и ноге, чувство онемения в них. Заболела остро год назад. Утром вышла на кухню вдруг почувствовала головокружение, стало «дурно», упала, появился «паралич» левой руки и ноги. Сознание было нарушено. Патологии внутренних органов не установлено.

Эмоционально лабильна, раздражительна. Язык при высовывании резко уклоняется вправо, атрофии его мышц нет. Походка вычурная: при ходьбе тянет за собой левую ногу, однако удерживает на ней все тело, когда переставляет правую ногу. Подчеркнуто демонстрирует слабость левой ноги. В положении лежа активных движений левой ноги нет. Тонус мышц рук и ног равномерный, атрофии мышц нет. Кожные и сухожильные рефлексы равномерно повышенные, симметричные. Патологических рефлексов нет. Установлена болевая анестезия слева до средней линии тела. Глазное дно нормальное. Анализ крови, мочи и ликвора не изменены. МРТ головного мозга без патологии. Сформулировать топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

138. Пациент С., 32 лет. Заболел исподволь около трех лет назад, когда начали дрожать руки и постепенно присоединилась скованность движений. Медленно расстройства нарастали. Установлено, что 4 года назад перенес тяжелый «грипп», сопровождавшийся головной болью, значительной сонливостью, двоением окружающих предметов, небольшим повышением температуры, потливостью и общей слабостью. Болел около недели. Вылечился сам. Патологии внутренних органов патологии по выявлено. Безразличие к окружающему, вязкое мышление. Лицо одутловатое, маскообразное, «сальное». Зрачки правильные симметричные. Фотореакции симметричны, реакция на аккомодацию отсутствует. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Взор фиксирован. Редкое моргание. Модуляции речи отсутствуют, речь медленная, монотонная, затухающая. Гиперсаливация. Туловище наклонено вперед, поза «согбенная». Ахейрокинез. Походка мелкими шагами, шаркающая. Пропульсия. Сила мышц рук и ног достаточная, но движения замедленные. Тонус мышц конечностей повышен равномерно и диффузно, феномен «стиральной доски». Кожные, сухожильные рефлексы равномерные симметричные. Стереотипный ритмичный тремор пальцев рук типа счета монет. Может ненадолго сдерживать тремор при отвлечении. При любом напряжении дрожание нарастает. Анализы крови и мочи, ликвора патологии не установили. Специфические реакции на сифилис и туберкулез отрицательные. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

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

140. Т., 10 лет. Школьный учитель пожаловался родителям, что девочка «плохо себя ведет», гримасничает, не может сидеть спокойно. Двигательное беспокойство было замечено и дома. Часто болела ангинами, диагностирован ревматический эндокардит. Систолический шум в сердце. Говорит прерывисто, не отчетливо. Неритмичная насильственная мимическая активность с гримасами и движениями языка. Мышечная сила соответствует возрасту. Мышечный тонус диффузно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы равномерно снижены. Коленный рефлекс Гордона. В пробе Ромберга – переразгибание пальцев рук. Походка неровная, почерк плохой, буквы неровные. Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, нейтрофильный лейкоцитоз — $12 \cdot 10^9$ /л. Ревмопробы положительные. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

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

142. Г., 30 лет. Около года внезапно остро и резко снизилось зрение справа и появилась острая боль в глазу. Лечилась по поводу ретробульбарного неврита около 3 недель, зрение полностью восстановилось. Спустя полгода появилось двоение предметов, неустойчивость походки, императивные позывы на мочеиспускание. Патологии внутренних органов не выявлено. Зрение 0,6/1.0 не корригируется. Бледный диск справа. Сходящееся косоглазие справа. Диплопия. Левосторонний легкий центральный гемипарез. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм с ротаторным компонентом. Атрофий мышц нет. Речь растянутая. Сила мышц везде снижена, более слева. Тонус мышц снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы повышены. Клонусы надколенников и стоп. Кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с обеих сторон, слева выше. В пробе Ромберга неустойчива. При координаторных пробах выявлено интенционное дрожание и гиперметрия с обеих сторон. Расстройств поверхностной чувствительности не найдено. Определяется расстройство глубокой чувствительности в ногах. RW -отрицательная. На МРТ головного мозга определяются множественные очаги гиперинтенсивные на T2-ВИ и изоинтенсивные на T1-ВИ перивентрикулярно. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

143. Пациент Д., 14 лет. Заболевание началось пять лет назад с пошатывания и падений при быстрой ходьбе. Затем родители заметили ухудшение речи и письма. Постепенно нарушения походки, речи и письма нарастали. Единственный ребенок в

семье. Родился в срок здоровым, рос и развивался нормально. Наследственность не отягощена. Родители больного — двоюродные брат и сестра. Патологии внутренних органов не найдено. Умеренный грудной сколиоз. Высокие своды стоп. Интеллект несколько снижен. Горизонтальный асимметричный нистагм. Речь замедленная, скандированная. Мышечная сила рук и ног равномерно снижена. Тонус мышц заметно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы рук низкие, равномерные, симметричные. Коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. Патологические стопные рефлексы Гордона, Шефера, Оппенгейма, Россоломо, Бабинского с обеих сторон. В тесте Ромберга выраженная неустойчивость. Походка неуверенная, неловкая. Широко ставит ноги, отклоняется в сторону. Интенционное дрожание и гиперметрия при координаторных пробах в руках и ногах. Почерк не разборчивый. Отсутствует глубокая чувствительность в ногах. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

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

145. Пациент Т., 18 лет. Заболел остро. Внезапно среди полного благополучия возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах затылка, шеи, туловища, поясницы, рук и ног, невыносимый озноб. Температура повысилась до 39,5°. На третий день болезни на губах, у носогубных складок и правой ушной раковины появились пузырьковые высыпания, шум в ушах и резкое снижение слуха. На губах, правой ушной раковине и у носогубных складок определяются герпетические высыпания. Пульс ритмичный, 55 ударов в минуту. Патологии внутренних органов не выявлено. Умеренное оглушение. Выраженная ригидность мышц затылка. Признаки Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний) и Бехтерева. Острота зрения 0,7 - 0,8. Гиперемия дисков зрительных нервов. Резко снижен слух с обеих сторон. Сила рук и ног равномерно незначительно снижена. Мышечно-сухожильные и кожные рефлексы симметричные. Патологических рефлексов нет. Фото, фоно, алго- гиперестезия. Кровь: СОЭ — 42 мм/ч, лейкоцитоз полинуклеарный- $18 \cdot 10^9$ в 1 л. Ликвор слегка мутный, давление — 350 мм вод. ст., белок — 3 г/л, цитоз — 3000 в 1 мкл, преимущественно нейтрофилы, сахар — 1,7 ммоль/л. В нейтрофилах спинномозговой жидкости обнаружены менингококки. Определить неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

146. Пациент Х., 17 лет. С семи лет страдает двухсторонним хроническим средним отитом с редкими обострениями. Периодически его беспокоили незначительные боли в затылочной области. Лечился несистематически. В течение последнего месяца головные боли стали постоянными, периодически приступообразно резко усиливались и сопровождались тошнотой. Головные боли усиливались при кашле, чихании, натуживании. Иногда возникали беспричинные ознобы. Температура повышалась до 37,8°. В настоящее время обострения отита нет. Пульс 54 удара в минуту. Патологии внутренних органов не отмечено. Глубокое оглушение. На вопросы отвечает односложно. При перкуссии черепа появляется болезненная гримаса. Грубая ригидность мышц затылка, признаки Кернига, Брудзинского с обеих сторон. Острота зрения 1,0. Застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный нистагм. Слух заметно снижен. Глоточный рефлекс и рефлекс с мягкого неба снижены слева. Голос с гнусавым оттенком. Язык отклоняется вправо. Сила рук и ног достаточная, справа несколько ниже. Тонус мышц левой руки и ноги понижен. Мышечно-сухожильные рефлексы справа выше. Кожные брюшные рефлексы снижены справа. Патологические стопные рефлексы справа. При пальценосовой и указательной пробах слева - интенционное дрожание. Адиадохокинез слева.левой ногой с трудом выполняет пяточно-коленную пробу. Анализ крови: СОЭ — 32 мм/ч, лейкоциты — 16000 в 1 мкл. Ликвор: белок — 1,2 г/л, цитоз — 60, нейтрофиллы. На РКТ определяется зона снижения плотности сигнала в левом полушарии мозжечка, округлой формой с перифокальным отёком. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

147. Пациент З., 40 лет. Заболевание началось два года назад со слабости левой руки и ноги. Спустя полгода присоединилась слабость правой руки и ноги. Руки стали худеть, в них появилось ощущение онемения. Месяца два назад начались затруднение мочеиспускания и запоры. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. Синдром Горнера слева. Сила рук и ног снижена. Тонус мышц рук снижен, в ногах - повышен. Атрофия мышц рук. Мышечно-сухожильные и периостальные рефлексы рук отсутствуют. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Клонусы надколенников и стоп с обеих сторон. Брюшные кожные рефлексы угнетены. Патологические стопные рефлексы Бабинского, Россолимо и Оппенгейма вызываются с обеих сторон. Снижены все виды чувствительности с уровня надплечий книзу. Локальной болезненности позвоночника не установлено. При ликвородинамических пробах блока не выявлено. Ликвор прозрачный, бесцветная; давление — 150 мм вод.ст., белок – 1,5 г/л, цитоз – 6 лимфоцитов в 1 мкл. RW - отрицательная. На спондилограммах шейного и верхнего грудного позвонков патологических изменений нет. МРТ шейного отдела спинного мозга: визуализируется образование неоднородной структуры на T1 и T2 взвешенных изображениях с зоной перифокального отёка. Описать неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

148. Ш., 2 лет. Родители обратили внимание на слишком большой размер головы. Роды были затяжными. Ребенок родился в срок, но в состоянии асфиксии, был в реанимации. Отстает в развитии. Поздно стал сидеть, стоять и ходить. Не разговаривает. Резкое несоответствие между размерами лица и объемом головы. Голова большая: окружность 72 см (норма — 50 см). Лицо относительно маленькое. Лоб высокий, нависает на глаза. Выражены лобные и теменные бугры. Роднички не закрыты. На голове в большом количестве видны расширенные кожные вены. При перкуссии головы четко прослушивается звук «треснувшего горшка». За игрушкой водит глазами. На глазном дне - застойные диски зрительных нервов. Экзофтальм. Сходящееся косоглазие. Опущен правый угол рта. Горизонтальный нистагм. Снижение силы в конечностях установить

трудно. Тонус мышц повышен. Мышечно-сухожильные рефлексы высокие, справа несколько выше. Разгибательные патологические стопные рефлексы с обеих сторон. Стоит и ходит уверенно. На уколы реагирует адекватно, как слева, так и справа. Ликвор: давление — 400 мм вод.ст., белок — 0,2 г/л, цитоз — 6 клеток в 1 мкл (лимфоциты). На краниограмме определяется истончение и расхождение костей черепа, также расширение входа в турецкое седло. Определить клинические неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

149. Пациент К., 3 лет. Родители предъявляют жалобы на то, что в 1,5 года мальчик плохо ходит, говорит лишь «ма», «па», «ба». Роды были затяжными. Ребенок родился в срок, однако, в состоянии асфиксии. Сидеть начал в год, стоять - в два, а ходить - с трудом в три года. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. 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 рук и особенно разгибателях ног. Мышечно-сухожильные рефлексы высокие. Патологические стопные рефлексы Бабинского и Оппенгейма вызываются с обеих сторон. Похода спастическая, при ходьбе одна нога заходит за другую, колени соприкасаются между собой. На глазном дне патологии не отмечено. При МРТ исследовании головного мозга умеренно выраженная внутренняя гидроцефалия. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. .

150. Ребёнок Г., 10 лет. Заболел остро неделю назад, когда появилась припухлость в области околоушных слюнных желез, болезненность при глотании, некоторая общая слабость. В течение трех дней температура тела была повышена до 37,5 - 38°. Педиатром был установлен диагноз: эпидемический паротит. В результате лечения в домашних условиях самочувствие ребенка улучшилось, нормализовалась температура, и он перестал соблюдать постельный режим. На 8-й день заболевания ребенок проснулся рано утром от сильной головной боли, спустя несколько минут возникла рвота. Объективно: незначительная припухлость области околоушных слюнных желез. Пульс 58 в минуту. Температура 39,5°. Патологии внутренних органов не обнаружено. Ребенок беспокоен из-за сильной головной боли, сопровождающейся рвотой. Определяется ригидность мышц затылка. Признак Кернига с обеих сторон. Острота зрения - 1,0. Гиперемия дисков зрительных нервов. Сила рук и ног сохранена. Мышечно-сухожильные рефлексы симметричные. Патологических рефлексов нет. Отмечена световая, болевая и тактильная гиперестезия. Анализ крови: СОЭ - 25 мм/ч, лейкоциты—13000 в 1 мкл. Ликвор прозрачен, давление - 320 мм вод. ст., белок — 0,5 г/л, цитоз — 320 (лимфоциты), глюкоза 2,4 ммоль/л. Описать клинические неврологические синдромы. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

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

декремент амплитуды более 15% в мышцах лица. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

152. Пациент Ф., 21 год. Через три недели после перенесенного гнойного отита повысилась температура тела до 39°C, появилась сильная головная боль, повторная рвота, спутанность сознания. При осмотре: больной оглушен, дезориентирован в месте и времени, ориентация в собственной личности частично нарушена, на вопросы отвечает односложно; горизонтальный нистагм, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке и ноге до 3 баллов, сухожильные рефлексы D>S, патологические кистевые и стопные знаки справа и выраженные менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц 3 поперечных пальца, симптом Кернига. Ликвор: вытекает под давлением 320 мм вод.ст., мутный, плеоцитоз – 2000 в 1 мкл (нейтрофилы), белок – 3 г/л, сахар – 0,15 ммоль/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

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

154. Ребёнок 6 лет. В течение последнего года стали замечать, что ребёнок как бы "застывает" на несколько секунд. В это время его взгляд фиксирован, он не говорит, на вопросы не отвечает на вопросы; сохраняет позу (не падает), данное состояние длится несколько секунд; после чего, возвратившись к обычному состоянию, не помнит о данном эпизоде ничего. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день. Неврологических нарушений не выявлено на момент обследования. МРТ головного мозга: очаговых изменений нет. При электроэнцефалографии регистрируется пик-волновая активность билатерально-синхронно, частотой 3 Гц. Описать неврологические синдромы, установить клинический диагноз.

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

левой височной области. Описать неврологические синдромы. Установить клинический диагноз.

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

157. Женщина 36 лет с 22-летнего возраста возникали эпизоды снижение зрения на правый глаз. В 27 лет отмечался эпизод шаткости при ходьбе, шаткость регрессировала без лечения в течение 1 недели. В возрасте 30 лет появилось онемение и слабость в ногах, которые спонтанно регрессировали в течение 10 дней. С 35 лет пациентка отмечает нарастание слабости в ногах а также нарушения мочеиспускания в виде невозможности долго удерживать мочу. Неврологический статус: снижение силы в ногах до 3-х баллов, повышение мышечного тонуса в них по спастическому типу, оживление всех сухожильных рефлексов, отсутствие брюшных рефлексов, положительные симптомы Тремнера, Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон. МРТ головного мозга: множественные очаги гиперинтенсивные на T2 изображениях перивентрикулярно, в стволе мозга. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагноз.

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

159. Пациент М., 65 лет доставлен в приёмное отделение больницы скорой медицинской помощью в связи с головной болью, онемением и неловкостью в левых конечностях, которые возникли вечером после приёма алкоголя. В течение более 20 лет страдает артериальной гипертензией, в течение последнего года артериальное давление в покое – 170/90 -180/100 мм рт.ст, систематические антигипертензивную терапию не получает. При обследовании: сознание угнетено – частично дезориентирован в месте и времени, сонлив; артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 95 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, утрачены все виды чувствительности в левых конечностях, сила в них достаточная, но движения неловкие, при пальценосовой и пяточноколенной пробах наблюдается промахивание. РКТ головного мозга: зона гиперинтенсивного сигнала округлой формы в левом полушарии мозжечка. Описать неврологические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

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

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

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

мышц возвышения большого пальца слева. Описать неврологические синдромы, топический диагноз, клинический диагноз.

163. Больной К., 50 лет. Жалобы на отсутствие движений в левой руке, слабость и ограничение движений из-за слабости в левой ноге, онемение в левой половине тела. Заболел остро 1 месяц назад, когда на фоне полного здоровья возникла слабость левой руки и ноги, онемела левая половина тела. Службой скорой медицинской помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после госпитализации. При поступлении АД=160/100 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Ориентирован всесторонне верно, обращённую речь понимает, спонтанная речь сохранена, нечёткая, смазанная. Игнорирует двигательный дефект, пытается встать, говорит, что сам поднимется по лестнице в отделение. Левосторонняя гемианопсия. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Движения в левой руке и ноге отсутствуют. Снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. Сухожильные рефлексы слева выше чем справа, патологические стопные знаки слева. Тонус в левой руке и ноге не повышен. Функцию тазовых органов контролирует. На рентгеновской компьютерной томографии головного мозга определяется зона ишемии в лобной, височной, теменной области правой гемисферы мозга. При УЗДГ сосудов шеи и головы эхо-признаки стенозирующего гемодинамически значимого атеросклероза правой наружной сонной артерии (стеноз – 64%), окклюзия внутренней сонной артерии справа от устья. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии, проведён тромболизис. Через 7 дней больной переведён в отделение для больных с нарушением мозгового кровообращения. Объективно на данный момент. Общее состояние удовлетворительное. АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности верно, однако иногда во время разговора проявляются признаки игнорирования дефекта левой половины тела. Речевых нарушений нет. Правосторонняя гемианопсия. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена, симметричная. Движения глазных яблок в полном объёме. Болевая гипестезия левой половины лица. Сглажена левая носогубная складка. Глотание не нарушено, нёбный и глоточный рефлексы сохранены. Девиация языка влево, дизартрия из-за нарушения движений языка. Определяются рефлексы орального автоматизма. Атрофий мышц, фибрилляций и фасцикуляций нет. Движения в левой руке отсутствуют, в левой ноге определяются видимые на глаз минимальные движения без преодоления силы тяжести. Сухожильные рефлексы с рук и ног S>D, патологические стопные и кистевые знаки. Повышение мышечного тонуса в левой руке и ноге по типу складного ножа. Координаторные пробы правой рукой и ногой выполняет удовлетворительно, левой рукой и ногой не выполняет из-за слабости. Начал стоять с поддержкой, пытается опираться на левую ногу. Определяются болевая гипестезия левой половины тела, астереогноз. Функции тазовых органов контролирует. Описать неврологические синдромы, топический диагноз и клинический диагноз.

164. Больной П., 25 лет. Жалобы на мышечную слабость в руках и ногах, повышенную мышечную утомляемость. Больным себя считает с 19 лет, когда впервые отметил слабость в нижних конечностях. За медицинской помощью не обращался. Начал интенсивно заниматься физической культурой, однако мышечная слабость усилилась. Единственный ребёнок в семье. Рос и развивался нормально. Родители здоровы. Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. По внутренним органам без патологии. Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени и собственной личности верно. Интеллект не снижен. Черепно-мозговые нервы в норме. Определяется атрофия проксимальных отделов рук, мышц

лопаточной области, мышц туловища, мышц ног. Фибрилляций и фасцикуляций нет. Мышечная сила снижена в ногах до 4-х баллов, в руках до 3-х баллов. Мышечный тонус не изменён. Гиперкинезов нет. В позе Ромберга устойчив, пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет без мимопопадания. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук и ног нормальной высоты. Патологических кистевых и стопных рефлексов нет. Чувствительных выпадений нет. Функции тазовых органов контролирует. Данные лабораторных исследований: общий анализ крови и общий анализ мочи без патологии. Уровень креатинкиназы крови 1652 МЕ/л (норма для мужчин менее 50-200 МЕ/л), ММ-изофермент (сыворотка крови) 760 МЕ/л (норма – менее 76 МЕ/л). ЭКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. При стимуляционной электронейромиографии верхних и нижних конечностей нарушений проводимости по нервам не выявлено, нервно-мышечная передача без патологии. При игольчатой электромиографии выявляется снижение длительности и амплитуды потенциала двигательной единицы, выявляются низкоамплитудные потенциалы фибрилляций, позитивные острые волны. При биопсии скелетных мышц определяются признаки прогрессирующей дегенерации мышечных волокон. Описать синдрому, установить топический и клинический диагнозы.

165. Больная Л., 73 года. Жалобы на дрожание обеих рук (больше справа) в покое, скованность и замедленность при движениях. Считает себя больной в течение 2 последних лет, когда появилось непостоянное дрожание в правой руке. В течение года после начала заболевания появилась и выросла скованность в правой руке, дрожь распространилась на правую ногу. Через 2 года после начала заболевания появилось дрожание и скованность в левой руке. Росла и развивалась нормально. Профессиональные вредностей не было. Страдает гипертонической болезнью много лет. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=90 в мин. Неврологический статус. Сознание ясное, ориентирована всесторонне верно. Отмечается замедление темпа мышления, воспроизведения информации. Понимание обращённой речи не нарушено, спонтанная речь сохранена, темп её замедлен. Эмоциональный фон снижен. Менингеальных знаков нет. Определяется пресбиопия. Поля зрения в пределах нормы. Движения глазных яблок в полном объёме, чувствительных выпадений на лице нет. Определяется гипомимия. Слух не нарушен. Глотание и фонация не нарушены. Гиперсаливация. Язык по средней линии. Атрофий мышц конечностей и туловища нет. Фибрилляций и фасцикуляций нет. Сила в руках и ногах достаточная. Выявлено повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Определяется тремор покоя руках и ногах, более выраженный справа. Тремор усиливается при эмоциональном напряжении, уменьшается при заданных движениях. При тестах на скорость выполнения движения определяется замедленность движений более выраженная в правой руке и ноге. Признаки постуральной неустойчивости, выражены феномены пропульсии и ретропульсии. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Со слов больной её беспокоят запоры, затруднение при мочеиспускании. Гипергидроз. При проведении клиноортостатической пробы динамика пульса при переходе из горизонтального в вертикальное положение 80 ударов в минуту

→ 68 ударов в минуту, проведение пробы сопровождается выраженным головокружением. Общий анализ крови, общий анализ мочи без патологии. ЭКГ – в пределах возрастной нормы.

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

Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

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

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

мышечной силы до 3-х баллов. Мышечный тонус снижен в руках, в ногах повышение мышечного тонуса по спастическому типу. Брюшные рефлексы отсутствуют, сухожильные рефлексы с рук снижены D=S, с ног высокие. Определяются патологические стопные знаки. В позе Ромберга пошатывание и тенденция к падению больше кзади. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с мимопопаданием. Мегалография. Выявляется адиадохокинез, интенционное дрожание, дисметрия. Чувствительных выпадений не выявлено на туловище и конечностях не выявлено. Выявлена задержка мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Лабораторные и инструментальные методы обследования. Общий анализ крови и мочи без патологии. ЭКГ без патологии. На МРТ головного мозга перивентрикулярно и в полушариях мозжечка определяются гиперинтенсивные на T2-изображения очаги размером до 0,5 см. Больной выполнена люмбальная пункция: ликвор прозрачный, белок 0,86 г/л, цитоз 7 лимфоцитов в 1 мкл. Определяется увеличение уровня IgG в ликворе, выявлены АТ к миелину. При регистрации зрительных вызванных потенциалов при стимуляции шахматным паттерном выявлено удлинение латентности P50 компонента. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

168. Больной К., 42 года. Жалобы на нарушение разговорной речи, отсутствие движений в правой руке, слабость в правой ноге. Заболел остро 2 месяца назад, когда внезапно возникла очень интенсивная головная боль, боль в области шеи, тошнота. Лечился амбулаторно по поводу остеохондроза, боли не уменьшились. На МРТ шейного отдела позвоночника патологии не выявлено. На МРТ головного мозга выявлено образование гипоинтенсивное на T2-режиме в бассейне левой средней мозговой артерии. После психоэмоционального перенапряжения у больного внезапно ослабли правая рука и нога, нарушилась речь, больной упал. Доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии в глубоком оглушении, находился в ОРИТ в течение месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=82 в минуту. Неврологический статус: сознание ясное, интеллект снижен, эйфоричен, обращённую речь понимает, разговорная речь нарушена: в речи мало существительных, периодически на в ответ на различные вопросы произносит одно и то же слово. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения глазных яблок не ограничены. Сглажена правая носогубная складка. Парезов глотки, мягкого нёба нет. Определяется девиация языка вправо, атрофии и фасцикуляции языка нет. Выявляются рефлексы орального автоматизма. Движения в правой руке отсутствуют, в правой ноге мышечная сила снижена до 3-х баллов. Мышечный тонус повышен в правой руке и ноге по спастическому типу. Сухожильные рефлексы D>S, определяются патологические кистевые и стопные знаки справа. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Снижение болевой и температурной чувствительности на правой половине тела. Функции тазовых органов контролирует. Дополнительные методы исследования. На МРТ головного мозга слева в лобно-височной области перивентрикулярно определяется зона высокого сигнала, неоднородная по структуре, без чётких границ. Боковые желудочки мозга умеренно расширены (больше левый). Под образованием в бассейне средней мозговой артерии слева определяется очаг низкого сигнала на T2 режиме, размером 0,7*0,6 см. Определить неврологические синдромы, топический диагноз, клинический диагноз.

169. Пациент Х., 35 лет в течение последних 6 месяцев отмечает снижение слуха на правое ухо. Лечилась в ЛОР-отделении без эффекта. На протяжении последнего 2 месяцев появилось головокружение, неустойчивость при ходьбе. При обследовании сознание ясное, когнитивных нарушений нет, менингеальных знаков нет; движения

глазных яблок в полном объёме, снижение слуха на правое ухо, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, движения в конечностях в полном объёме, пальценосовую и пяточно-коленную пробу справа выполняет с мимопопаданием, в позе Ромберга неустойчива, отклоняется вправо. На глазном дне – отёк дисков зрительных нервов. МРТ головного мозга: патологическое образование в правом мосто-мозжечковом углу, умеренно выраженная гидроцефалия. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

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

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

172. Пациент 33 лет был избит неизвестными, получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота. Службой скорой медицинской помощи доставлен в приёмный покой. При обследовании через час после травмы, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. Неврологический статус: дезориентирован в месте и времени, ориентирован в собственной личности, обстоятельства травмы не помнит. Выявляется ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При РКТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в полюсе левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности. При люмбальной пункции цитоз 40 клеток – эритроциты, белок 0,45 г/л. Описать неврологические синдромы, установить топический и клинический диагноз.

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

174. Пациент Ю., 15 лет, поступил в приёмный покой с жалобами на головные боли. Со слов родителей в последнее время отмечается странное поведение, нескритичность, неопрятность, склонность к плоским островам. Объективно: сознание угнетено, вял, эпизодически возникает эйфория, склонность к немотивированным поступкам, неопрятен. Справа обоняние отсутствует. Зрение на правый глаз снижено до уровня правильного светоощущения, острота зрения на левый глаз – 0,8. Определяется атрофия диска правого зрительного нерва, слева – застойный диск зрительного нерва. Зрачки D=S, фотореакция правого зрачка ослаблена. Реакция зрачков на конвергенцию сохранена. Движения глазных яблок в полном объёме. Сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта. Нистагма нет, нарушений слуха, расстройств фонации и глотания не выявлено. Язык по средней линии. Сила в руках и ногах достаточная. Тонус мышц не изменён. Нарушена координация движений в левой руке. Сухожильные рефлексы S>D, определяется кистевой рефлекс Россолимо слева. МРТ головного мозга: зона неоднородного сигнала на T2- и T1 изображения в правой лобной доле с выраженным перифокальным отёком. Описать клинические синдромы, установить топический и клинический диагнозы.

Ответы к задачам

Задача 1. Центральный правосторонний гемипарез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение колена левой внутренней капсулы.

Задача 2. Дистальный периферический парапарез ног.

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

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

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

Задача 4. Периферический умеренный парез правой руки.

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

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

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

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

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

Задача 7. Выраженный центральный парапарез ног, проводниковая поверхностная анестезия с уровня D10, центральный нейрогенный мочевого пузырярь.

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

Задача 8. Поражение верхнешейного отдела – центральный тетрапарез, проводниковая анестезия с уровня шейных дерматомов, центральный нейрогенный мочевого пузырярь; поражение нижнешейного отдела – периферический парапарез рук, центральный парапарез ног, проводниковая тотальная анестезия с уровня нижних дерматомов, центральный нейрогенный мочевого пузырярь;

грудной – центральный парапарез ног, проводниковая тотальная анестезия с уровня грудных дерматомов, центральный нейрогенный мочевого пузырярь; поясничный – периферический парапарез ног, проводниковая анестезия с уровня поясничных сегментов, центральный нейрогенный мочевого пузырярь; крестцовый - анестезия промежности (S3-S5), периферический нейрогенный мочевого пузырярь.

Задача 9. Центральная правосторонняя гемиплегия, правосторонняя анестезия, центральная правосторонняя гемианопсия, возможно динамическая атаксия справа.

Задача 10. Поражение локтевого нерва – «когтистая лапа», лучевой нерв – «висящая кисть», срединный нерв – «обезьянья кисть».

Задача 11. Периферический парез разгибания голени. Поверхностная гипестезия в зоне иннервации правого бедренного нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого бедренного нерва.

Задача 12. Поверхностная гипестезия в зоне иннервации левого седалищного нерва.

Периферический дистальный парез левой ноги.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого седалищного нерва.

Задача 13. Анестезия в зоне S3-S5, нарушение функции тазовых органов по периферическому типу (периферический нейрогенный мочевого пузыря).

Задача 14. Центральная монопарез левой ноги. Проводниковая поверхностная анестезия с уровня D9 справа, расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу с уровня D7 слева.

Задача 15. Двухстороннее поражение передних рогов серого вещества спинного мозга и боковых канатиков (пирамидных путей) на уровне шейного утолщения.

Задача 16. Проксимальная периферическая моноплегия правой руки. Поверхностная анестезия в дерматомах C5-C6 справа. Синдром Дюшена-Эрба.

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

Задача 17. Центральная моноплегия левой ноги. Поверхностная гипестезия с уровня D5 справа. Поверхностная анестезия по сегментарному типу на уровне D5 сегмента.

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

Задача 18. Периферическая моноплегия правой ноги.

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

Задача 19. Центральная монопарез правой ноги.

Задача 20. Центральная тетрапарез. Тотальная анестезия с уровня C3. Центральная нейрогенный мочевого пузыря.

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

Задача 21. Тотальная анестезия L4-S2 по корешковому типу. Периферический нейрогенный мочевого пузыря.

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

Задача 22. Периферическая параплегия ног. Проводниковая тотальная анестезия с уровня L1.

Задача 23. Центральная правосторонний гемипарез.

Задача 24. Периферическая параплегия рук. Центральная параплегия ног. Синдром десимпатизации глаза (Бернара-Горнера). Тотальная анестезия по проводниковому типу с уровня C4. Центральная нейрогенный мочевого пузыря.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение спинного мозга на уровне сегментов C4-D2.

Задача 25. Периферический глубокий парапарез ног. Болевая анестезия с уровня L5. Центральная нейрогенный мочевого пузыря.

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

Задача 26. Центральная тетраплегия. Тотальная анестезия с уровня С3. Парез диафрагмы. Центральный нейрогенный мочевого пузыря.

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

Задача 27. Анестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу. Сенситивная полиневральная атаксия.

Топический диагноз: множественное поражение периферических нервов рук и ног.

Задача 28. Тотальная анестезия в зоне S3-S5. Периферический нейрогенный мочевого пузыря.

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

Задача 29. Периферическая параплегия ног. Тотальная анестезия в зоне L2-S5. Периферический нейрогенный мочевого пузыря.

Топический диагноз: поражение конского хвоста.

Задача 30. Корешковая анестезия в зоне D10-D12.

Топический диагноз: двухсторонне поражение корешков D10-D12.

Задача 31. Поверхностная сегментарная анестезия в зоне С5-D1 справа. Топический диагноз: поражение задних рогов серого вещества правой половины спинного мозга на уровне сегментов С5-D1.

Задача 32. Расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу с уровня D7 справа. Сенситивная заднестолбовая атаксия правой ноги.

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

Задача 33. Поражение правой медиальной петли в варолиевом мосту или ножке мозга.

Задача 34. Поражение правого таламуса.

Задача 35. Поражение задних отделов правой внутренней капсулы.

Задача 36. Поражение правой внутренней капсулы.

Задача 37. Опоясывающий герпес лица справа. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого тройничного ганглия.

Задача 38. Периферическая правосторонняя аносмия. Топический диагноз: поражение правого обонятельного нерва.

Задача 39. Неправильная форма зрачков, анизокория, отсутствие прямой и содружественной фотореакции при сохранении реакции зрачков на конвергенцию.

Задача 40. Расстройства остроты зрения, полей зрения, цветового зрения, глазного дна.

Задача 41. Офтальмопарез вследствие недостаточности правого глазодвигательного нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого глазодвигательного нерва.

Задача 42. Паралич правой наружной прямой мышцы. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого отводящего нерва.

Задача 43. Паралич правой верхней косой мышцы.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого блокового нерва.

Задача 44. Периферическая прозоплегия справа. Дизакузия справа. Агевзия передних 2/3 правой половины языка справа.

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

Задача 45. Периферическая прозоплегия справа.

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

Задача 46. Периферическая прозоплегия справа.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого лицевого нерва в месте выхода из черепа.

Задача 47. Периферическая прозоплегия справа. Ксерофтальмия. Дизакузия справа. Агевзия передних 2/3 языка справа.

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

Задача 48. Периферическая прозоплегия справа. Ксерофтальмия справа. Агевзия передних 2/3 языка справа. Анакузия справа.

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

Задача 49. Периферическая прозоплегия справа. Дизакузия справа. Центральная биоплегия справа. Альтернирующий синдром Мийара-Гублера.

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

Задача 50. Гипакузия слева. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого преддверно-улиткового нерва.

Задача 51. Периферическая глоссоплегия (периферический паралич языка). Топический диагноз: поражение ядер подъязычного нерва.

Задача 52. Периферический парез левой половины языка. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого подъязычного нерва.

Задача 53. Синдром десимпатизации левого глаза (синдром Бернара-Горнера слева). Топический диагноз: возможно поражение левого цилиоспинального центра (боковые рога спинного мозга на уровне С8-D1), левого верхнего симпатического ганглия, симпатических волокон, иннервирующих мышцы глазного яблока.

Задача 54. Паралич грудинно-ключично-сосцевидных мышц, трапециевидных мышц. Топический диагноз: Очаговое органическое поражение добавочных нервов (или их ядер).

Задача 55. Симпаталгия лица и шеи справа. Топический диагноз: поражение правого звёздчатого ганглия.

Задача 56. Языкоглоточная невралгия справа. Топический диагноз: поражение правого языкоглоточного нерва.

Задача 57. Бульбарный паралич. Топический диагноз: поражение моторных ядер IX, X, XII черепно-мозговых нервов.

Задача 58. Правосторонняя гомонимная центральная гемианопсия. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой затылочной доли.

Задача 59. Первичная атрофия диска зрительного нерва. Вторичная атрофия диска зрительного нерва. Застойные диски зрительных нервов.

Задача 60. Правосторонняя трактусовая гемианопсия.
Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого зрительного тракта.

Задача 61. Парциальный моторный адверсивный приступ (с поворотом головы и глаз вправо). Топический диагноз: раздражение задних отделов левой средней лобной извилины.

Задача 62. Парциальный обонятельный эпилептический приступ.
Топический диагноз: раздражение медиальных отделов височной доли.

Задача 63. Парциальный моторный эпилептический приступ (брахиофациальный справа). Топический диагноз: раздражение левой передней центральной извилины (нижних отделов).

Задача 64. Офтальмоплегия справа вследствие недостаточности функции правого глазодвигательного нерва. Центральная левосторонняя гемиплегия. Альтернирующий синдром Вебера.
Топический диагноз: Очаговое органическое поражение правой ножки мозга.

Задача 65. Альтернирующие стволовые синдромы. Характеризуются нарушение функции черепно-мозгового нерва на стороне поражения (ипсилатерально) и проводниковыми расстройствами контралатерально.

Задача 66. Периферический парез левой половины языка. Центральная биплегия справа. Синдром Джексона.
Топический диагноз. Очаговое органическое поражение левой половины продолговатого мозга на уровне ядра подъязычного нерва.

Задача 67. Синдром «лобной психики» (лобнодолевая мория). Топический диагноз: поражение лобных долей головного мозга.

Задача 68. Поражении левой теменной доли.

Задача 69. Поверхностная анестезия правой половины лица по сегментарному типу. Тотальная анестезия по проводниковому типу с уровня С2.
Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой половины ствола мозга на

уровне ядра спинномозгового тракта тройничного нерва.

Задача 70. Очаговое органическое поражение средней части хиазмы.

Задача 71. Паркинсонизм.

Топический диагноз: поражение нигро-паллидарного отдела экстрапирамидной системы.

Задача 72. Хореический гиперкинез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение скорлупы.

Задача 73. Тотальная апраксия. Топический диагноз: поражение надкраевой извилины левой теменной доли головного мозга.

Задача 74. Левосторонняя гомонимная центральная (корковая) гемианопсия. Зрительная агнозия. Простые парциальные сенсорные зрительные эпилептические приступы.

Задача 75. Афазия – расстройство речи, связанное с поражением коры больших полушарий без нарушения функции речедвигательного аппарата. Выделяют моторную, сенсорную, амнестическую, семантическую.

Задача 76. Динамическая мозжечковая атаксия справа. Топический диагноз: поражение правого полушария мозжечка.

Задача 77. Мозжечковая статико-локомоторная атаксия.

Топический диагноз поражение червя мозжечка.

Задача 78. Мозжечковая статико-динамическая атаксия. Топический диагноз: поражение мозжечка.

Задача 79. Поражение обеих затылочных долей.

Задача 80. Неврологические синдромы: центральный парапарез ног, тотальная проводниковая анестезия с уровня дерматома D7 (уровень рёберной дуги).

Задача 81. Неврологические синдромы: центральный парапарез ног, тотальная проводниковая анестезия с уровня дерматома D10 (уровень пупки), центральный нейрогенный мочевого пузыря.

Задача 82. Неврологические синдромы: периферический парез разгибания правой руки, гипестезия в зоне иннервации правого лучевого нерва.

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

Клинический диагноз: Компрессионно-ишемическая нейропатия правого лучевого нерва.

Задача 83. Неврологические синдромы: бульбарный синдром, смешанный тетрапарез.

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

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

Задача 84. Неврологические синдромы: поверхностная анестезия в зонах Зельдера слева, дерматомах С4 с двух сторон, С5-D1 слева по сегментарному типу; явления пирамидной недостаточности в ногах, ангиотрофопатические расстройства на руках.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого ядра спинального тракта тройничного нерва, задних рогов спинного мозга сегмента С4 с двух сторон, задних рогов серого вещества спинного мозга на уровне сегмента С5-D1 слева, поражение боковых рогов на уровне шейного утолщения; пирамидных путей на уровне шейного отдела спинного мозга.

Клинический диагноз: Сирингомиелия, сообщающаяся форма.

Задача 85. Неврологические синдромы: центральный выраженный парез правой ноги, болевая анестезия с уровня D7 слева по проводниковому типу.

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

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

Задача 86. Неврологические синдромы: невралгия в зоне иннервации II ветви правого тройничного нерва.

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

Клинический диагноз: идиопатическая невралгия второй ветви правого тройничного нерва.

Задача 87. Неврологические синдромы: периферический мимический парез справа.

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

Клинический диагноз: Острая нейропатия правого лицевого нерва.

Задача 88. Неврологические синдромы: болевая анестезия в зоне иннервации правого срединного нерва, парез сгибания 1-3 пальцев правой кисти, ангиотрофопатический синдром (каузалгия, КРБС II типа).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого срединного нерва.

Клинический диагноз: Травматическая нейропатия правого срединного нерва.

Задача 89. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне иннервации левого локтевого нерва, парез сгибания 4-5 пальцев левой кисти.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого локтевого нерва.

Клинический диагноз: Травматическая нейропатия левого локтевого нерва.

Задача 90. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне иннервации срединных нервов с обеих сторон, ангиотрофопатический синдром.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение обоих срединных нервов.

Клинический диагноз: Компрессионно-ишемическая нейропатия срединных нервов.

Задача 91. Неврологические синдромы: периферический парез разгибания правой стопы, болевая гипестезия в зоне иннервации правого общего малоберцового нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого общего малоберцового нерва.

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

Задача 92. Неврологические синдромы: болевая гипестезия с гиперпатией в зоне иннервации правого наружного кожного нерва бедра.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение наружного кожного нерва бедра.

Клинический диагноз: компрессионная невропатия правого наружного кожного нерва бедра.

Задача 93. Неврологические синдромы: проксимальный периферический парапарез рук.

Болевая гипестезия в дерматомах C5-C6 симметрично.

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

Клинический диагноз: Двухсторонняя компрессионная плечевая плексопатия.

Задача 94. Неврологические синдромы: дистальный периферический парапарез рук,

гипестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу. Топический диагноз: множественное органическое поражение нервов рук и ног.

Клинический диагноз: Токсическая ртутная полинейропатия.

Задача 95. Неврологические синдромы: бульбарный синдром, периферический парапарез рук, периферический парапарез ног, тотальная гипестезия рук и ног по полиневральному типу.

Топический диагноз: множественное поражение нервно-мышечных синапсов.

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

Задача 96. Неврологические синдромы: бульбарный парез, дистальный периферический парапарез ног, гипестезия рук и ног по полиневральному типу.

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

Клинический диагноз: Дифтерийная полинейропатия.

Задача 97. Неврологические синдромы: периферический дистальный парапарез ног, расстройство глубокой чувствительности в дистальных отделах ног по полиневральному типу, сенситивная полиневральная атаксия, нейрогенный мочевой пузырь. Топический диагноз: множественное поражение нервов нижних конечностей.

Клинический диагноз: Диабетическая сенсомоторно-вегетативная полинейропатия.

Задача 98. Неврологические синдромы: дистальный периферический тетрапарез, болевая гипестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу, ангиотрофопатический синдром, смешанная атаксия.

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

Клинический диагноз: Алкогольная энцефалопатия. Алкогольная полинейропатия.

Задача 99. Неврологические синдромы: болевая гиперестезия в зоне D5-D6 слева.

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

Клинический диагноз: Опоясывающий герпес.

Задача 100.

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

Топический диагноз: множественное поражение периферических нервов ног.

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

Задача 101. Неврологические синдромы: синдром паркинсонизма.

Топический диагноз: поражение нигропаллидарного комплекса.

Клинический диагноз: Болезнь Паркинсона, смешанная форма.

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

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

Клинический диагноз: острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре.

Задача 103. Неврологические синдромы: периферический дистальный парез правой руки, ангиотрофопатический синдром правой кисти; миофасциальный синдром передней лестничной мышцы.

Топический диагноз: поражение плечевого сплетения.

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

Задача 104. Неврологические синдромы: психогенная фокальная мышечная дистония (писчий спазм).

Топический диагноз: функциональное расстройство нервной системы.

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

Задача 105. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, офтальмопарез справа вследствие недостаточности функции глазодвигательного нерва.

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

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

Задача 106. Неврологические синдромы: центральный правосторонняя гемиплегия, правосторонняя гемианестезия, правосторонняя гемианопсия.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой внутренней капсулы.

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

Задача 107. Неврологические синдромы: первично-генерализованный судорожный приступ.

Топический диагноз: диффузное раздражение коры лобных долей.

Клинический диагноз: Симптоматическая лобная эпилепсия.

Задача 108. Неврологические синдромы: Периферический парапарез рук. Центральный парапарез ног. Преходящий парез глотки. Синдром Унтерхарнштадта (дроп-атака).

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

Клинический диагноз: Вертеброгенная шейная миелопатия, явления вертебробазилярной недостаточности.

Задача 109. Неврологические синдромы: дистальный периферический парапарез рук, центральный рефлекторный парапарез левой ноги, поверхностная анестезия по сегментарному типу в левой руке (дерматомы C5-D1).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение передних рогов серого вещества спинного мозга на уровне шейного утолщения с обеих сторон, поражение левого пирамидного тракта, поражение задних рогов серого вещества спинного мозга на уровне сегментов C5-D2, поражение боковых рогов серого вещества спинного мозга слева на уровне C8-D1.

Клинический диагноз: Сирингомиелия, сообщающаяся шейно-грудная форма.

Задача 110. Неврологические синдромы: амблиопия справа, центральная левосторонняя гемиплегия, левосторонняя гемиаестезия.

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

Клинический диагноз: Ишемический атеротромботический инсульт в правом каротидном бассейне.

Задача 111. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне S1 справа выраженный вертебральный синдром в области поясницы.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение корешка S1 справа.

Клинический диагноз: Вертеброгенная (дискогенная) радикулопатия S1 справа.

Задача 112. Неврологические синдромы: Гиперестезия в зоне иннервации левого тройничного нерва.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого тройничного ганглия.

Клинический диагноз: Ганглиопатия левого тройничного ганглия.

Задача 113. Неврологические синдромы: тотальная гипестезия дистальных отделов рук и ног по полиневральному типу, дистальный периферический парапарез ног, ангиотрофопатические расстройства в области ног, сенситивная полиневральная атаксия.

Топический диагноз: множественное поражение нервов рук и ног.

Клинический диагноз: Алкогольная полинейропатия.

Задача 114. Неврологические синдромы: периферический парез I-III пальцев левой кисти, болевая гипестезия в зоне иннервации левого срединного нерва на кисти, ангиотрофоалгический синдром в области правой кисти.

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

Клинический диагноз: травматической нейропатии левого срединного нерва.

Задача 115. Неврологические синдромы: центральный брахиофациальный парез справа, эфферентная моторная афазия, гипестезия правой руки.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: ишемический гемодинамический инсульт в левом каротидном бассейне.

Задача 116. Неврологические синдромы: моторная афазия, центральная правосторонняя гемиплегия, гемигипестезия справа.

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

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

Задача 117. Неврологические синдромы: кома II (глубокая кома), центральная левосторонняя гемиплегия, паралич взора влево.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой лобной доли.

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

Задача 118. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, офтальмопарез справа, геморрагический ликворный синдром

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

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

Задача 119. Неврологические синдромы: центральная левосторонняя гемиплегия, левосторонняя гемианестезия, левосторонняя гемианопсия.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой внутренней капсулы.

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

Задача 120. Неврологические синдромы: бульбарный парез, смешанный парапарез рук, центральный парапарез ног.

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

Клинический диагноз: Боковой амиотрофический склероз.

Задача 121. Неврологические синдромы: периферический дистальный парапарез ног, гипестезия в зоне дерматомов L5-S2; гиперестезия в зоне дерматов S3-S5. Топический диагноз: очаговое органическое поражение конского хвоста.

Клинический диагноз: Вертеброгенный (дискогенный) компрессионный каудальный синдром.

Задача 122. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне S1 с двух сторон, вертебральный синдром в области поясницы.

Топический диагноз: поражение корешков S1 с двух сторон.

Клинический диагноз: Вертеброгенная дискогенная радикулопатия S1 с двух сторон.

Задача 123. Неврологические синдромы: болевая гипестезия в зоне иннервации левого лучевого нерва. Периферический парез разгибателей левой кисти.

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

Клинический диагноз: Компрессионно-ишемическая нейропатия левого лучевого нерва.

Задача 124. Неврологические синдромы: Гипестезия в зоне иннервации правого бедренного нерва. Периферический парез разгибания голени. Нейрогенный болевой синдром.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правого бедренного нерва. Клинический диагноз: Травматическая нейропатия правого бедренного нерва.

Задача 125. Неврологические синдромы: Задержка нервно-психического развития. Центральный правосторонний гемипарез. Парциальный моторные эпилептические приступы с вторичной генерализацией.

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

Клинический диагноз: Детский церебральный паралич. Симптоматическая лобная эпилепсия.

Задача 126. Неврологические синдромы: внутричерепная гипертензия, парциальные моторные эпилептические приступы в левой стопе с вторичной генерализацией, явления пирамидной недостаточности (центральный левосторонний рефлексорный гемипарез).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой лобной доли.

Клинический диагноз: Цистицеркоз правой лобной доли.

Задача 127. Неврологические синдромы: центральный левосторонний брахиофациальный парез, парциальный моторный эпилептический приступ, менингеальный синдром, геморрагический ликворный синдром.

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

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

Задача 128. Неврологические синдромы: проксимальный периферический монопарез правой руки, болевая гипестезия в зоне дерматомов С4-С6 справа

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

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

Задача 129. Неврологические синдромы: синдром внутричерепной гипертензии, центральная (корковая) гемианопсия, двухсторонняя амблиопия, парциальный сенсорный зрительный эпилептический приступ с вторичной генерализацией.

Топический диагноз: Очаговое органическое поражение правой затылочной доли.

Клинический диагноз: Внутримозговая опухоль правой затылочной доли.

Задача 130. Неврологические синдромы: синдром внутричерепной гипертензии, центральный левосторонний гемипарез, мозжечковая динамическая атаксия справа, белково-клеточная диссоциация по данным исследования ликвора.

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

Клинический диагноз: Внутримозговая опухоль правого полушария мозжечка.

Задача 131. Неврологические синдромы: синдром внутричерепной гипертензии, битемпоральная гемианопсия, нейроэндокринные расстройства.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение передней доли гипофиза.

Клинический диагноз: Гормонпродуцирующая аденома гипофиза с супраселлярным ростом.

Задача 132. Неврологические синдромы: поверхностная анестезия в зоне дерматомов D10-D12, поверхностная анестезия с уровня D12 слева по проводниковому типу, расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу с уровня D12 справа; центральный монопарез правой ноги, белково-клеточная диссоциация.

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

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

Задача 133. Неврологические синдромы: центральная параплегия ног, тотальная проводниковая анестезия с уровня D10, нарушение функции тазовых органов по центральному типу; воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления). Топический диагноз: поражение спинного мозга на уровне сегмента D10.

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

Задача 134. Неврологические синдромы: расстройство глубокой чувствительности по проводниковому (спинальному) типу; сенситивная заднестолбовая атаксия, двухсторонняя амблиопия, симптом Аргайла-Робертсона.

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

Клинический диагноз: Поздний нейросифилис, спинная сухотка.

Задача 135. Неврологические синдромы: периферический паралич правой руки, периферический паралич левой ноги.

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

Клинический диагноз: Острый поствакцинальный паралитический полиомиелит.

Задача 136. Неврологические синдромы: периферический паралич мышц шеи, надплечий, рук.

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

Задача 137. Неврологические синдромы: психогенный левосторонний гемипарез, психогенная левосторонняя поверхностная анестезия.

Топический диагноз: функциональное расстройство нервной системы.

Клинический диагноз: диссоциативное расстройство (истерический невроз).

Задача 138. Неврологические синдромы: синдром паркинсонизма.

Топический диагноз: поражение нигро-паллидарного комплекса.

Клинический диагноз: постэнцефалитический паркинсонизм.

Задача 139. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, центральный левосторонний гемипарез, поверхностная гемигипестезия слева.

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

Клинический диагноз: Ранний менингovasкулярный сифилис.

Задача 140. Неврологические синдромы: хореические гиперкинезы.

Топический диагноз: двухстороннее поражение скорлупы.

Клинический диагноз: Малая (ревматическая) хорея Сиденгама.

Задача 141. Неврологические синдромы: миопатический синдром с поражением рук, туловища, ног.

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

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

Задача 142. Неврологические синдромы: Амблиопия справа. Недостаточность правого отводящего нерва. Центральный левосторонний гемипарез. мозжечковая атаксия. Расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу в ногах.

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

Клинический диагноз: Рассеянный склероз, ремитирующее течение.

Задача 143. Неврологические синдромы: смешанная (мозжечковая и сенситивная заднестолбовая) атаксия, явления пирамидной недостаточности в ногах.

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

Клинический диагноз: Болезнь Фридрейха.

Задача 144. Неврологические синдромы: офтальмопарез справа (недостаточность функции правого глазодвигательного нерва), центральный левосторонний гемипарез. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой ножки мозга.

Клинический диагноз: Последствия (остаточные явления) коревого менингоэнцефалита.

Задача 145. Неврологические синдромы: умеренное оглушение, менингеальный синдром, двухсторонняя гипакузия, воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления).

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

Клинический диагноз: острый гнойный менингококковый менингит.

Задача 146. Неврологические синдромы: глубокое оглушение, менингеальный синдром, синдром внутричерепной гипертензии, парез левой половины глотки и мягкого нёба, центральный правосторонний гемипарез, мозжечковая динамическая атаксия слева, воспалительный ликворный синдром.

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

Клинический диагноз: Отогенный абсцесс левого полушария мозжечка.

Задача 147.

Неврологические синдромы: периферический парапарез рук и центральный парапарез ног. Тотальная гипестезия по проводниковому (спинальному) типу с уровня дерматома С4. Признаки нарушения функции тазовых органов по центральному типу. Синдром десимпатизации глаза (Горнера) слева. Белково-клеточная диссоциация при исследовании ликвора.

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

Клинический диагноз: интрамедуллярная опухоль шейного отдела спинного мозга.

Задача 148. Неврологические синдромы: двухсторонняя пирамидная недостаточность, центральный мимический парез (прозопарез) справа, двухсторонняя недостаточность отводящих нервов, синдром внутричерепной гипертензии. Топический диагноз: многоочаговое поражение головного мозга.

Клинический диагноз: Гипоксически-ишемическая энцефалопатия с гипертензионной гидроцефальный синдромом.

Задача 149.

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

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

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

Задача 150. Неврологические синдромы: менингеальный синдром, воспалительный ликворный синдром (признаки серозного воспаления). Топический диагноз: поражение мозговых оболочек.

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

Задача 151. Неврологический синдром: миастенический синдром.

Топический диагноз: поражение нервно-мышечной передачи.

Клинический диагноз: Миастения, глазная форма.

Задача 152. Неврологические синдромы: расстройство сознания по глубине: глубокое оглушение, менингеальный синдром, центральный правосторонний умеренный гемипарез, воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления).

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

Клинический диагноз: Отогенный гнойный менингоэнцефалит.

Задача 153. Неврологические синдромы: парциальные адверсивные эпилептический приступы (с поворотом головы и глаз влево) с вторичной генерализацией; центральный выраженный левосторонний гемипарез, глубокое оглушение.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой лобной доли. Клинический диагноз: Травматическая энцефалопатия с центральным выраженным левосторонним гемипарезом. Симптоматическая травматическая лобная эпилепсия.

Задача 154. Неврологические синдромы: эпилептические приступы – простые абсансы.

Клинический диагноз: Идиопатическая детская абсансная эпилепсия.

Задача 155. Неврологические синдромы: парциальные обонятельные эпилептические приступы без и с вторичной генерализацией.

Топический диагноз: поражение медиальных отделов височных долей.

Клинический диагноз: Криптогенная височная эпилепсия.

Задача 156. Неврологические синдромы: корковые миоклонии (миоклонические приступы) в руках и ногах, генерализованные судорожные приступы.

Клинический диагноз: идиопатическая юношеская миоклоническая эпилепсия.

Задача 157. Неврологические синдромы: центральный умеренный парапарез ног, центральный нейрогенный мочевого пузыря.

Топический диагноз: многоочаговое поражение нервной системы – поражение пирамидных путей выше поясничного утолщения, поражение ретикулоспинальных волокон. Клинический диагноз: Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение.

Задача 158. Неврологические синдромы: парциальные моторные и психические (афатические) эпилептические приступы; центральный рефлекторный правосторонний гемипарез.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: Метастатическая опухоль левой лобной доли.

Задача 159. Неврологические синдромы: умеренное оглушение, динамическая мозжечковая атаксия слева, менингеальный синдром. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левого полушария мозжечка. Клинический диагноз: Геморрагический инсульт по типу внутримозговой гематомы в левой гемисфере мозжечка.

Задача 160. Неврологические синдромы: миастенический синдром. Топический диагноз: поражение нервно-мышечных синапсов. Клинический диагноз: Миастения, глазная форма.

Задача 161. Клинические синдромы: умеренная кома (кома 1), офтальмопарез вследствие недостаточности правого глазодвигательного нерва, центральная левосторонняя гемиплегия (альтернирующий синдром Вебера), менингеальные синдромы. Сочетание альтернирующего синдрома Вебера и расстройства сознания по глубине представляет собой дислокационный синдром – височно-тенториальное вклинение. Топический диагноз: очаговое органическое поражение правой ножки мозга.

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

Задача 162. Неврологические синдромы: периферический умеренный проксимальный парез левой руки, болевая гипестезия в зоне С6 слева.

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

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

Задача 163. Клинические синдромы: на момент поступления – анозогнозия, левосторонняя гемианопсия, центральная левосторонняя гемиплегия, болевая гемигипестезия слева; на момент описания – анозогнозия, левосторонняя гемианопсия, центральная плегия левой руки, глубокий парез левой ноги, болевая гемигипестезия слева.

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

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

Задача 164. Синдром: миопатия с поражением мышц верхних и нижних конечностей, туловища.

Топический диагноз: множественное поражение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры.

Клинический диагноз: Прогрессирующая мышечная дистрофия Эрба-Рота.

Задача 165. Неврологические синдромы: дрожательно-ригидно-акинетический синдром (синдром паркинсонизма), периферическая вегетативная недостаточность; топический диагноз: поражение нигростриарного комплекса; клинический диагноз: болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидно-акинетическая форма, стадия 3.0, быстрый темп прогрессирования.

Задача 166. Неврологические синдромы: моторная афазия. Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной и теменной доли. Клинический диагноз: Промежуточный период черепно-мозговой травмы средней тяжести: ушиб головного мозга в левой лобной и теменной области вследствие вдавленного оскольчатого перелома, состояние после резеционной трепанации черепа, удаления костных отломков.

Задача 167. Неврологические синдромы: двухсторонняя амблиопия, центральный умеренный парапарез ног, мозжечковая статико-динамическая атаксия, центральный нейрогенный мочевого пузыря.

Топический диагноз: многоочаговое поражение нервной системы: поражение мозжечка, пирамидных путей, зрительных нервов, ретикулоспинальных путей. Клинический диагноз: Рассеянный склероз, ремитирующее течение.

Задача 168. Неврологические синдромы: моторная афазия, синдром лобной психики, умеренный центральный правосторонний гемипарез, поверхностная гемигипестезия справа.

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

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

Задача 169. Неврологические синдромы: гипоакузия справа, смешанная вестибулярно-мозжечковая правосторонняя динамическая атаксия.

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

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

Задача 170. Неврологические синдромы: выраженный дистальный периферический тетрапарез, гипестезия рук и ног по полиневральному типу, двухсторонний периферический прозопарез, белково-клеточная диссоциация в ликворе.

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

Клинический диагноз: Острая демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре.

Задача 171. Неврологические синдромы: альтернирующий синдром Захарченко-Валленберга, включающий поверхностную гипестезию правой половины лица по сегментарному типу, левостороннюю поверхностную гемигипестезию, парез мягкого нёба и правой половины глотки, мозжечковую динамическую атаксию слева.

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

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

Задача 172. Неврологические синдромы: умеренное оглушение, центральный рефлекторный гемипарез справа, вестибулярная дисфункция, геморрагический ликворный синдром.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

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

Задача 173. Неврологические синдромы: центральный левосторонний рефлекторный гемипарез.

Топический диагноз: органическое поражение пирамидных путей правого полушария.

Клинический диагноз: Травматическое сдавление головного мозга хронической субдуральной гематомой.

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

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.

Клинический диагноз: Внутримозговая опухоль левой лобной доли.