

### **31.08.42 «Неврология»**

#### Вопросы теоретической части

1. Расстройства общей чувствительности: ход проводников различных видов чувствительности, симптомы поражения на разных уровнях.
2. Сегментарный аппарат спинного мозга: анатомия и физиология, симптомы поражения.
3. Альтернирующие синдромы: топическая диагностика и клинические проявления.
4. Бульбарный и псевдобульбарный параличи, клиника и дифференциация.
5. Глазодвигательные нервы (III, IV, VI пары): анатомия, двигательная иннервация, клиника и диагностика поражений глазодвигательных нервов.
6. Мозжечок: строение, проводящие пути, функции, симптомы поражения.
7. Симптомокомплекс поражения теменных долей головного мозга.
8. Экстрапирамидная система: строение, функции, синдромы поражения.
9. Расстройства речи.
10. Симптомокомплекс поражения височных долей головного мозга.
11. Симптомокомплекс поражения лобных долей головного мозга.
12. Синдром повышения внутричерепного давления.
13. Дифференциальная диагностика атаксий.
14. Синдром поражения конского хвоста спинного мозга.
15. Седалищный нерв: анатомия, двигательная и чувствительная иннервация, симптомы поражения нерва и его ветвей. Приемы экспресс-диагностики.
16. Синдромы поражения плечевого сплетения.
17. Синдром поражения мосто-мозжечкового угла. Дополнительные методы исследования.
18. Синдромы поражения зрительного пути на различных уровнях.
19. Тройничный нерв: анатомия, зоны периферической и сегментарной иннервации, симптомы поражения ядер и ветвей нерва.
20. Проводящие пути спинного мозга. Синдромы поражения задних, боковых столбов и половины спинного мозга.
21. Внутренняя капсула и зрительный бугор: анатомия, проводниковый аппарат, синдромы поражения.
22. Гнозии и апраксии: классификация, клиника, диагностика.
23. Современные представления о рефлекторной деятельности: рефлекторная дуга, рефлекторное кольцо, гамма-петля. Роль отечественных ученых в развитии рефлекторной теории.
24. Основные этапы развития военной невропатологии. Роль ученых Военно-медицинской академии в становлении и развитии военной невропатологии.
25. Симптомы поражения вегетативных центров спинного мозга. Регуляция функций тазовых органов.
26. Лучевой нерв: анатомия, двигательная и чувствительная иннервация, симптомы поражения на разных уровнях, приемы экспресс-диагностики.
27. Клинические синдромы отдаленных последствий закрытой травмы мозга. Диагностика и лечение в условиях гарнизонного и окружного госпиталя. Военно-врачебная экспертиза.
28. Радиационные поражения нервной системы. Патогенез, клинические синдромы. Лечение, военно-врачебная экспертиза.
29. Токсические полиневропатии. Этиология, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.

30. Спондилогенные пояснично-крестцовые радикулиты. Этиология, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.
31. Поражение нервной системы при ревматизме и других коллагенозах. Патогенез, клиника и лечение, военно-врачебная экспертиза.
32. Неврит лицевого нерва. Этиология, патогенез, клиника, лечение в условиях гарнизонного и окружного военного госпиталя и военно-врачебная экспертиза.
33. Невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.
34. Сифилис нервной системы. Классификация, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.
35. Менингококковый цереброспинальный менингит. Этиология, эпидемиология, патоморфология, клиника, лечение и профилактика, военно-врачебная экспертиза.
36. Рассеянный энцефаломиелит и рассеянный склероз. Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, лечение в условиях гарнизонного, окружного военного госпиталя и военно-врачебная экспертиза.
37. Серозные менингиты.
38. Нервно-мышечные заболевания: миопатия, миастения, миотония; Этиология, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.
39. Туберкулезный менингит. Патоморфология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, военно-врачебная экспертиза.
40. Эпилепсия. Клинические формы, диагностика и лечение, военно-врачебная экспертиза.
41. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Этиология, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.
42. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, патоморфология, клиника острых и хронических форм клещевого энцефалита. Лечение, военно-врачебная экспертиза.
43. Неврозы и неврозоподобные состояния. Патогенез, клиника, лечение. Методы психотерапии. Военно-врачебная экспертиза.
44. Комариный энцефалит. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
45. Ишемический мозговой инсульт и его дифференциальная диагностика. Неотложная помощь и лечение в условиях гарнизонного и окружного госпиталя, военно-врачебная экспертиза.
46. Классификация закрытой травмы головного мозга. Сотрясение головного мозга, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.
47. Инфекционно-аллергическая полирадикулоневропатия, (полирадикулоневрит Гийена-Барре). Этиология, патогенез, клиника, лечение. Реабилитация больных.
48. Вегето-сосудистая дистония. Этиология, патогенез, клиника, лечение, военно-врачебная экспертиза.
49. Геморрагические инсульты. Клиника, неотложная помощь и лечение.
50. Церебральные и спинальные арахноидиты. Этиология, клиника, диагностика, лечение, военно-врачебная экспертиза.
51. Дифференциальная диагностика сотрясения, ушиба, сдавления головного мозга.
52. Неотложная помощь при ЗТМ в медпункте части, гарнизонном госпитале.
53. Общемозговые и локальные симптомы опухолей головного мозга.
54. Дополнительные методы исследования при опухолях головного мозга.

## Ситуационные задачи

1. Рядовой С., 19 лет, в детстве болел ревматизмом, состоял на учете в ревматологическом центре. Месяц назад перенес ангину с повышением температуры до 39,0 град. Последние две недели периодически беспокоили ноющие боли в области сердца, боли в коленях и голеностопных суставах, наблюдались “перебои” в сердце во время утренней пробежки.

На занятиях по строевой подготовке внезапно наступило ухудшение состояния. Появилась головная боль, общая слабость, наблюдались кратковременная утрата сознания и однократная рвота. Группой товарищей доставлен на МПП.

Объективно: Сознание ясное. Контакт затруднен из-за расстройства речи. Спонтанная речь отсутствует, за исключением отдельных слогов. Обращенную речь понимает, команды выполняет. Центральный парез правого лицевого нерва. Правосторонняя гемиплегия. Симптом Бабинского справа. Гемигипестезия справа. Менингеальных симптомов нет. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин, ритмичный.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Объем оказания медицинской помощи на МПП.
3. План обследования и лечения в госпитале.
4. Военно-врачебная экспертиза.

2. Майор Г., 40 лет, обратился к невропатологу гарнизонного госпиталя с жалобами на снижение слуха на правое ухо, шум в ухе, головную боль, рвоту по утрам, периодически возникающее головокружение, шаткость при ходьбе. Считает себя больным в течение трех лет. В неврологическом статусе: снижены правый надбровный и корнеальный рефлексы, горизонтальный нистагм при взгляде вправо. Слабо выраженный периферический парез мимической мускулатуры справа. Снижен слух на правое ухо (ШР = 0,5 метра). Глубокие рефлексы повышены, на левых конечностях преобладают, симптом Бабинского слева. Интенционный тремор при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах, адиадохокинез справа. В позе Ромберга отклоняется вправо. На краниограммах - остеопороз спинки турецкого седла. На глазном дне - начальные проявления застоя дисков зрительных нервов.

Вопросы

1. Локализация патологического очага и патофизиологический анализ симптомов.

2. Клинический диагноз.
3. План обследования и лечения.
4. Военно-врачебная экспертиза.

3. Прапорщик И., 40 лет. Страдает гипертонической болезнью. Утром по дороге в часть внезапно почувствовал резкую головную боль (“удар в голову”), потерял сознание и упал, наблюдалась рвота. Машиной “скорой помощи” доставлен в гарнизонный госпиталь.

При осмотре: оглушен, с трудом вступает в контакт, жалуется на головную боль. Лицо гиперемировано. АД 200/110 мм рт.ст. Пульс 100 уд/мин, ритмичный.

Зрачки узкие с вялой реакцией на свет. Опущен левый угол рта, симптом “паруса”. Мышечный тонус в левых конечностях низкий. Глубокие рефлексы слева снижены. Симптом Бабинского слева. Умеренно выраженные менингеальные симптомы.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика со сходными состояниями.
3. Объем медицинской помощи на МПП.
4. План обследования и лечения в госпитале.
5. Военно-врачебная экспертиза.

4. Рядовой К., 18 лет. Доставлен в МП части после автомобильной аварии.

При осмотре: в правой височно-теменной области имеется рвано-ушибленная рана размерами 3,0x0,7 см, ликворея из правого уха. Непосредственно после травмы наблюдалась многократная рвота. Кома. Сохранена реакция на болевые раздражения. Анизокория D>S. Реакция зрачков на свет снижена, снижены корнеальные рефлексы, расходящееся косоглазие. Мышечный тонус низкий, глубокие рефлексы угнетены, двусторонние патологические рефлексы Бабинского. Нерезко выраженные ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, АД - 90/60 мм рт.ст. , частота дыхания 34 в мин. Глазное дно в норме. На краниограмме трещина пирамидки височной кости справа.

Вопросы

1. Топический диагноз.
2. Клинический диагноз.
3. План обследования.
4. Дифференциальная диагностика со сходными состояниями.
5. Оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
6. Военно-врачебная экспертиза.

5. Рядовой Н., во время автомобильной аварии получил ушиб правого бедра. Доставлен на МПП.

При осмотре: предъявлял жалобы на боли по задней поверхности правого бедра, резкое ослабление сгибания правой ноги в коленном суставе, невозможность сгибания и разгибания правой стопы. На задней поверхности правого бедра имеется ссадина, небольших размеров подкожная гематома, отмечается резкая болезненность при пальпации. Костно-травматических повреждений не обнаружено.

В неврологическом статусе: резкое ослабление сгибания правой голени и отсутствие активных движений в правой стопе. Ахиллов рефлекс справа утрачен. Направлен в гарнизонный госпиталь.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Объем медицинской помощи на МПП.
3. План обследования и лечения в госпитале.
4. Военно-врачебная экспертиза.

6. Рядовой В. получил ножевое ранение в область левой пупартовой связки. Доставлен машиной "скорой помощи" в хирургическое отделение гарнизонного госпиталя. Произведена обработка и ушивание раны.

Неврологический статус: активное разгибание левой ноги в коленном суставе невозможно, левый коленный рефлекс отсутствует, гипотония мышц передней поверхности левого бедра, анестезия на передней 2/3 поверхности левого бедра и по внутренней поверхности левой голени.

Вопросы

1. Клинический диагноз.

2. План обследования и лечение.
3. Военно-врачебная экспертиза.

7. Рядовой М. после кросса почувствовал резкую головную боль в затылочной области, ощущение “удара” в голову, наблюдалась многократная рвота. На носилках доставлен в МПП.

При осмотре: больной возбужден, жалуется на сильную головную боль, стонет от головной боли, хватается за голову. Лицо бледное. Пульс 110 уд/мин, ритмичный. АД 150/90 мм рт.ст., температура тела 36,9°. В медицинском пункте наблюдался общий судорожный припадок.

Неврологический статус: расходящее косоглазие слева, двоение при взгляде прямо, вверх и вниз. Движения в конечностях в полном объеме, парезов нет. Глубокие рефлексы средней живости, равномерные. Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус снижен. Выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, Брудзинского. Общая гиперестезия органов чувств.

Вопросы

1. Клинический синдром.
2. Клинический диагноз.
3. Дифференциальная диагностика со сходными состояниями.
4. План обследования.
5. Объем медицинской помощи в МПП.
6. Объем медицинской помощи на госпитальном этапе.
7. Военно-врачебная экспертиза.

8. Подполковник Д., 42 лет, обратился к невропатологу гарнизонной поликлиники с жалобами на головную боль, головокружение, общую слабость, за последние двое суток дважды наблюдалась рвота по утрам. Со слов, около недели тому назад по дороге на службу поскользнулся и упал, ударившись головой о землю. Наблюдалась кратковременная утрата сознания. Поднялся самостоятельно, беспокоила головная боль, “подташнивание”, за медицинской помощью не обращался, продолжал работать, чувствовал себя в целом удовлетворительно. Спустя пять суток стала постепенно нарастать головная боль, появилось головокружение, стал отмечать неловкость в правых конечностях.

При осмотре: АД 150/90 мм ртст. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Ретроградная амнезия. Анизокория S>D, ослабление реакции левого зрачка на свет и конвергенцию. Сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Умеренно выраженный правосторонний гемипарез, симптом Бабинского справа. Правосторонняя гемигипестезия. Ригидность затылочных мышц. Амнестическая афазия. Глазное дно - застойные диски зрительных нервов.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика со сходными состояниями.
3. Объем медицинской помощи на МПП.
4. План обследования и лечения в госпитале, военно-врачебная экспертиза.

9. Рядовой В., 18 лет, обратился к врачу части с жалобами на головную боль, преимущественно в области лба и глаз, болезненность при движении глазных яблок, озноб, тошноту, имела место однократная рвота. Из анамнеза известно, что больной в числе других призывников в течение 15 суток ехал в поезде. Питался консервами.

При осмотре в МПП: температура тела 38,3°, гиперемия зева. Исследование неврологического статуса не производилось. С диагнозом “Острое респираторное заболевание” госпитализирован в лазарет части. Не исключалась пищевая интоксикация, в связи с чем произведено промывание желудка. Спустя 5-6 часов состояние резко ухудшилось. Наросла головная боль, появилась многократная рвота, повысилась температура тела до 39,5°, наступило угнетение сознания до степени оглушения. Санитарным транспортом в сопровождении санитарного инструктора был доставлен в гарнизонный госпиталь.

При осмотре в приемном отделении: резко заторможен, периодически психомоторное возбуждение, контакт затруднен, стонет. Температура тела 39,2°, пульс 120 уд/мин, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. На коже верхних конечностей и туловища геморрагические высыпания.

Анизокория D>S, правосторонний птоз, легкий периферический парез мимических мышц слева. Резко положительные менингеальные симптомы. Глубокие рефлексы низкие, равномерные. Брюшные рефлексы не вызываются. Пирамидных знаков нет. Общая гиперестезия.

Вопросы

1. Ведущий клинический синдром.
2. Клинический диагноз.
3. План обследования.
4. Дифференциальная диагностика со сходными состояниями.
5. Оценить тактику врача части: диагноз, транспортировка.
6. Какие мероприятия необходимо провести перед транспортировкой в госпиталь.
7. Лечение на госпитальном этапе.
8. Военно-врачебная экспертиза.

**10.** Сержант Т., 20 лет, во время автомобильной аварии ударился головой о борт автомашины, терял сознание (со слов санинструктора). При поступлении в неврологическое отделение госпиталя предъявлял жалобы на умеренную головную боль, легкое головокружение, общую слабость. При осмотре обнаруженыссадины и подкожная гематома в правой височно-теменной области. Сознание ясное, ориентирован в месте и времени, обстоятельств травмы не помнит. АД 130/85 мм рт.ст. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, слабость конвергенции правого глазного яблока, угнетение брюшных рефлексов, красный разлитой стойкий дермографизм. Спустя 2 часа после травмы состояние стало ухудшаться. Усилились головные боли, трижды наблюдалась рвота, наступило угнетение сознания до степени сопора, появились анизокория D>S, сглаженность левой носогубной складки, парез левых конечностей, умеренная ригидность затылочных мышц. На глазном дне - расширение вен сетчатки. На краниограммах черепа - трещина чешуи правой височной кости.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика со сходными состояниями.
3. Объем медицинской помощи на МПП.
4. План обследования и лечения в госпитале, военно-врачебная экспертиза.

**11.** Рядовой Д., во время лыжного кросса упал, ударившись головой о ствол дерева. Наблюдалась кратковременная утрата сознания, тошнота, однократная рвота. В момент осмотра врачом части в медицинском пункте полка предъявлял жалобы на нерезкую головную боль, тошноту, общую слабость.

Объективно: лицо бледное, пульс 90 уд/мин, ритмичный, АД 140/85 мм рт.ст. Сознание сохранено, частичная ретроградная амнезия. Снижена реакция зрачков на свет, слабость конвергенции левого глазного яблока. Гипотония мышц конечностей. Глубокие рефлексы оживлены, равномерные. Брюшные рефлексы снижены, симметричные, быстро истощаются. Патологические рефлексы не вызываются. Чувствительность и координация движений не нарушены. Менингеальные симптомы отсутствуют. Красный разлитой стойкий дермографизм, лабильность вазомоторов лица, акроцианоз. Выраженный гипергидроз ладоней, подмышечных ямок, стоп. Повышенная физическая и психическая утомляемость.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика с другими формами повреждения головного мозга.
3. План обследования.
4. Объем медицинской помощи в МПП.
5. Лечение на госпитальном этапе.
6. Военно-врачебная экспертиза.

**12.** Рядовой И., 18 лет, доставлен сослуживцами на МПП с жалобами на слабость, головную боль. Со слов очевидцев во время строевых занятий внезапно упал, наблюдались судороги мышц туловища и конечностей. Припадок продолжался около 3 мин. На внешние раздражители не реагировал. Из рта выделялась пена, окрашенная кровью. Из анамнеза выяснено, что год назад перенес черепно-мозговую травму. До призыва в армию судорожными припадками не страдал.

При осмотре: кожные покровы бледные, вял, заторможен, умеренная тахикардия, на языке следы прикуса. После выполненных назначений направлен в госпиталь в сопровождении фельдшера. В приемном отделении госпиталя осмотрен невропатологом. Сознание ясное, ориентирован в месте и времени. О случившемся не помнит. В неврологическом статусе - правосторонняя пирамидная недостаточность. Для обследования госпитализирован в неврологическое отделение. Больному назначена терапия. Несмотря на прием препаратов наблюдались повторные судорожные припадки, которые начинались с поворота головы и глаз вправо, больной терял сознание, возникали тонико-клонические судороги, продолжительностью около 2 мин, непроизвольное мочеиспускание, пена изо рта с примесью крови. Несмотря на проводимую терапию припадки повторялись каждые 20 мин. После припадка больной в сознание не приходил.

Вопросы

1. Ведущий клинический синдром.
2. Назовите возможный характер патологического процесса и его локализацию.
3. Клинический диагноз, план обследования.
4. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах, военно-врачебная экспертиза.
5. Дифференциальная диагностика с истерическим припадком.
6. Какие бумаги оформляются в части при направлении в госпиталь.

**13.** Рядовой Н., доставлен в МПП из района боевых действий, где был ранен в левое плечо. Санинструктором наложена повязка, сделана инъекция промедола.

При осмотре в МПП. В верхней трети плеча имеется тугая повязка, затруднена пронация предплечья, ослаблено сгибание кисти и сгибание I, II и III

пальцев при сжатии кисти в кулак. Нарушено противопоставление большого пальца, при ладонном сгибании кисть отклоняется в локтевую сторону. Беспокоят боли в левой руке.

В госпитале произведена хирургическая обработка раны. Пронация левого предплечья нарушена, затруднено сгибание I, II и III пальцев левой кисти и противопоставление первого пальца. Определяются расстройства чувствительности на ладонной поверхности кисти с латеральной стороны (I, II, III пальцев). Боли носят жгучий характер. Выраженные вазомоторно-трофические расстройства.

Вопросы

1. Какой патогенез данного заболевания?
2. Что лежит в основе вазомоторно-трофических расстройств?
3. Клинический диагноз.
4. План обследования.
5. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах, военно-врачебная экспертиза.
6. Экспресс-диагностика повреждения нерва.

**14.** В медицинский пункт части доставлен рядовой К., 19 лет, который предъявлял жалобы на сильную головную боль, озноб, рвоту. Из анамнеза известно, что неделю назад он работал в складском помещении. Спустя два дня почувствовал общую слабость, разбитость, появился кашель.

При осмотре в МПП: температура тела  $39,3^{\circ}$ , возбужден, зев гиперемирован. С диагнозом: “Острое респираторное заболевание” госпитализирован в лазарет части. Через три часа головная боль резко усилилась, наблюдалась повторная рвота. Наступило угнетение сознания до степени оглушения.

Санитарным транспортом в сопровождении санинструктора доставлен в гарнизонный госпиталь.

В приемном отделении госпиталя: больной беспокоен, возбужден, жалуется на сильную головную боль.

Температура  $39,8^{\circ}$ , пульс 140 уд/мин, АД - 140/95 мм рт.ст. Выраженные оболочечные симптомы. Анизокория  $D>S$ , периферический парез мимических мышц справа, незначительная анизорефлексия под давлением 250 мм вод.ст., белок 0,9 г/л, цитоз 150 кл. в 1 мкл, лимфоциты. Содержание сахара и хлоридов в ликворе нормальное.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальная диагностика со сходными состояниями.
4. Тактика врача части: диагноз, лечебные мероприятия, транспортировка.
5. Лечение на госпитальном этапе, военно-врачебная экспертиза.

**15.** Рядовой К., 19 лет, взрывной волной был отброшен на 5 метров, ударился левым плечом.

Доставлен на МПП с жалобами на боли в левом плече, отсутствие движений в левой руке. При осмотре на МПП признаков костно-травматического повреждения не выявлено. Наложена иммобилизирующая повязка Дезо и больной направлен в госпиталь.

Неврологический статус: имеется ограничение отведения левого плеча, и сгибание левого предплечья. Снижен карпорадиальный рефлекс и утрачен локтевой

сгибательный рефлекс слева. Нарушена чувствительность по наружному краю левого плеча и предплечья.

Вопросы

1. Укажите, повреждение каких структур нервной системы имело место и характер их повреждения?
2. Клинический диагноз.
3. План обследования.
4. Лечение на госпитальном этапе, военно-врачебная экспертиза.

**16.** Полковник П., 50 лет, после психоэмоциональной нагрузки почувствовал головную боль, головокружение, неловкость в правой руке, затруднение речи.

Обратился в МПП, где выявлено высокое АД (210/120 мм рт.ст.). Обращало внимание затруднение при подборе и нечеткость в произношении слов. Выявлена слабость мышц правой руки и правой ноги. Из анамнеза выяснено, что страдает гипертонической болезнью, периодически беспокоят боли в области сердца.

После выполнения назначений санитарным транспортом направлен в госпиталь.

При осмотре в приемном отделении госпиталя: сознание ясное, хорошо понимает обращенную речь, задания выполняет. Речь односложная, бедная. При произношении фраз наблюдается повторение отдельных слов. Сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Ограничен объем движений в правых конечностях, сила мышц правой руки и ноги снижена, больше в руке. Тонус мышц справа умеренно повышен. Глубокие рефлексy D>S, симптом Бабинского справа. Правосторонняя гемигипалгезия. Менингеальные симптомы отсутствуют.

Вопросы

1. Определите локализацию очага.
2. Определите характер расстройства речи.
3. Клинический диагноз.
4. План обследования.
5. План лечения, военно-врачебная экспертиза.

**17.** Рядовой М., 19 лет при работе на строительном объекте получил удар сорвавшейся балкой по спине. Сознание не терял.

Доставлен на МПП. Предъявлял жалобы на боли в спине, слабость в ногах. При осмотре в области среднегрудного отдела позвоночника определяется кровоподтек, болезненность при пальпации. Ноги от кушетки поднимает с трудом. Самостоятельно мочиться не может. Катетером выпущено 800 мл мочи.

Санитарным транспортом на носилках в положении лежа отправлен в госпиталь.

В приемном отделении госпиталя: при неврологическом осмотре выявлено - нижний парапарез, мышечный тонус низкий, коленные и ахиллов рефлексy не вызываются. Симптом Бабинского с обеих сторон. Расстройство всех видов чувствительности с уровня D7 по проводниковому типу. Острая задержка мочи.

Вопросы

1. Определите локализацию очага.
2. Чем обусловлены двигательные, чувствительные расстройства и нарушения функции тазовых органов?
3. Клинический диагноз.
4. План обследования.
5. Оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
6. Военно-врачебная экспертиза.

**18.** Лейтенант М., 24 лет в течение двух дней отмечал недомогание, повышение температуры тела до 38,5°, озноб. Затем появилась опоясывающая боль ниже сосков, слабость ног, чувство “ползания мурашек” по ногам, которое сменилось онемением ног и параличом. Возникла задержка мочеиспускания.

В неврологическое отделение госпиталя поступил на седьмой день болезни.

При осмотре: черепные нервы в норме. Активные движения в ногах отсутствуют, тонус мышц в них повышен по пирамидному типу. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Клонус стоп. Симптом Бабинского с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. Отсутствие болевой и температурной чувствительности с уровня D6 по проводниковому типу. Отсутствие мышечно-суставной чувствительности в ногах до уровня тазобедренных суставов включительно. Задержка мочеиспускания. Запоры. В области крестца участок покраснения кожи. На рентгенограммах грудного отдела позвоночника патологии не выявлено. Цереброспинальная жидкость прозрачная, давление ликвора - 180 мм вод.ст. Белок 0,42 г/л, цитоз 228/3. Анализ крови: СОЭ - 18 мм/час, лейкоциты - 8000, Э - 1%, С - 60%, П - 3%, Л - 28%, М - 8%.

Вопросы

1. Определите локализацию очага поражения.
2. Чем обусловлены двигательные, чувствительные расстройства и нарушения функции тазовых органов?
3. Клинический диагноз.
4. Дифференциальный диагноз с другими сходными патологическими состояниями.
5. Возможный этиологический фактор.
6. Возможные осложнения.
7. Лечение, военно-врачебная экспертиза.

**19.** Больной, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, главным образом, в области лба справа. Головная боль упорная, преимущественно в утренние часы. Анальгетики помогают мало. Болен в течение нескольких месяцев. В последнее время отмечаются странности в поведении, дурашливость, неопрятность.

При обследовании отмечается оглушенность, временами эйфоричен, иногда совершает немотивированные поступки, неопрятен. Обоняние справа отсутствует. Резко снижено зрение правого глаза, левого - 0,8. Зрачки равномерные, реакция на свет правого зрачка вялая, левого - живая. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Сглажена левая носогубная складка. Активные движения рук и ног в полном объеме, мышечный тонус не изменен. Глубокие рефлексы выше слева. Брюшные рефлексы снижены слева. Симптом Бабинского слева. Пальце-носовую пробу левой рукой выполняет неуверенно.

Вопросы

1. Клинический диагноз.
2. Топический диагноз.
3. Основной синдром.
4. План обследования.
5. Лечение.

**20.** Прапорщик Н., 32 лет. Обратился с жалобами на периодические припадки, которые всегда начинаются с тонической судороги левого угла рта, затем судорога захватывает всю половину лица, переходит на левую руку и левую ногу. Продолжительность приступа 2-3 минуты. Сознание не теряет. Иногда судороги

переходят на правую половину лица, правые конечности, появляются клонические судороги и больной теряет сознание. В межприступный период временами беспокоят нерезкие головные боли. Из анамнеза известно, что год назад перенес открытую черепно-мозговую травму (осколочное ранение правой лобной области). В остром периоде наблюдались: утрата сознания на 3-4 часа, левосторонний гемипарез с патологическими стопными рефлексомы Бабинского, Оппенгейма. Произведена трепанация и удален осколок из мозгового вещества правой лобной доли.

При осмотре: легкая сглаженность левой носогубной складки. Мышечная сила в конечностях достаточная. Глубокие рефлексомы на левых конечностях преобладают. Брюшные и подошвенные слева снижены. Патологических рефлексомы нет. Чувствительность сохранена. Координация движений не нарушена.

Припадки бывают один раз в месяц. На рентгенограмме черепа дефект правой лобной кости 3x4 см. На ЭЭГ в межприпадочном периоде высокоамплитудные пикообразные разряды в виде групповых и одиночных волн, учащающиеся после гипервентиляции.

Вопросы

1. Определите локализацию очага.
2. Назовите клинический диагноз.
3. Что является причиной приступов.
4. Какие факторы имеют значение в патогенезе приступов?
5. Какие экзогенные факторы могут способствовать развитию судорожного припадка у больного?
6. Лечение, военно-врачебная экспертиза.

**21.** Рядовой военный строитель В., 19 лет, доставлен в госпиталь с жалобами на боль в левом ухе, сильную головную боль в лобно-височной области, рвоту, двоение предметов. В анамнезе хронический левосторонний гнойный мезотимпанит с частыми обострениями.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,2°, пульс 52 уд/мин. Поколачивание по черепу болезненно в левой височной области. Чужую речь понимает. Предметы назвать не может, но знает как ими пользоваться. Вместо ответа: “карандаш”, “хлеб”, “нож”, говорит, “то, чем пишут”, “то, что едят”, “то, чем режут”. Левый зрачок шире правого. Реакция на свет правого зрачка отчетливая, левого - вялая. Ограничение движения левого глаза кнутри, вверх и вниз. Птоз верхнего века. Сглаженность правой носогубной складки. Сила правой руки и ноги понижена, тонус мышц - сгибателей правой руки и разгибателей правой ноги слегка повышен. Глубокие рефлексомы на правых конечностях заметно преобладают. Брюшные рефлексомы справа снижены. Симптом Бабинского справа, чувствительность не нарушена. Менингеальных симптомов нет. На глазном дне - застой дисков зрительных нервов.

Кровь: лейкоциты 10000, СОЭ - 28 мм/час, Э - 1%, П - 10%, С - 62%, Л - 23%, М - 4%.

Цереброспинальная жидкость: давление 300 мм вод.ст., белок 0,5 г/л, цитоз 45/3. Сахар и хлориды в норме.

Вопросы

1. Назовите синдром поражения.
2. Определите локализацию патологического процесса.
3. Объясните механизм образования альтернирующего синдрома.
4. Клинический диагноз заболевания.
5. Какие осложнения могут быть при этом заболевании?

## 6. Лечение, военно-врачебная экспертиза.

22. Майор З., 35 лет. Два года тому назад в течение нескольких дней было лихорадочное состояние, которое сопровождалось сонливостью и двоением предметов. Спустя пять месяцев стал отмечать скованность движений, медленнее стал ходить. В последние месяцы присоединились повышенная потливость, слюнотечение, ритмичное дрожание кистей рук и нижней челюсти. Зрачки равны, реакция их на свет живая, на конвергенцию - отсутствует. Лицо маскообразное, взгляд устремлен в одну точку. Речь монотонная, замедленная. Ходит мелкими шагами. При ходьбе туловище наклонено вперед, руки согнуты в локтевых суставах, приведены к туловищу. Мышечная сила в конечностях достаточная. Повышение пластического тонуса в руках и ногах. Ритмичное, стереотипное, мелкое дрожание кистей и нижней челюсти в покое. При произвольных движениях дрожание исчезает. Микрография. Глубокие рефлексy средней живости, равномерные. Пирамидных знаков нет. Чувствительность сохранена. Сальность лица.

### Вопросы

1. Назовите синдром заболевания.
2. Определите локализацию процесса.
3. Объясните патофизиологическую сущность клинических симптомов.
4. Клинический диагноз.
5. Лечение, военно-врачебная экспертиза.

23. Прапорщик Д., 42 лет. Около года тому назад появились онемение и ощущение холода под левой лопаткой. В дальнейшем присоединилась боль опоясывающего характера на уровне сосков, особенно слева. Боль усиливалась при кашле, чихании. Лечился амбулаторно в МПП по поводу “межреберной невралгии”, принимая медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, однако боль усиливалась, появилась слабость левой ноги и онемение области живота справа и правой ноги. Направлен на консультацию в гарнизонный госпиталь.

При осмотре: черепные нервы в норме. Ходит, подтягивая левую ногу. Отчетливо выражен “симптом ликворного (кашлевого) толчка” с иррадиацией в пределах 4 грудного сегмента слева. Поколачивание остистого отростка 3-го грудного позвонка вызывает боль с иррадиацией в ту же зону. Спастический парез левой нижней конечности с патологическими стопными рефлексами Бабинского, Оппенгейма. Брюшные рефлексy слева отсутствуют. Снижение болевой и температурной чувствительности с уровня сегмента D4 справа по проводниковому типу. Отсутствие мышечно-суставной чувствительности в пальцах левой стопы. Функция тазовых органов не нарушена. На рентгенограмме позвоночника костной патологии не выявлено. При пневмомиеелографии на уровне 2-го позвонка видна овальная тень, обуславливающая сужение подпаутинного пространства. Давление цереброспинальной жидкости 140 мм вод.ст., при пробе Квекендштедта оно медленно нарастало до 160 мм вод.ст., а после прекращения пробы вновь медленно снизилось до 140 мм вод.ст., жидкость слегка ксантохромная. Белок 6,8 г/л, цитоз 12/3.

### Вопросы

1. Поражением каких структур обусловлена боль?
2. Определите уровень поражения.
3. Как называется выявленный у больного синдром и какими симптомами он проявляется в “классической” форме?
4. Какой клинический диагноз можно предположить?

5. Как исследуется симптом “ликворного толчка” и какой при этом механизм возникновения болей?

6. Как объяснить белково-клеточную диссоциацию и ксантохромию в ликворе?

7. Оцените результат пробы Квекенштедта.

8. Лечение и военно-врачебная экспертиза.

**24.** Ст. лейтенант В., 26 лет. Служил на должности командира взвода и одновременно учился заочно. Часто занимался до 2-3 часов ночи, нерегулярно питался. Постоянно волновался из-за семейных отношений. Заболел исподволь, снизилась работоспособность, стало трудно сосредоточиться при занятиях, снизилась память.

После перенесенного гриппа состояние больного еще больше ухудшилось. Сон стал поверхностным, засыпает не сразу, часто просыпается, видит тревожные сны. С утра отмечает тяжесть в голове и чувство разбитости. Незначительные поводы вызывают повышенную эмоциональную реакцию. Стал вспыльчив, раздражителен, раздражает шум, яркий свет, радио. В последнее время жалуется на головную боль, головокружение, появляющееся при перемене положения тела и при беге “замирание” в области сердца, сердцебиение, половую слабость. Наблюдались конфликты с командованием.

Объективно: черепные нервы в норме. Общая гиперестезия, эмоционально лабилен, легко возбудим, вспыльчив. Настроение неустойчивое, нередко угнетенное. Сенситивен. Ладони влажные, холодные, мраморность кожи. Дрожание век и пальцев вытянутых рук. Глубокие рефлексы равномерно оживлены. Брюшные и подошвенные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность и координация не нарушены. Отмечается неустойчивость артериального давления (120-140/85-90 мм рт.ст.).

Вопросы

1. Определите характер заболевания.

2. Назовите признаки вегетативной дисфункции и чем они объясняются.

3. Клинический диагноз.

4. Назовите и охарактеризуйте фазовые состояния нервной системы, характерные для данного заболевания?

5. Лечение и военно-врачебная экспертиза.

**25.** Рядовой Д., 18 лет. В семье трое детей. До призыва в Армию жил с матерью и отчимом. Родители разошлись, когда мальчику было 5 лет. Материально-бытовые условия были плохими. Отчим страдал хроническим алкоголизмом, имел деспотический характер. Часто возникали конфликты между родителями. Рядовой Д. с детства рос нервным, впечатлительным, обидчивым. Отчим обращался с ним грубо, иногда избивал. Близких друзей не имел, нередко подвергался насмешкам со стороны одноклассников. В школе учился посредственно. После окончания средней школы несколько месяцев работал на заводе разнорабочим, от работы удовлетворения не получал. Службой в армии тяготился. Очень любил свою мать, тяжело переживал разлуку с ней. Внезапно получил телеграмму о гибели матери в автомобильной катастрофе. Сразу же почувствовал резкую слабость в ногах, упал. Одновременно с этим утратил зрение на оба глаза.

Врачом части на санитарной машине доставлен в госпиталь. Осмотрен начальником неврологического отделения. Жалобы на отсутствие движений в ногах, утрату зрения.

Объективно: сознание ясное. Светоощущение отсутствует. Наружные отделы глаз и глазное дно не изменены. Зрачки равны, реакция на свет отчетливая, на конвергенцию сохранена. Объем движений глазных яблок полный. Птоза нет. Нистагма нет. Дрожание век. Корнеальные рефлексы живые. Остальные черепные нервы также в норме. Движения рук не ограничены. Нижняя параплегия. Тонус мышц и координация движений в руках не нарушены. Глубокие рефлексы живые, равномерные, брюшные живые, D=S. Патологических рефлексов нет. Анестезия в ногах с уровня пупартовых связок. Трофических нарушений и тазовых расстройств нет.

Вопросы

1. К какой группе заболеваний относится данная патология?
2. Какие особенности двигательных расстройств?
3. Какие особенности нарушений зрения?
4. Клинический диагноз.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. Лечение и военно-врачебная экспертиза.

26. Майор Д., 30 лет, доставлен в медицинский пункт части с жалобами на интенсивные боли в поясничной области и ногах. Болен вторые сутки. Заболел остро. При попытке толкнуть буксующую машину внезапно ощутил сильную боль в пояснице и ногах, не мог идти. Сутки пролежал дома, применял растирание финалгоном. Ночью из-за болей не спал. Улучшения состояния не наступало, появились расстройства мочеиспускания по типу недержания. Ранее дважды лечился в неврологическом отделении по поводу поясничных болей.

При осмотре: положение вынужденное, коленно-локтевое. Попытка лечь, сесть или встать приводит к усилению болей. Пульс ритмичный, 80 уд. в мин, АД - 140/80 мм рт.ст. Деформаций позвоночника нет. Резко болезненна пальпация паравертебральных точек Гара. Гипотония икроножных мышц, отсутствие ахилловых рефлексов. После инъекций амидопирина больной смог лечь. Стало возможным более подробное обследование: активные движения в стопах ограничены, сила мышц голени снижена до 3 баллов. Резко положительный симптом Ласега с обеих сторон. Анестезия справа в зоне иннервации 3-5 поясничных, 1-3 крестцовых корешков, слева 2-5 поясничных и 1 крестцового корешков. Коленные рефлексы низкие. Недержание мочи.

Вопросы

1. Установите диагноз.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Выберите способ транспортировки больного в лечебное учреждение.
4. В каком отделении госпиталя должен лечиться больной?

27. Член семьи военнослужащего Р., 22 лет, обратилась с жалобами на одышку, кашель, общую слабость. Во время ужина поперхнулась. Со слов мужа последние 2 месяца постоянно жалуется на слабость, по вечерам двоение в глазах, утром самочувствие удовлетворительное. Неделью назад обращалась к врачу участковой больницы, который патологии не выявил. Продолжает работать телефонисткой. Последние дни заметила, что во время разговора быстро устаёт и теряет голос.

При осмотре: больная в сознании, телосложение астеническое, кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Пульс ритмичный, 100 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, АД - 110/70 мм ртс. Дыхание частое, поверхностное, прерываемое слабым, тихим кашлем. Температура тела 36,8 град. Зрачки умеренно расширены. Птоз век, гнусавость голоса. Активные движения конечностей в полном

объеме. Сила скелетной мускулатуры снижена: левая кисть - 3, правая - 4 балла. Сухожильные рефлексы оживлены, но при повторном вызывании снижаются. Патологических рефлексов нет. После инъекции прозерина заметно уменьшилось косоглазие, стал звонче голос, исчезла слабость скелетных мышц.

Вопросы

1. Какой неврологический синдром выявляется у больной?
2. Установите диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования применяются для уточнения диагноза?

**28.** Майор В., 35 лет, доставлен в медицинский пункт части сослуживцами. Жалобы на головокружение, задержку мочи. Больным считает себя с утра. Отмечает нарастание слабости в ногах в течение дня. В настоящее время амбулаторно получает антирабические прививки (10 шт) по поводу укуса собакой.

При осмотре: сознание ясное, встревожен, детально излагает анамнез и жалобы. Пульс 100 уд/мин, тоны сердца чистые, АД - 150/80 мм рт.ст. Дыхание свободное, ритмичное, 18 в мин. Зрачки равномерные, горизонтальный нистагм глазных яблок. Сглажена правая носогубная складка, асимметрия оскала зубов. Умеренно выражен хоботковый рефлекс, симптом Маринеско-Радовичи. Руками двигает в полную силу. Сила мышц дистальных отделов ног 2 балла, мышечный тонус несколько повышен в разгибателях голеней. При выполнении пальце-носовой пробы с обеих сторон замечено интенционное дрожание. Пяточно-коленную пробу выполняет неточно из-за парезов и координаторных расстройств. Нарушений чувствительности нет. Сухожильные рефлексы высокие, клonusы стоп. С обеих сторон на руках вызваны рефлексы Россолимо и Якобсон-Ласка, на стопах - Бабинского, Россолимо, Бехтерева, Жуковского. Задержка мочи.

Вопросы

1. Какой неврологический синдром выявляется?
2. Установите клинический диагноз.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
5. Определите прогноз и проведите военно-врачебную экспертизу.

**29.** Больной У., 60 лет, отец военнослужащего, осмотрен врачом на дому. Со слов сына больного установлено: 7 месяцев назад впервые заметил головные боли, 5 месяцев назад - изменилась походка. В это время лечился амбулаторно по поводу церебрального атеросклероза. Однако состояние ухудшалось и месяц назад у него появилась впервые рвота. В последующем рвота повторялась неоднократно. Присоединилась слабость в правых конечностях. Вчера состояние больного резко ухудшилось, а сегодня потерял сознание.

При осмотре больного в сопорозном состоянии. В контакт не вступает, на уколы реагирует гримасой. Пульс ритмичный, 68 ударов в мин. Тоны сердца приглушены, АД - 140/80 мм рт.ст. Дыхание в элементами периодизации - 22 в мин. Живот мягкий, печень не увеличена, зрачки округлые, левый шире правого, Парусит правая щека. Выражен хоботковый рефлекс. Правые конечности падают как плеть, стопа подвернута кнаружи. Тонус мышц правых конечностей снижен. Сухожильные рефлексы на руках и ногах высокие, справа отмечено преобладание их. Двухсторонний патологический рефлекс Бабинского.

Вопросы

1. Какой неврологический синдром выявляется?
2. Установите диагноз.

3. Окажите неотложную помощь.
4. Определите способ транспортировки больного в лечебное учреждение.

**30.** Рядовой С., 18 лет, атлетического сложения с выраженным мышечным рельефом плечевого пояса, жалуется на затруднения совершения первоначальных движений (сжатие пальцев рук в кулак и их разжатие), приседания, а также сонливость и постоянную потливость. Признаки скованности появились с 15 лет в виде затруднения при совершении быстрых движений, бега, они усиливаются при охлаждении и переедании сладкого.

При обследовании: произвольные движения в полном объеме, но выполняет с затруднением в начале движения. Сильно закрытые глаза открывает с трудом, сжатые кисти в кулак расправляет медленно червеобразными движениями. Глубоко присесть не может - падает, быстро подняться не может. При нанесении ударов молоточком по мышцам - остаются западания - "ровик" или "валик". Глубокие рефлексy сохранены. Чувствительность не нарушена. Акроцианоз и гипергидроз ладоней и стоп.

#### Вопросы

1. Как называются и выявляются указанные симптомы?
2. Назовите синдромы.
3. Назовите основные и дополнительные методы исследования.
4. Что понимают под гениалогическим исследованием?
5. Возможные причины и патогенез поражения?
6. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
7. Принципы терапии. Военно-врачебная экспертиза.

## Перечень практических заданий и/или стандартных действий

1. Оценить когнитивные функции с помощью опросника КШОПС.
2. Провести исследование гнозиса.
3. Провести исследование праксиса.
4. Провести оценку речевой функции с целью выявления афазий, дизартрии.
5. Проверить поля зрения по Дондерсу и с помощью полотенца.
6. Проверить функции глазодвигательных нервов, оценить зрачковые реакции.
7. Провести диагностику функций тройничного нерва.
8. Провести диагностику функций лицевого нерва.
9. Проверить функцию бульбарной группы черепных нервов, оценить нёбный, глоточный рефлекс.
10. Провести орто-клиностатическую пробу.
11. Проверить объём и силу активных движений с оценкой по пятибалльной шкале, наличие гипотрофий и мышечный тонус.
12. Провести пробы на скрытые парезы.
13. Проверить глубокие рефлекс.
14. Проверить брюшные рефлекс.
15. Проверить наличие подошвенного рефлекса, патологических стопных знаков Бабинского, Пуссера, Шеффера, Гордона.
16. Проверить наличие патологических кистевых знаков Бехтерева, Жуковского, Гофмана.
17. Проверить наличие патологических синкинезий.
18. Проверить сохранность болевой и температурной чувствительности.
19. Проверить сохранность суставно-мышечного чувства.
20. Проверить сохранность вибрационной чувствительности.
21. Проверить наличие симптомов натяжения Ласега, Мацкевича, Вассермана.
22. Проверить наличие менингеальных знаков.
23. Дать клиническую трактовку анализа ликвора.
24. Провести координаторные пробы с оценкой наличия статической, динамической мозжечковой, сенситивной атаксий.
25. Провести экспресс-диагностику функций лучевого нерва;
26. Провести экспресс-диагностику функций локтевого нерва.
27. Провести экспресс-диагностику функций срединного нерва.
28. Провести пробу на генерализацию мышечного утомления, пробу на миотонию.
29. Проверить наличие симптомов противодержания, хватательных феноменов.
30. Составить акт об утрате сознания при генерализованном судорожном приступе.

## Перечень основной и дополнительной учебной литературы

№ п/п	Заглавие	Назначение	Автор(ы)	Издательство	Год издания	Электронный адрес
<b>Основная</b>						
1	Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика):	Учебное пособие. 2 изд., перераб. и. доп.	Михайленко А.А.	СПб: ООО «Изд-во ФОЛИАНТ»	2012	
2	Клиническая диагностика в неврологии	Руководство для врачей-неврологов	Одинак М.М., Дыскин Д.Е., Литвиненко И.В.	СПб: Спецлит	2006	
3	Дифференциальная диагностика нервных болезней	Учебное пособие	под ред. Г.А. Акимова	СПб: Гиппократ	2004	
4	Частная неврология	Учебное пособие	Под ред. М.М. Одинака	М.: ООО «Медицинское информационное агентство»	2009	
<b>Дополнительная</b>						
5	Нарушения кровообращения головного мозга: медикаментозная коррекция повреждений сосудистого русла	Монография	Одинак М.М., Вознюк И.А.	СПб: ВМедА	2002	
6	Рассеянный склероз	Монография	Бисага Г.Н.	СПб: АСПЕТ-ПЛЮС	2001	
7	Невропатология контузионно-коммоционных повреждений мирного и военного времени	Монография	Одинак М.М., Корнилов Н.В., Грицанов А.И. с соавт.	СПб.: МОРСАР	2000	