К. А. Степанченко, Т. А. Літовченко, О. Б. Бондар

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ З КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ

Практикум
для лікарів-інтернів, лікарів — дитячих неврологів, неврологів та лікарів загальної практики — сімейної медицини

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківська національний медичний університет

К. А. Степанченко, Т. А. Літовченко, О. Б. Бондар

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ З КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ

Практикум
для лікарів-інтернів, лікарів дитячих неврологів, неврологів та лікарів загальної практики — сімейної медицини

Харків
ХНМУ
2026

УДК 616.8(075.8)
С41

Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 10 від 29.10.2026.

Р е ц е н з е н т и

Стоянов О. М. — д-р мед. наук, проф. (Одеський національний медичний університет).

Міщенко В. М. — д-р мед. наук, проф. (ХНУ ім. В. Н. Каразіна).

Степанченко К. А.

С-41 Ситуаційні задачі з клінічної неврології: практикум для лікарів-інтернів, лікарів — дитячих неврологів, неврологів та лікарів загальної практики — сімейної медицини / К. А. Степанченко, Т. А. Літовченко, О. Б. Бондар. Харків : ХНМУ, 2026. 48 с.

У практикуму надані ситуаційні задачі з метою орієнтування у правильності діагностування, лікування та постановки діагнозу неврологічних порушень, підвищення професійного рівня.

Практикум складено відповідно до робочої та навчальної програм освітньої компоненти «Ситуаційні задачі з клінічної неврології» для лікарів-інтернів, лікарів — дитячих неврологів, неврологів та лікарів загальної практики — сімейної медицини.

УДК 616.8(075.8)

© Харківський національний медичний університет, 2026
© Степанченко К. А., Літовченко Т. А., Бондар О. Б., 2026

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень 3
Вступ 3
Ситуаційні задачі 4
Відповіді на ситуаційні задачі 38
Список рекомендованої літератури 47

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

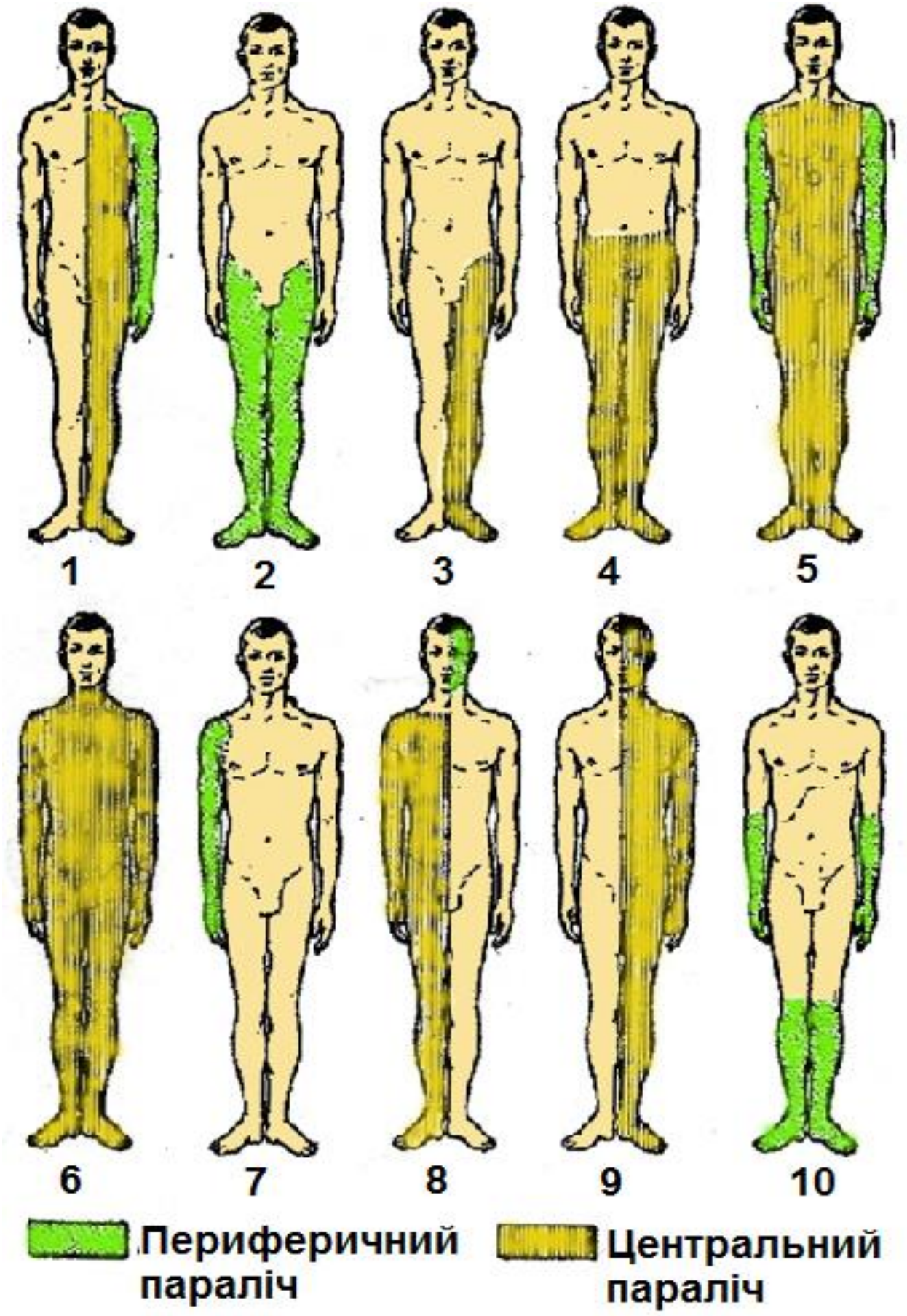
АТ – артеріальний тиск
ВАШ – візуальна аналогова шкала
ЕКГ – електрокардіографія
ЕНМН – електронейроміографія
МАГ – магістральні судини шиї
МРТ – магнітно-резонансна томографія
УЗДГ – ультразвукова доплерографія
ЧДР – частота дихальних рухів
ЧМН – черепно-мозкові нерви

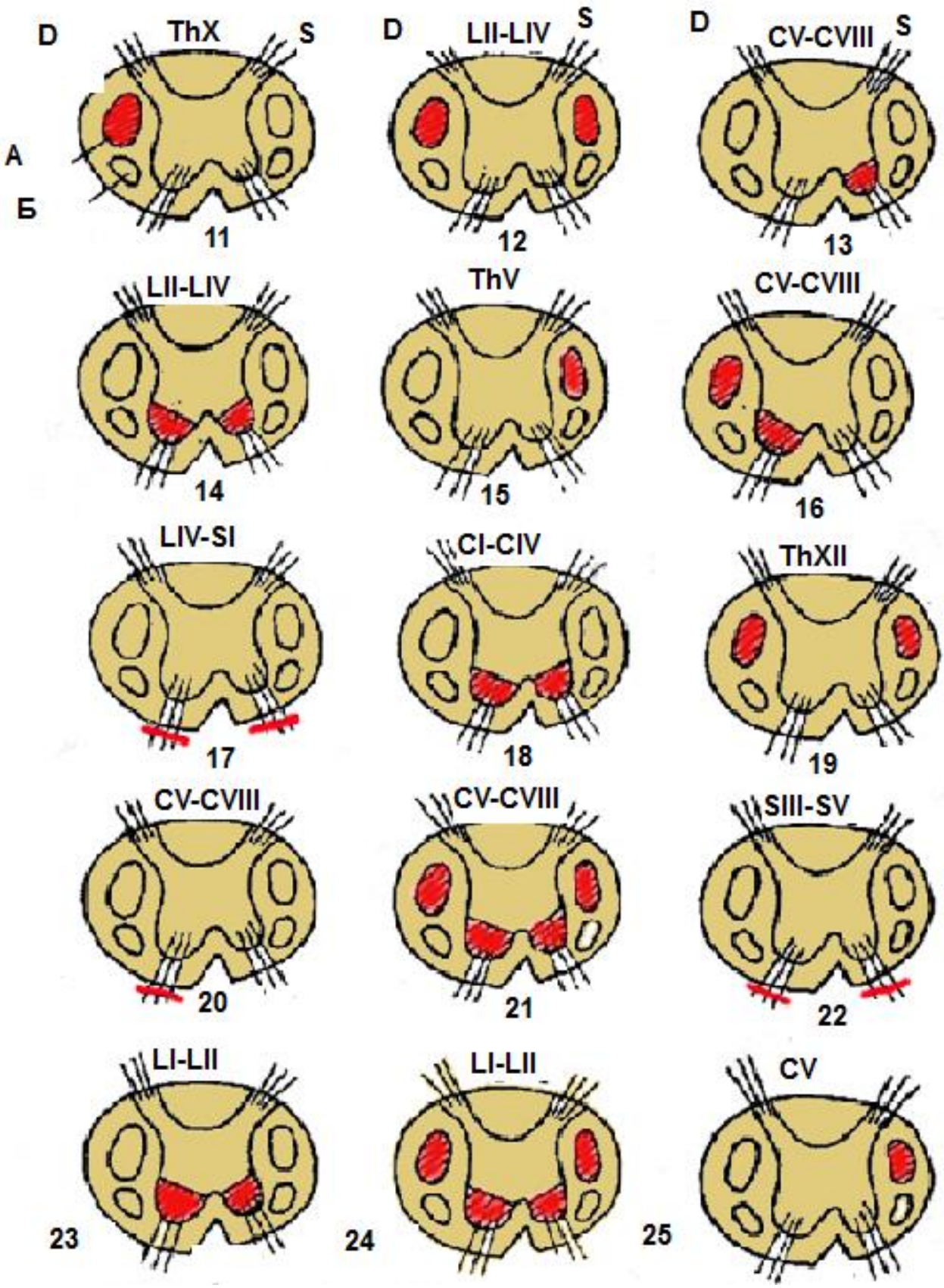
ВСТУП

Авторським колективом кафедри неврології та дитячої неврології створено практикум, який спрямований на закріплення знань щодо ведення пацієнтів з різноманітною неврологічною патологією в практиці лікаря-невролога. Актуальність створення такого практикум з навчальної дисципліни «Неврологія» зумовлена необхідністю навчити майбутніх лікарів-неврологів розпізнавати за зовнішніми ознаками, даними анамнезу, неврологічного огляду поширені захворювання нервової системи, їх ускладнення, які загрожують життю пацієнтів, та знати тактику їх ведення, а також вміти оцінювати значення додаткових методів дослідження. Практикум, створений для проміжного та підсумкового контролю знань слухачів, розроблено згідно з вимогами робочої програми з навчальної дисципліни на основі існуючої бази ситуаційних завдань кафедри і з додаванням нового авторського матеріалу. Видання сприятиме підготовці студентів, інтернів та слухачів циклів підвищення кваліфікації до практичних занять, підсумкового контролю шляхом узагальнення знань з дисципліни «Неврологія».

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1–53. Уважно розгляньте наведені нижче на малюнках порушення. Визначте синдроми уражень та встановіть топічний діагноз.



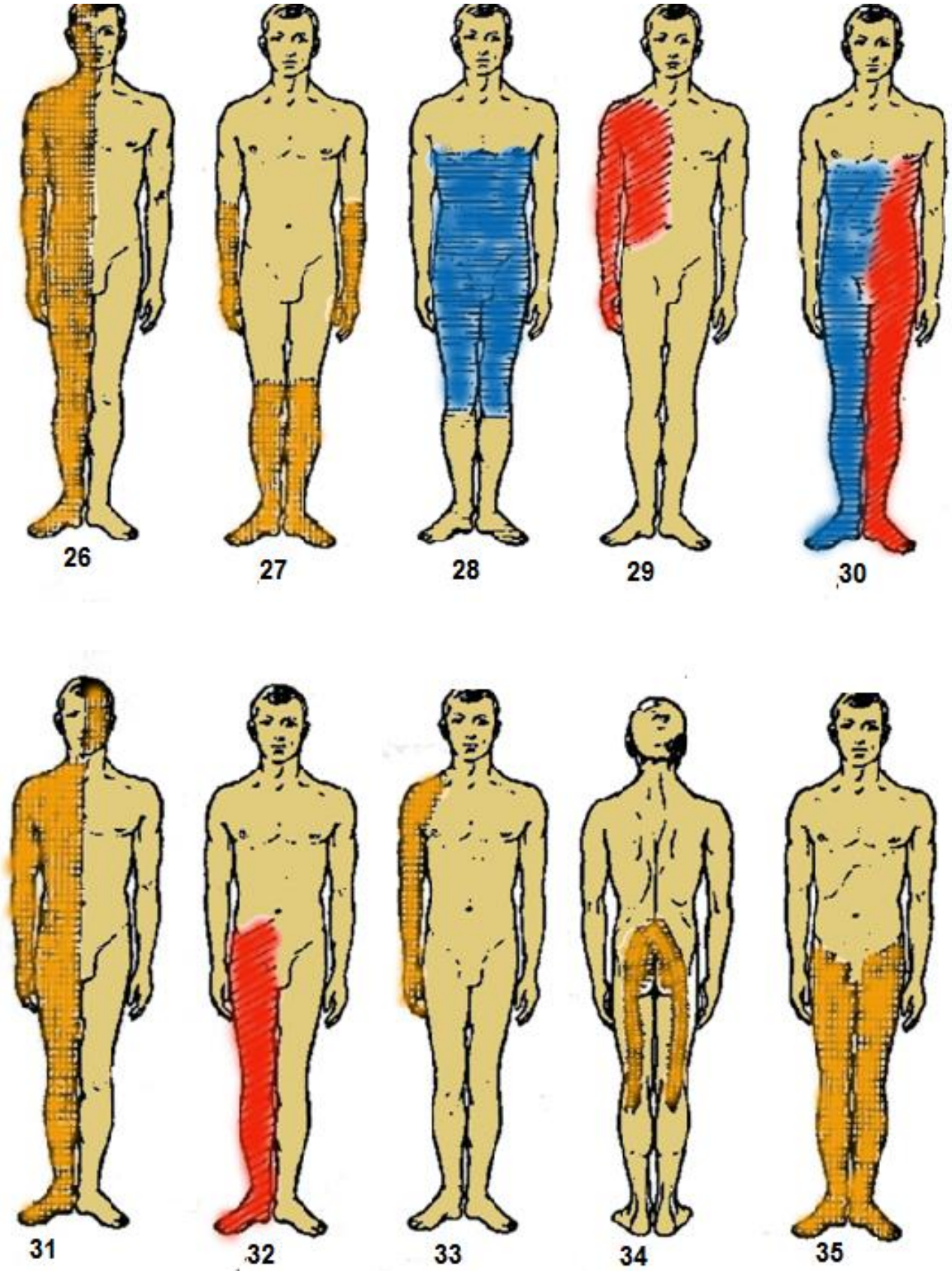


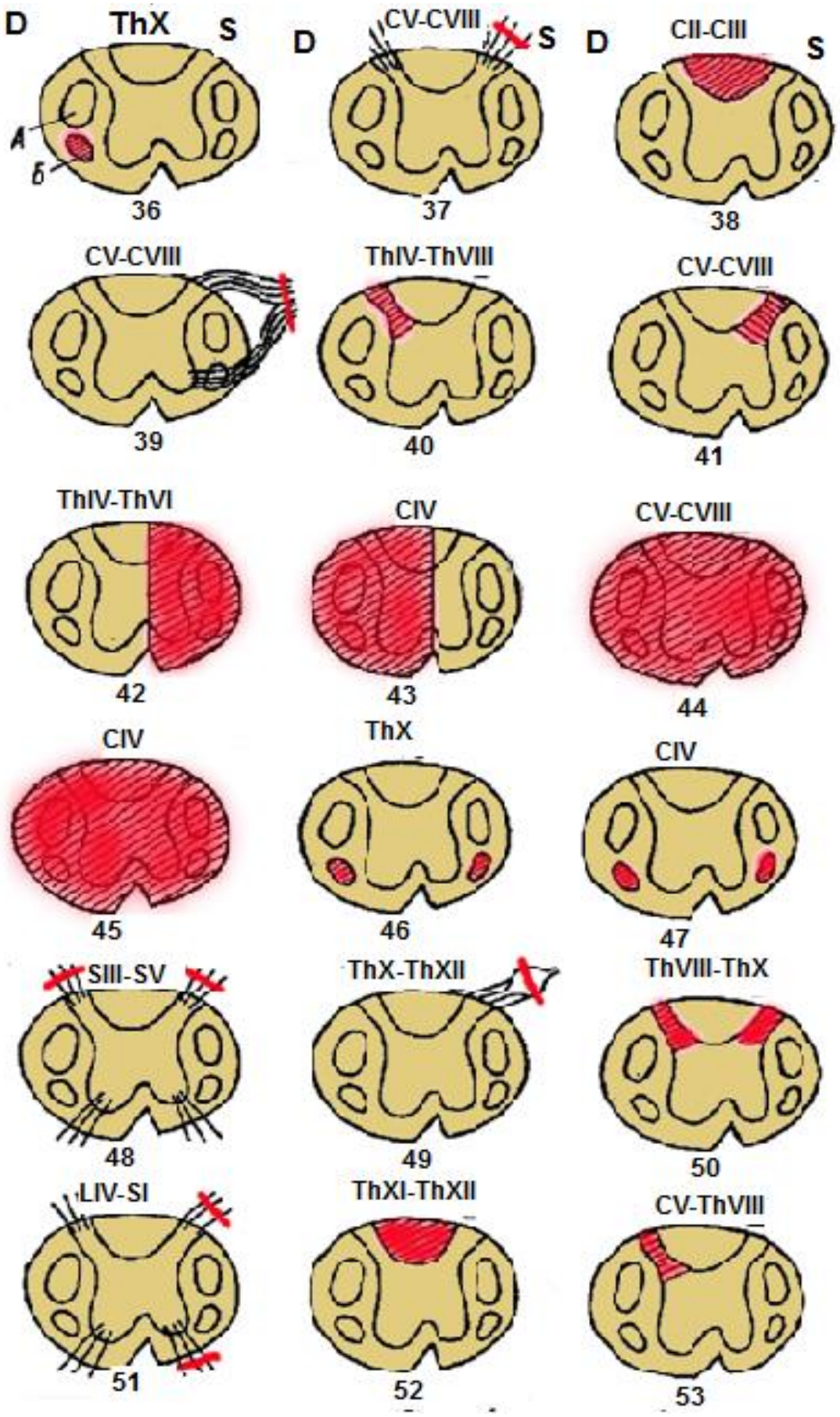
Вогнище ураження речовини спинного мозку

Ураження корінців спинномозкових нервів

А – латеральний пірамідний шлях

Б – латеральний спіно-таламічний шлях


26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
Зниження больової і температурної чутливості
Зниження глибокої чутливості
Зниження всіх видів чутливості



Вогнище ураження речовини спинного мозку

Ураження корінців спинномозкових нервів

А — латеральний пірамідний шлях

Б — латеральний спіно-таламічний шлях

54. У хворого: атрофія м'язів верхніх кінцівок, зниження сухожильних рефлексів, м'язової сили і фібрилярні посмикування в м'язах рук; змінена хода, при ходьбі «тягне» ноги; різке підвищення сухожильних рефлексів на ногах; патологічні рефлекси Бабінського і Оппенгейма з обох сторін.

А. Як називається синдром?

Б. Де розташований патологічний осередок?

55. У пацієнта при детальному неврологічному огляді виявлено ослаблення реакції зіниць на світло при збереженні її на акомодацію і конвергенцію.

А. Як називається синдром?

Б. Для яких захворювань він характерний?

56. У хворого відзначається слабкість у правих кінцівках з обмеженням активних рухів в них, підвищенням м'язового тонусу в згиначах передпліччя і розгиначах гомілки, підвищенням сухожильних рефлексів на руці і нозі і наявність рефлексів Бабінського і Оппенгейма справа в поєднанні із центральним парезом правого лицьового і під'язикового нервів.

А. Як називається руховий синдром?

Б. Де розташований патологічний осередок?

57. У хворого праве очне яблуко повернуто до носа, двоїння предметів при погляді вправо.

А. Як називаються ці симптоми?

Б. Що уражено?

58. У хворого відзначається слабкість у всіх кінцівках, утруднена хода і самообслуговування. При огляді виявляється обмеження активних рухів у верхніх і нижніх кінцівках, підвищення в них м'язового тонусу і сухожильних рефлексів, патологічні рефлекси на кистях і стопах. Функції черепних нервів не порушені.

А. Як називається синдром рухових розладів?

Б. Де розташований патологічний осередок?

59. Хворий скаржиться на оніміння крила носа справа. При дослідженні больової чутливості у нього відзначається гіпестезія медіальної зони Зельдера справа.

Що уражено?

60. У хворого відзначається слабкість в дистальних відділах кінцівок. При ходьбі став чіплятися носками за підлогу, через що змушений високо піднімати ноги, хода «півняча» (steppage). Повислі кисті і стопи, з'явилася атрофія м'язів, арефлексія сухожильних і періостальних рефлексів, зниження м'язового тонусу, біль в кінцівках, гіпестезія в дистальних відділах кінцівок за типом «рукавичок» і «шкарпеток».

А. Як називається руховий синдром?

Б. Де розташований патологічний осередок?

61. У хворого випадіння верхніх правих квадрантів полів зору, зорові галюцинації у вигляді фотопсій.

А. Що уражено?

Б. При яких захворюваннях спостерігається дана патологія?

62. У хворого відзначається правобічний центральний геміпарез з підвищенням сухожильних рефлексів, м'язового тонусу і патологічним рефлексом Бабінського, а зліва птоз верхньої повіки, мідріаз і розбіжна косоокість.

А. Як називається руховий синдром?

Б. Де розташований патологічний осередок?

63. У хворого визначаються порушення мови у вигляді «салату зі слів», поганого розуміння зверненої мови, невиконання інструкцій через нерозуміння. У той же час звичні словосполучення (наприклад, власні прізвище, ім'я, по батькові) промовляє без труднощів і правильно. У промові багато не існуючих у природі слів.

А. Як називається синдром?

Б. Де вогнище ураження?

64. Хворий скаржиться на судомні напади, які починаються з посмикування лівої стопи з розповсюдженням на гомілку, стегно, а потім на плече, передпліччя і кисть, свідомість не втрачається.

А. Як називається синдром?

Б. Де розташований патологічний осередок?

65. Хворий скаржиться на двоїння при погляді вліво. При огляді ліве око повернуте до носа, відзначається недоведення лівого ока назовні.

А. Як називаються ці симптоми?

Б. Що уражено?

66. Хворий скаржиться на слабкість в ногах, труднощі при ходьбі. При огляді виявляється зниження сили в ногах, підвищення м'язового тонусу за спастичним типом і патологічні рефлекси Бабінського з обох сторін. Відсутність нижніх і середніх черевних рефлексів, затримка сечовипускання.

А. Як називається руховий синдром?

Б. Які структури уражені?

67. У хворого прогресує зміна поведінки: став млявим, безініціативним, байдужим. На запитання відповідає коротко, беземоційно. При дослідженні неврологічного статусу визначаються: аносмія справа, рефлекси орального автоматизму, хапальні рефлекси.

Де вогнище ураження?

68. У хворого визначається зниження сили в руках, зниження сухожильних рефлексів і м'язового тонусу, фібрилярні та фасцикулярні посмикування м'язів плечового пояса, рухи ніг не порушені.

А. Як називається руховий синдром?

Б. Які структури уражені?

69. Хвора протягом останнього місяця мала скарги на настирливий запах «горілого, чогось пригорілого». Звернулася до лікаря після вперше в житті зареєстрованого нападу втрати свідомості з прикусом язика, тонічними і клонічними судомами.

А. Як називається синдром?

Б. Де вогнище ураження?

70. У хворого порушено м'язово-суглобове відчуття в пальцях стоп, гомілково-стопних, колінних, тазостегнових суглобах, відсутня тактильна чутливість донизу від пупка.

Які структури і на якому рівні уражені?

71. Спинномозкова рідина безбарвна, прозора, витікає під тиском 150 мм вод. ст., реакція Панді +, білок 0,32 г/л, цитоз 3×10^6/л.

Оцініть параметри рідини?

72. Нападоподібне відчуття оніміння і «повзання мурашок» в ділянці лівої стопи, що поширюється потім на ліву гомілку, стегно і всю половину тіла, свідомість не втрачається.

А. Де вогнище ураження?

Б. Як називається цей синдром?

73. Спинномозкова рідина ксантохромна, витікає під тиском 270 мм вод. ст., реакція Панді +++, білок 1,67 г/л, еритроцити свіжі і вилужені, покривають все поле зору.

Чим зумовлені зміни рідини — крововиливом в підпавутинний простір або випадковим потраплянням крові в рідину під час люмбальної пункції?

74. У трьох хворих відзначається нижня спастична параплегія з провідниковою гіпоалгезією: у першого хворого — нижче соскової лінії, у другого — нижче пупка, у третього — нижче рівня пахової складки.

Потрібно визначити:

А. Рівні ураження.

Б. Які провідні шляхи постраждали.

75. У хворого двоїння при погляді вниз, обмеження руху правого очного яблука вниз і назовні.

Що уражено?

76. У хворого лівобічна геміанестезія, сенситивна геміатаксія, геміанопсія і сильні болі в лівих кінцівках, що не зменшуються анальгетиками.

Що уражено?

77. Спинномозкова рідина безбарвна, прозора, тиск 250 мм вод. ст., реакція Панді +++, білок 0,96 г/л, цитоз 786 × 10^6/л внаслідок дії лімфоцитів.

А. Як називається синдром?

Б. Для яких захворювань характерні подібні зміни рідини?

78. У хворого лівостороння геміплегія, геміанестезія і геміанопсія.

Що уражено?

79. Після операції з приводу видалення пухлини потиличної частки у хворого на тривалий час зникла можливість впізнавання предметів при зоровому пред'явленні: так, наприклад, зображення окулярів хворий трактує як велосипед: кільце, ще кільце та перекладина.

А. Як називається синдром?

Б. Де вогнище ураження?

80. У хворого відсутня больова і температурна чутливість праворуч від соска до пупка, а тактильна збережена.

А. Як називається тип розладу чутливості?

Б. Що уражено?

81. Хворий не впізнає предмети при обмацуванні правою рукою із закритими очима, водночас описує їх окремі властивості, тому що чутливість у правій руці не порушена.

А. Який симптом?

Б. Де локалізується патологічний осередок?

82. Після ножового поранення в ділянці правої лопатки у хворого розвинувся спастичний параліч правої ноги, аналгезія зліва донизу від пупка і порушення суглобово-м'язового відчуття в правій нозі.

А. Назвіть синдром.

Б. Що уражено?

83. Хворий в ейфорії, не оцінює свого стану, «дурашний», пам'ять ослаблена, схильний до плоских жартів, неохайний, позбавлений самоконтролю. Виявляються рефлекси орального автоматизму, хапальні рефлекси.

Де патологічний осередок?

84. Справа: периферичний парез правого лицевого нерва, шум у вусі, зниження слуху, біль і гіпестезія цієї половини обличчя, дисметрія при пальце-носовій та п'ятково-колінній пробах; при ходьбі відзначаються тенденція до падіння вправо, горизонтальний ністагм.

Вкажіть локалізацію процесу?

85. У дитини відзначаються швидкі, несподівані, розмашисті рухи, що здійснюються без напруги і позбавлені стереотипності. У них беруть участь м'язи обличчя і кінцівок. М'язовий тонус знижений.

А. Як називається гіперкінез?

Б. Структури якої системи пошкоджені?

86. У хворого не закривається ліве око, опущений лівий кут рота, на цій же стороні відсутні скорочення м'язів чола, брови, щоки, кута рота.

А. Визначте характер ураження.

Б. Що уражено?

87. У хворого відсутні паралічі і парези, але рухи його утруднені, виконуються в повільному темпі, відрізняються вираженою бідністю.

А. Як називається такий тип порушення рухів?

Б. Які структури пошкоджені?

88. У хворого — дисфагія, дисфонія, дизартрія, обмеження рухів язика при відсутності атрофії його м'язів. Глотковий рефлекс посилений. Викликаються рефлекси орального автоматизму і насильницький плач.

А. Назвіть синдром.

Б. Де вогнище ураження?

89. У хворого з'явилася хиткість при ходьбі, скандована мова, горизонтальний ністагм, зниження м'язового тонусу у всіх кінцівках, інтенційне тремтіння при пальце-носовій і п'ятково-колінній пробах.

А. Як називається синдром?

Б. Де розташований осередок?

90. Мова з носовим відтінком, давиться при ковтанні, м'яке піднебіння при фонації нерухоме, глотковий рефлекс відсутній, атрофія і фібриляції м'язів язика з обох сторін.

А. Назвіть синдром.

Б. Де локалізація патологічного вогнища?

91. Хворого при ходьбі хитає вправо, під час їжі тремтить права рука, змінився почерк. При огляді: у правих кінцівках знижений м'язовий тонус, адіадохокінез і гіперметрія в правій кисті, інтенційне тремтіння при виконанні пальце-носової і п'ятково-колінної проб.

А. Як називається синдром?

Б. Де вогнище ураження?

92. У хворого відзначається сильний нападоподібний біль у вигляді відчуття «електричного струму» в зоні верхньої щелепи праворуч і верхніх зубів. Біль провокується жуванням, умиванням і просто дотиком. Чутливість на обличчі збережена.

А. Назвіть синдром.

Б. Що уражено?

93. Хворого при ходьбі хитає в різні боки, ще більше утруднюється хода під час сутінок та світанку. В пробі Ромберга хиткість при заплющених очах. Порушене суглобово-м'язове відчуття.

А. Який синдром?

Б. При ураженні яких нервових структур він спостерігається?

94. Правобічний лагофтальм, симптом Белла, з цього ж боку відсутні скорочення м'язів обличчя (брови, чола, щоки, кута рота).

А. Визначте характер паралічу м'язів обличчя.

Б. Вкажіть, що уражено.

95. У хворого змінилася хода (стало тягнути вперед), скутість у всьому тілі, стало важко міняти позу, розпочати рух або зупинитися. З'явився невеликий тремор спокою в пальцях рук. При огляді: парезів кінцівок немає. М'язовий тонус підвищений за типом «зубчастого колеса».

А. Як називається синдром?

Б. Де розташувався вогнище?

96. У хворого праворуч відзначається неможливість заплющити око, підняти брову, відставання кута рота при посмішці. Зліва — центральна геміплегія.

А. Назвіть синдром?

Б. При ураженні яких структур він спостерігається?

97. У хворого відзначаються ритмічні коливання пальців рук, що викликають їх зміщення на кілька міліметрів.

Як називається гіперкінез?

98. У хворого атрофія і фібрилярні посмикування м'язів лівої половини язика. Язик при висовуванні відхиляється вліво. Справа — спастичний геміпарез.

А. Назвіть синдром.

Б. Де локалізація вогнища ураження?

99. У хворого є різкі кидкові, великоамплітудні рухи у проксимальних відділах правої руки і правої ноги, з обертальним компонентом.

Як називається гіперкінез?

100. Загальний судомний напад у хворого починається з повороту голови і очей вправо.

Яка локалізація патологічного вогнища?

101. У хворого мимовільні, короткочасні, повторювані, стереотипні, неритмічні рухи, що залучають м'язи обличчя.

Як називається гіперкінез?

102. У хворого в неврологічному статусі визначається праворуч птоз верхньої повіки, мідріаз, розбіжна косоокість, відсутність рухів очного яблука вгору, вниз, досередини.

Що уражено?

103. У хворого практично повністю відсутня мова. Інструкції розуміє і виконує. На всі питання відповідає словосполученням: «Так-так-так».

А. Як називається синдром?

Б. Де вогнище ураження?

104. За кілька секунд до початку генералізованого судомного нападу у хворого виникає відчуття райдужних кілець перед очима, предмети втрачають свої контури і колір.

А. Як називаються ці порушення?

Б. Де локалізується патологічний осередок?

105. У пацієнта біль у правій половині обличчя, гіпоалгезія шкіри в цій ділянці, герпетичні висипання на шкірі чола, виличної дуги.

Що уражено?

106. У хворого відзначаються періодичні судомні напади, що починаються з клонічних судом у лівій нозі, які потім охоплюють ліву руку і половину обличчя.

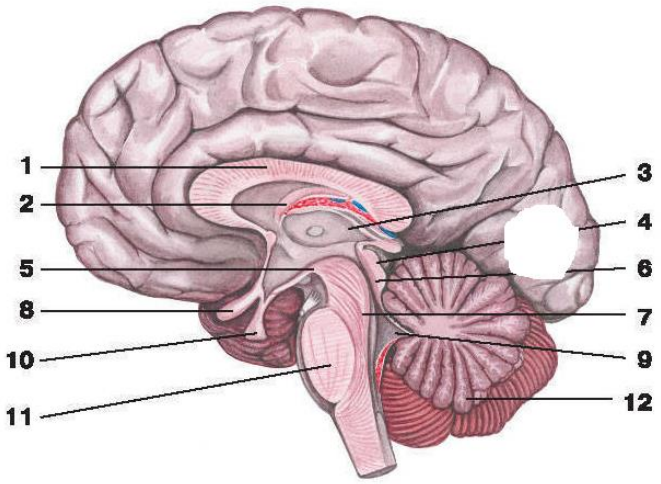
А. Як називаються такі напади?

Б. Де знаходиться патологічне вогнище?

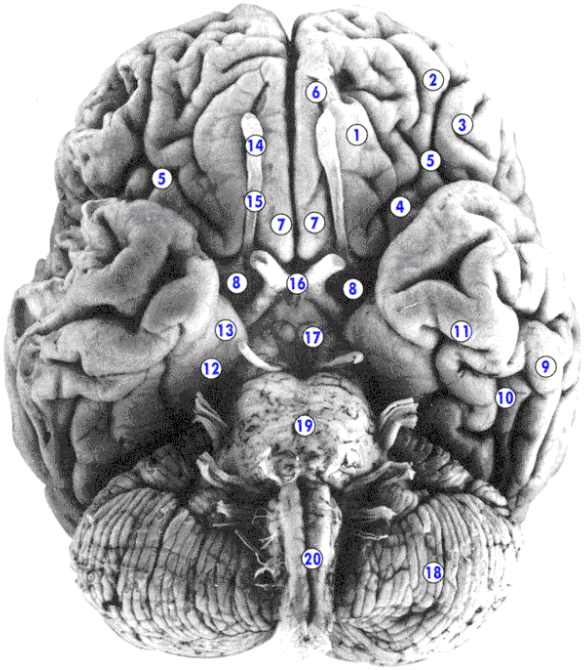
107. У хворого виявлена аносмія справа. Слизова оболонка носа не уражена.

Що уражено?

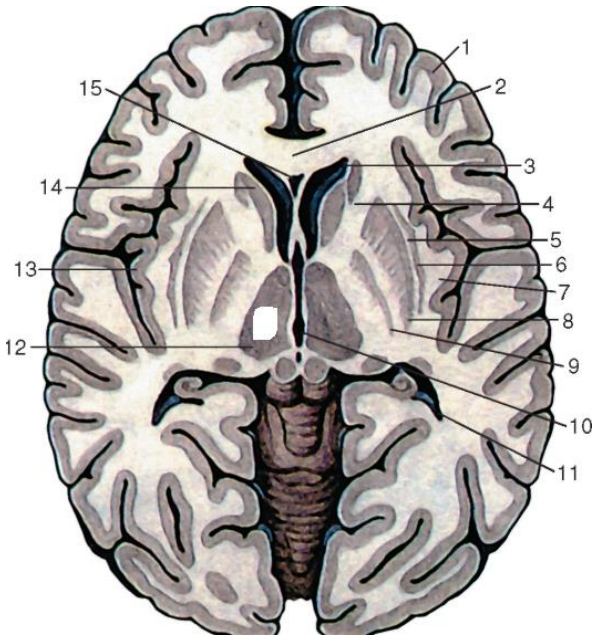
108. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



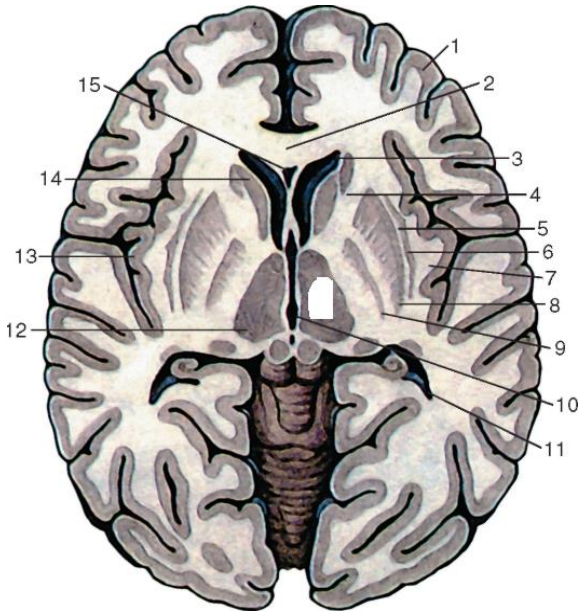
109. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при пухлині, що розташована в місці 16?



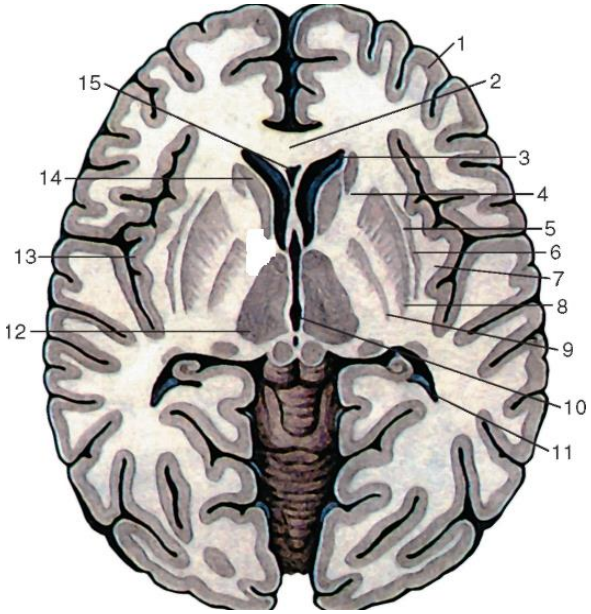
110. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



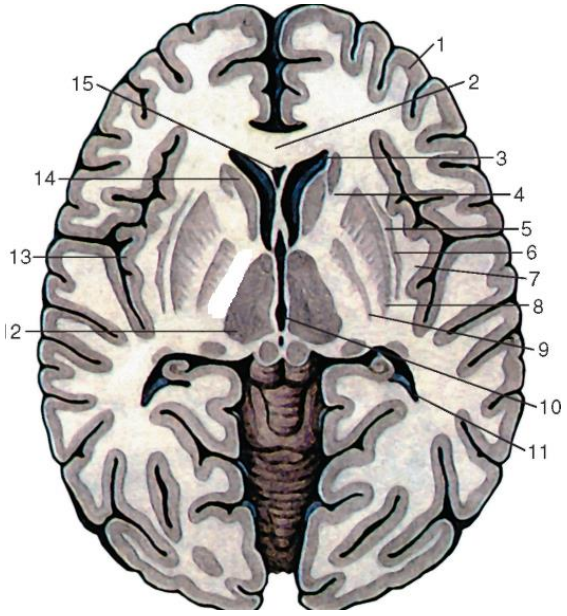
111. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



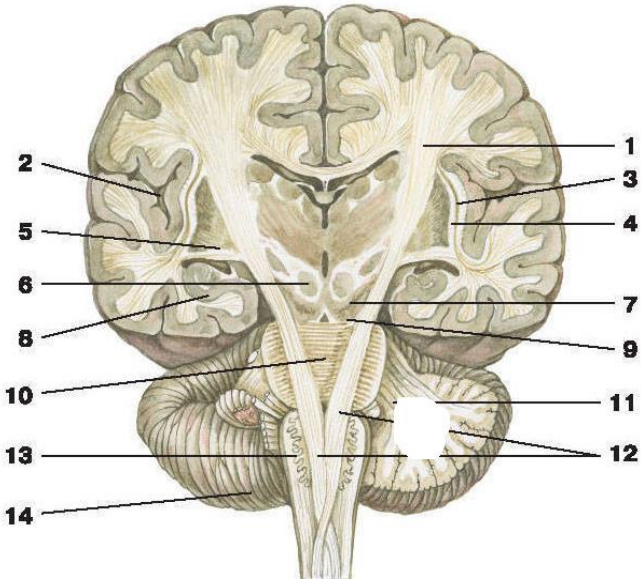
112. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



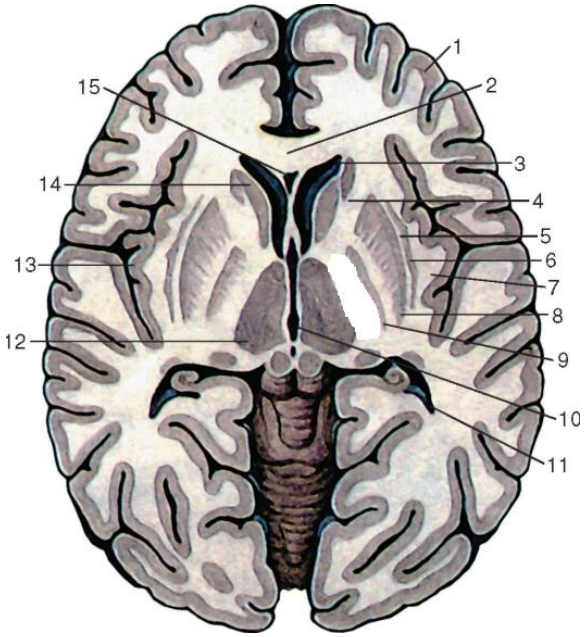
113. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



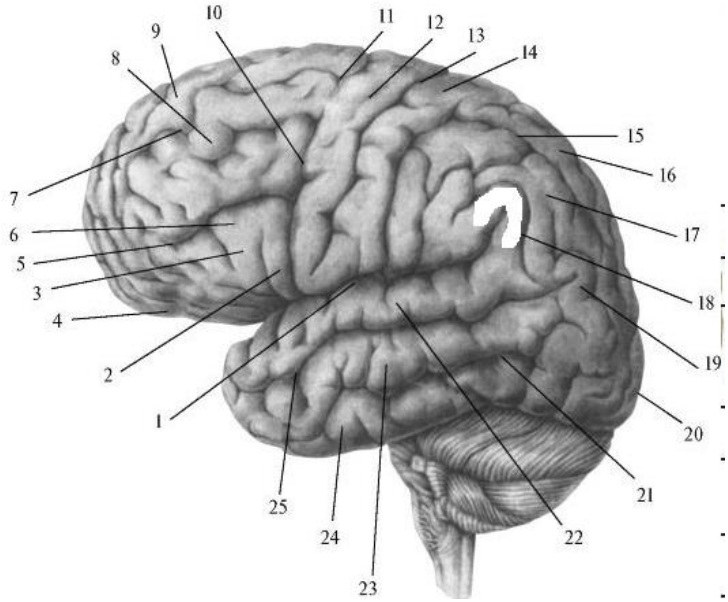
114. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



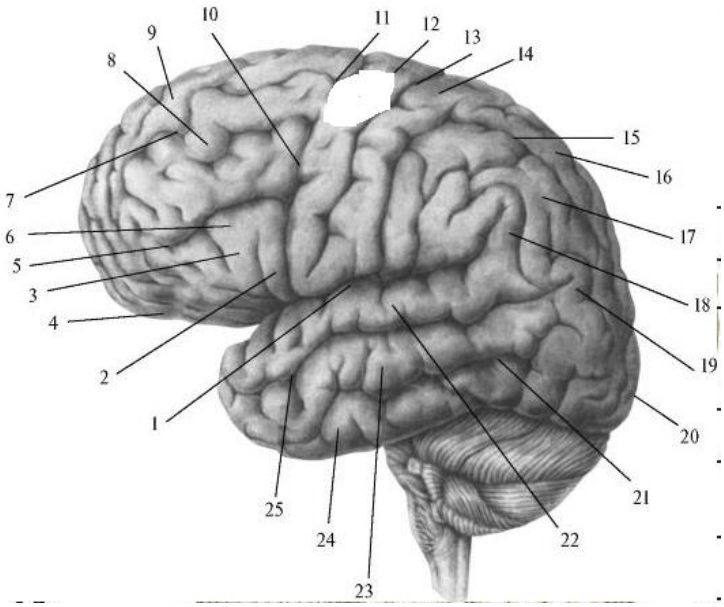
115. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



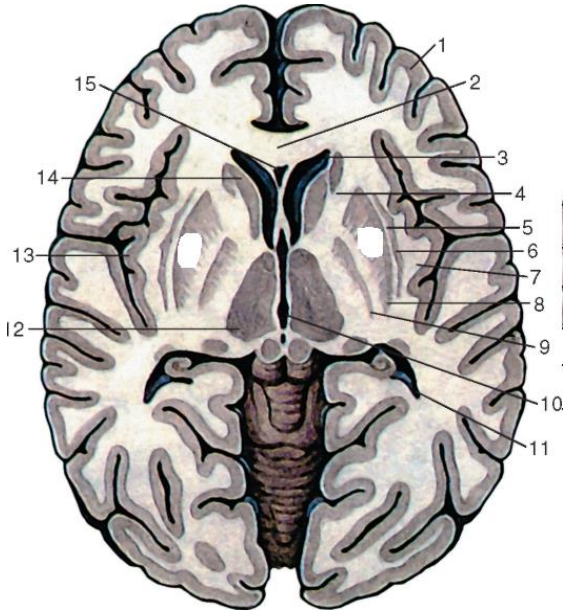
116. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



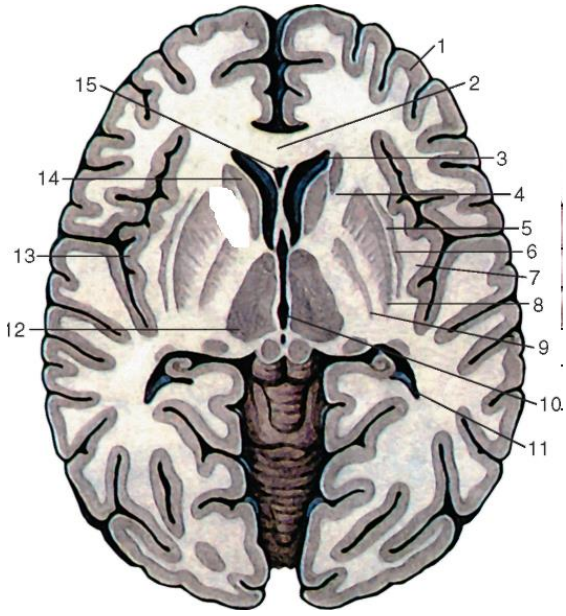
117. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



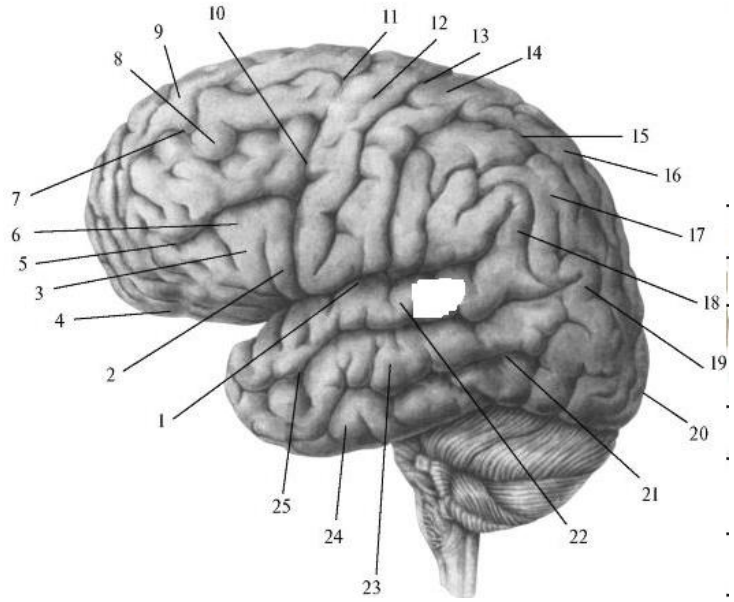
118. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



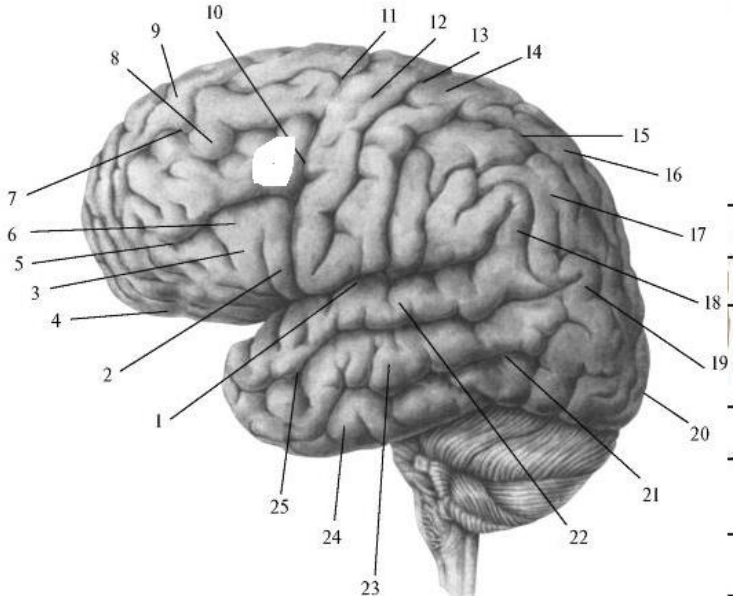
119. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



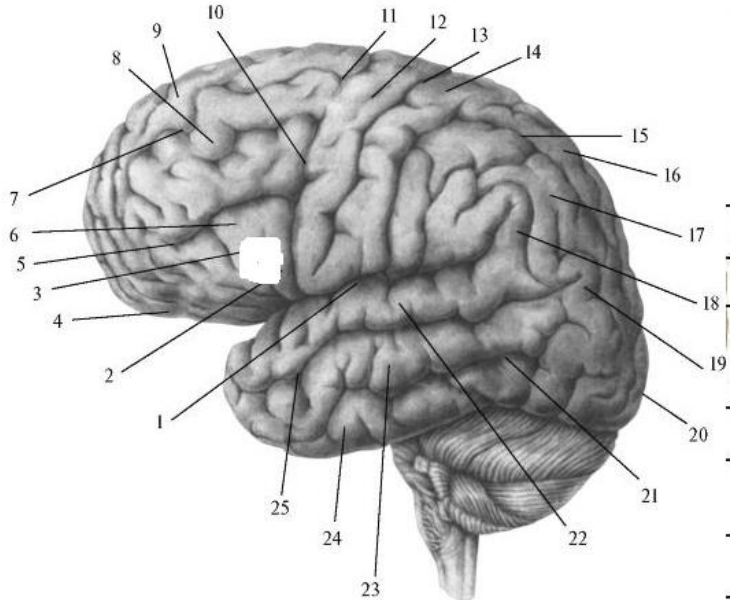
120. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



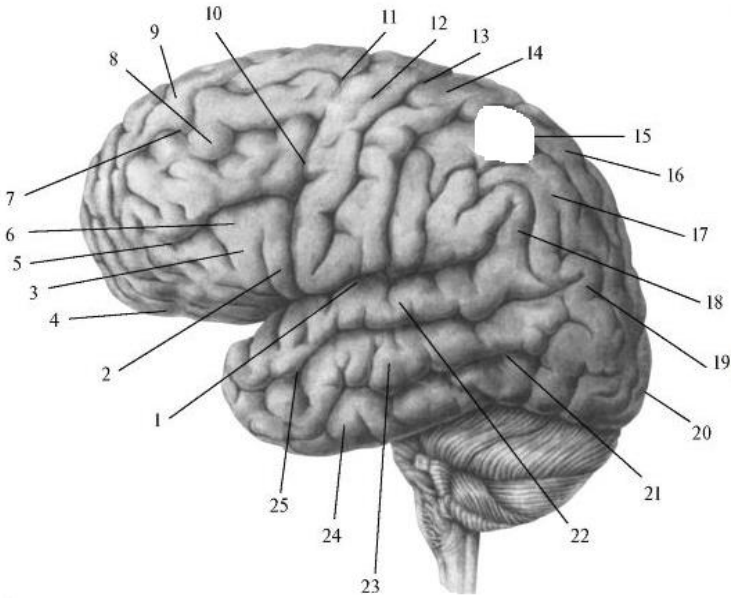
121. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



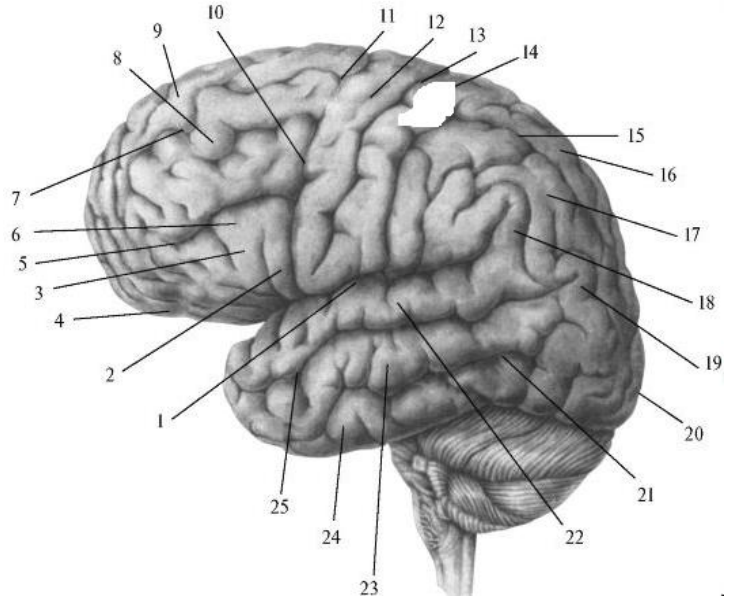
122. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



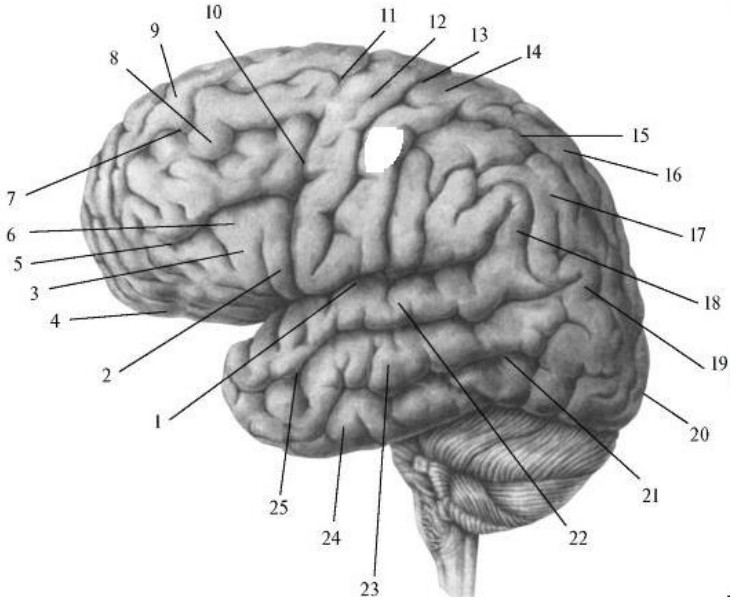
123. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі подразнення?



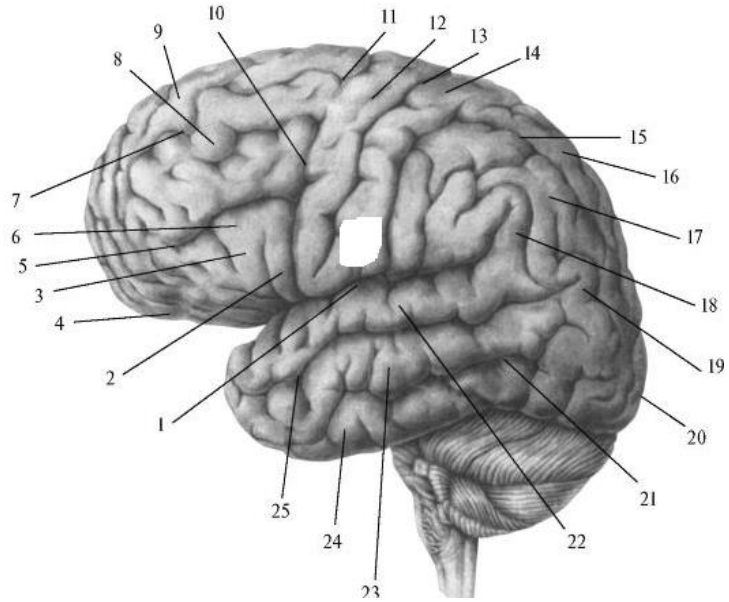
124. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі подразнення?



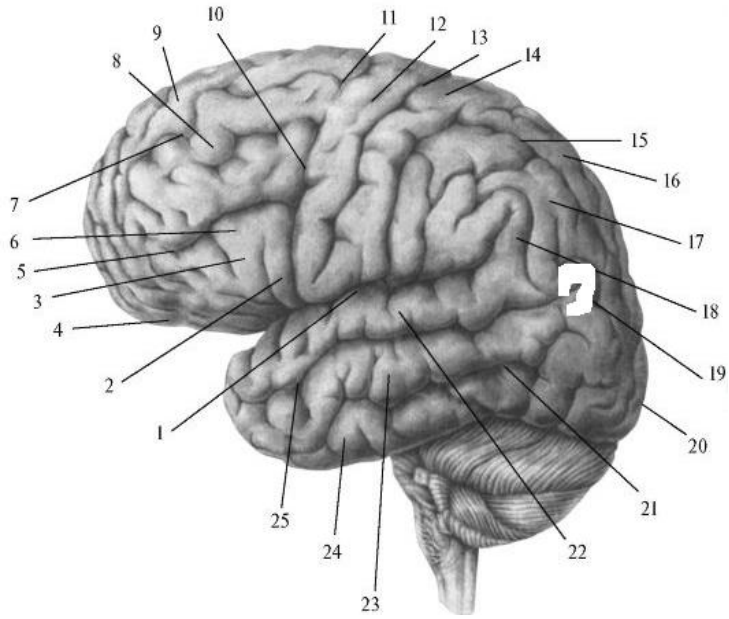
125. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі подразнення?



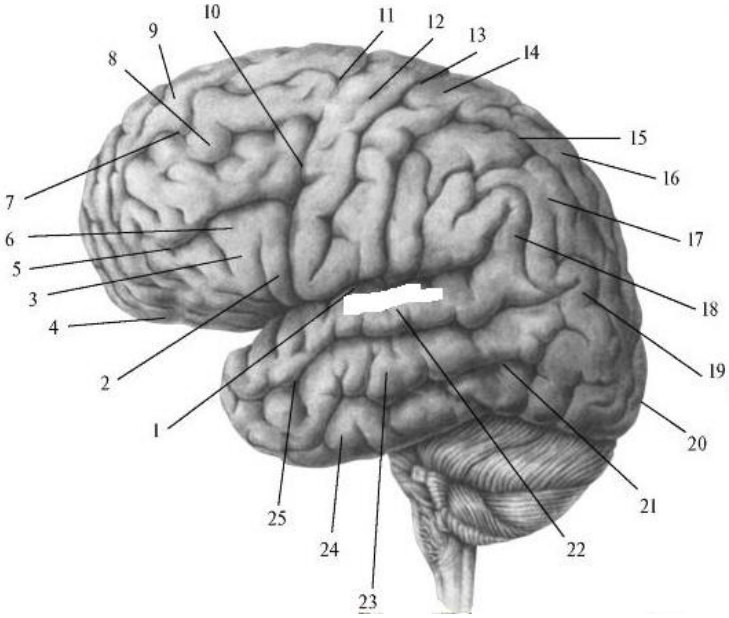
126. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі подразнення?



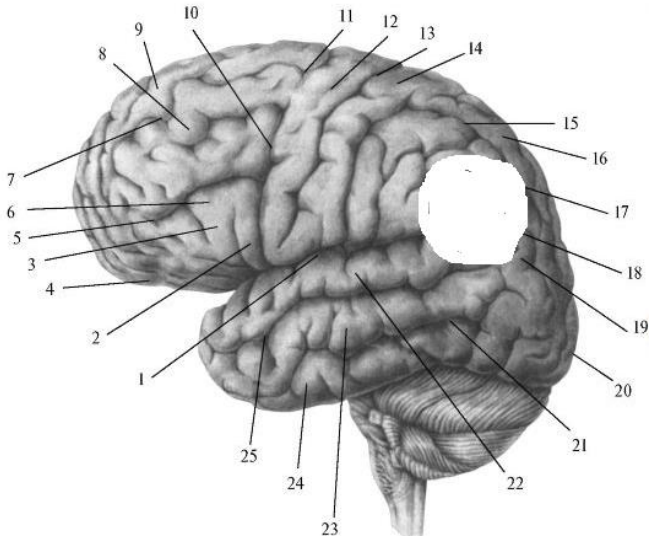
127. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі випадіння?



128. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі подразнення?



129. Яка структура уражена? Які симптоми виявляються при синдромі подразнення?



130. Хворий Г., слюсар. При підійманні важкого раптом виник різкий, сильний головний біль, наче «удар у голову», багаторазове блювання, короткочасна втрата свідомості, біль у спині і міжлопатковій ділянці, шум у вухах. Потім з'явилась блювота. Втратив свідомість на декілька хвилин. Об'єктивно: АТ — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 уд/хв, ритмічний, напружений. Температура — 37,8 °С. Хворий неспокійний, психомоторне збудження, не зовсім орієнтується в місці і часі, ейфорійний, намагається встати з ліжка, не реагуючи на зауваження. Загальна гіперестезія. Виявляється виражена ригідність м’язів потилиці, симптоми Керніга, Брудзинського. Парезів кінцівок немає.

Що трапилось з хворим?

131. Хвора П., 68 років, вранці, після сну, відчула заніміння і слабкість правої ноги, а потім правої руки. Хвора вказала, що напередодні відчувала на декілька хвилин заніміння у правій нозі. Захворюванню передували головний біль, швидка втома, підвищена дратівливість. Об'єктивно АТ — 110/60 мм рт. ст., пульс ритмічний, 80 за 1'хв. Згладжена права носо-губна складка, висунутий язик відхиляється вправо. Активні рухи правої кінцівки відсутні, тонус м'язів підвищений у згиначах у правій руці і в розгиначах у правій нозі. Сухожильні й окісні рефлекси справа вище, ніж зліва. Рефлекси Бабінського й Оппенгейма справа. Правобічна геміанестезія.

Що трапилось з хворою?

132. Хвора Н., 57 років. Удень раптово після емоційного напруження не встпіла втриматись за стіл і впала. Швидко розвинулась правобічна геміплегія, відбулася втрата чутливості на правому боці тіла. Хвора все розуміє, але сама говорити не може. Обличчя хворої бліде, пульс — 95–110 уд/хв, слабкого наповнення, аритмічний, температура тіла — 36,7 °С, АТ — 130/85 мм рт. ст.

Що трапилось з хворою?

133. У хворої К. (20 років) після перебування на сонці почався інтенсивний, пульсуючий головний біль у правій лобно-скроневій ділянці, який потім розповсюдився на праву половину голови, супроводжуючись нудотою та дворазовим блюванням. Під час болю хвора відчуває підвищену чутливість до світла та звуків. Хвора вказує, що подібні напади головного болю її турбують з 15 років і часто провокуються вживанням в їжу шоколаду та червоного вина. Об'єктивно: пульс — 72 уд/хв, ритмічний, задовільних характеристик, АТ — 125/75 мм рт. ст. Відмічається болючість при відведенні очних яблук у сторони. Рухових, чутливих та координаторних порушень не виявлено.

Що трапилось з хворою?

134. У хворого 43 років після невдалого руху з'явився різкий біль в попереку з іррадіацією в праву ногу. АТ — 125/85 мм рт. ст., пульс — 77 уд/хв, ритмічний, задовільних характеристик, температура — 36,7 °С. Хворий лікується в стаціонарі з приводу шийно-грудного остеохондрозу. При обстеженні — зниження ахілова рефлексу справа, зниження больової чутливості на зовнішній поверхні стопи.

Що трапилось з хворим?

135. Хворий Р., 25 років, раптово втрачає свідомість, падає вниз головою, скрикнувши голосно, руки й ноги витягуються, голова відкидається назад, шкіра обличчя спочатку блідне, а потім синіє, зіниці розширені, не реагують на світло, на больові подразники реакції немає, через 25 с спостерігається поперемінне скорочення м'язів-згиначів, м'язів-розгиначів кінцівок, шиї, м'язів, обличчя, очних яблук, дихання хрипке, АТ — 140/90 мм рт. ст., пульс 90 уд/хв, ритмічний, з порожнини рота виділяється піна, забарвлена кров'ю.

Що трапилось з хворим?

136. Хвора Л., яка знаходилася в стаціонарі з діагнозом пухлина скроневої долі, вранці почала скаржитися на сильний головний біль, запаморочення, «туман» перед очима, загальмованість. Об'єктивно: пульс — 54 уд/хв, напружений, АТ — 160/90 мм рт. ст. Хвора дуже повільно виконує інструкції та коротко відповідає на запитання, швидко виснажується. Спостерігається багаторазове блювання без полегшення.

Що трапилось з хворою?

137. У хворої Ш. (28 років), яка лікується з приводу травматичної енцефалопатії із синдромом ВСД, раптово виникло відчуття зомління, холоду, нестачі повітря, біль у серці, серцебиття, смертельне збентеження. Об'єктивно: АТ — 165/95 мм рт. ст., пульс — 96 уд/хв, ЧДР — 21 за хвилину, температура — 36,9 °С. Спостерігається тремтіння кінцівок та голови хворої, начебто її морозить.

Що трапилось з хворою?

138. Хвора К. 32 років, яка лікується у стаціонарі з приводу хронічного цереброального арахноїдиту, відчула завмирання серця, жар, приливи до голови, стиснення у грудях. З'явилась задишка, запаморочення, посилення перистальтики, позивів на дефекацію. Об'єктивно: АТ — 100/65 мм рт. ст., пульс — 56 уд/хв, слабкого наповнення. Спостерігається почервоніння, вологість шкіри.

Що трапилось з хворою?

139. Хвора О., 44 років, прибираючи своє ліжко, поранила палець, з якого почала витікати кров. У хворої виникло запаморочення, потемніння перед очима, шум у вухах, нудота, ватяність рук та ніг. Раптом хвора впала і знепритомніла. Відмічається блідість обличчя, підвищене потовиділення, АТ — 95/70 мм рт. ст., пульс – 92 уд/хв, слабкий, зниження м'язового тонусу.

Що трапилось з хворим?

140. Хворий Ц., 41 року, госпіталізований з приводу токсико-дисметаболічної полінейропатії, зловживає алкоголем. На другу добу перебування в стаціонарі став збентеженим, боязливим, погано орієнтується в місці і часі, говорить, що відчуває волосся на язику. Намагається встати з ліжка і йти, пояснюючи це тим, що за ним гоняться чорти. Об'єктивно: АТ — 155/90 мм рт. ст., пульс — 96 уд/хв, температура — 37,4 °С, підвищена загальна пітливість, блідість шкіри, м'язова гіпотонія.

Що трапилось з хворим?

141. Хвора З., 44 років, після різкого повороту голови відчула гострий нападоподібний біль у глибині шиї, який віддавав в потилицю, лопатку, підсилювався при кашлі. Об'єктивно: АТ — 125/80 мм рт. ст., пульс — 80 уд/хв. Спостерігається вимушене положення голови. Обмеження рухів у шийному відділі хребта, сплощення шийного лордозу. Хвора намагається тримати голову нерухомо. З'являється біль при натискуванні на ділянку остистих відростків і паравертебральних точок шийного відділу. Хвора лікується з приводу попереково-крижового остеохондрозу.

Що трапилось з хворим?

142. Хворий Х., 70 років, знайдений у палаті лежачим на підлозі. Він знаходиться у стаціонарі з приводу дисциркуляторної гіпертонічної та атеросклеротичної енцефалопатії. Об'єктивно: АТ — 240/140 мм рт. ст., пульс — 110 уд/хв, напружений, ритмічний, ЧДР — 14 за 1 хв, дихання глибоке, хрипле, обличчя синюшно-багрове. На уколи хворий не реагує. Зіниці розширені і мляво реагують на світло. Голова та очі хворого повернуті вправо, кореальні рефлекси знижені. Опущений лівий кут рота, ліва щока надувається. М'язи розслаблені. Сухожильні, окісні рефлекси зліва нижче, ніж справа. Рефлекс Бабінського зліва. Через 3 хв з'явились короткочасні судоми рук та ніг, при цьому руки згинались в ліктьових суглобах, а ноги розгинались в колінах. Порушився ритм дихання та серцевої діяльності.

Що трапилось з хворим?

143. Хворий Т., 18 років, захворів гостро. Раптово виник сильний дифузний головний біль, нудота, блювання, біль у м'язах потилиці, шиї, тулуба, попереку, рук і ніг, хворого морозило. Температура підвищилась до 39,5 ºС. Об'єктивно: АТ — 140/85 мм рт. ст., пульс — 90 уд/хв, напружений, ритмічний, ЧДР — 19 за 1 хв, дихання поверхневе. Хворий лежить на боці, голова відкинута назад, ноги зігнуті і приведені до живота. Спостерігаються гіперестезія шкіри, світлобоязнь, слухова і нюхова гіперестезії. Різко виражена ригідність м'язів потилиці, виявляються симптоми Керніга, Брудзинського, Бехтерева з обох сторін. Сила рук і ніг достатня. Сухожильні, окісні рефлекси симетричні. Патологічних рефлексів не виявлено. Аналіз крові: ШОЕ — 29 мм/год, лейкоцити — 12×10^9/л. Аналіз ліквору — рідина мутна, білок 1 г/л, хлориди — 122 ммоль/л, глюкоза — 2,8 ммоль/л, лейк. — 19×10^9/л, переважно нейтрофільні гранулоцити. В нейтрофілах спинно-мозкової рідини знайдені менінгококи.

Що трапилось з хворим?

144. Хворий Г., 16 років, захворів гостро тиждень тому, коли з'явилась припухлість у ділянці привушних слинних залоз, болючість при ковтанні, загальна слабкість. Протягом 3 діб температура тіла була підвищена до 37,5–38 ºС. У результаті лікування в домашніх умовах самопочуття хворого покращилось, нормалізувалась температура, і він перестав дотримуватись постільного режиму. На 8-й день захворювання хворий прокинувся вранці від сильного головного болю, через декілька хвилин виникло блювання. Об'єктивно: визначається незначна припухлість в ділянці привушних слинних залоз, АТ — 130/75 мм рт. ст., пульс — 102 уд/хв, температура — 39,5 ºС, ЧДР — 19 за хвилину, дихання поверхневе. Виявляється ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга нерізко виражений з обох сторін. Рухові порушення не виявляються. Визначається світлова, больова і тактильна гіперестезія. Аналіз крові: ШОЕ — 25 мм/год, лейкоцити — 13×10^9/л. Аналіз ліквору — рідина прозора, тиск — 500 мм вод. ст., білок — 0,5 г/л, глюкоза — 3,0 ммоль/л, лейк. — $0,25 \times 10^9$/л переважно лімфоцити.

Що трапилось з хворим?

145. Хворий П., 62 років, взимку підсковзнувся і впав, вдарившись головою об лід. Спостерігалась короткочасна втрата свідомості на 15 с. Після цього хворий став скаржитися на головний біль, запаморочення, нудоту, блювання, загальну слабкість. Хворий не пам'ятає обставини травми і подій. Об'єктивно: АТ — 150/90 мм рт. ст., пульс – 85 уд/хв, нестійкий, шкіра бліда, дихання – 18 за 1 хв. Визначається легка нерівномірність сухожильних і періостальних рефлексів, ністагм, вегетативна дисфункція (лабільність артеріального тиску і пульсу, підвищена пітливість). Сила в кінцівках збережена, чутливих координаторних порушень не виявлено. Менінгеальних знаків немає.

Що трапилось з хворим?

146. Хворий Х., 37 років, підсковзнувся у ванні, впав, втратив свідомість на декілька хвилин. Прийшовши до тями, відчув сильний головний біль, запаморочення, нудоту. Був госпіталізований. Спочатку стан хворого дещо покращився, але через добу підсилився головний біль, знов виникла багаторазова блювота. Об'єктивно: АТ — 115/70 мм рт. ст., пульс — 54 уд/хв, ритмічний. Виявляється легка ригідність м'язів потилиці. Права зіниця більша за ліву. На очному дні — початкові явища застою сосків зорових нервів. Опущений лівий кут рота. Язик при висовуванні відхиляється вліво. Сила лівої руки знижена. Сухожильні і окісні рефлекси зліва вище, ніж справа. Патологічний рефлекс Бабінського зліва. У стаціонарі медична сестра спостерігала у хворого судоми в лівій кисті, які потім поступово розповсюдилися на всю ліву руку, хворий в цей час свідомість не втрачав.

Що трапилось з хворим?

147. Хворий В., 25 років, пірнав у воду і вдарився головою, став млявим, слабко реагував на оточення, йому важко було відповідати на запитання. Об'єктивно: АТ — 100/70 мм рт. ст., пульс — 54 уд/хв, ритмічний. Визначається в'ялий параліч верхніх кінцівок, спастичний — нижніх, анестезія донизу від надпліч.

Що трапилось з хворим?

148. Хвору А., 34 років, збила машина. Вона млява, слабко реагує на оточення, їй важко відповідати на запитання. Об'єктивно АТ — 100/70 мм рт. ст., пульс — 54 уд/хв, ритмічний. Спостерігається в’ялий параліч та анестезія нижніх кінцівок, затримка сечі.

Що трапилось з хворою?

149. Хворий В., 25 років, раптом почав у всіх оточуючих запитувати, чи не відчувають вони запаху керосину. Через 2 хв раптово втратив свідомість і впав, руки й ноги витягуються, голова відкидається назад, шкіра обличчя спочатку блідне, а потім синіє, зіниці розширені, не реагують на світло, на больові подразники реакції немає. Через 25 с спостерігається поперемінне скорочення м'язів-згиначів, м'язів-розгиначів кінцівок, шиї, м'язів, обличчя, очних яблук, дихання хрипке, пульс — 90 уд/хв, з порожнини рота виділяється піна, забарвлена кров'ю.

Що трапилось з хворим?

150. Хворий В., 25 років, при розмові з медсестрою раптом застиг, з його рук випала папка з паперами. Обличчя хворого стало блідим, повіки напівопущені, посіпувались, очні яблука закочувались догори, зіниці розширені. На звертання медичної сестри хворий не відповідав. Через 10 с хворий прийшов до тями, але пояснити про те, що з ним коїлось не міг.

Що трапилось з хворим?

151. Хвора Б., 27 років, почала скаржитися на головний біль, запаморочення. Раптом вона почала безладно розмахувати руками та ногами, вигинатися дугою. Очі міцно заплющені. Коли силоміць їх відкривають, з'являється опір — хвора щільно стискує повіки, закочує очні яблука догори. Зіниці в діаметрі 3 мм, добре реагують на світло.

Що трапилось з хворою?

152. У хворого Ш., 39 років, після підіймання важкого з'явився різкий стріляючий біль у ділянці попереку і по задньозовнішній поверхні правого стегна та гомілки, який посилювався під час руху, ходіння, кашлю, чмихання, фізичного напруження. Під час ходіння щадив праву ногу, тримав її напівзігнутою. Спостерігалось згладжування фізіологічного лордозу в поперековому відділі хребта, бокове викривлення хребта. При натисканні на вертебральні точки за ходом правого сідничного нерва відчувалася болючість, яка підсилювалася, коли хворий нахиляв тулуб у різні боки, позитивний симптом Ласега справа.

Що трапилось з хворим?

153. Хворий Б., 63 років, вранці (після сну) відчув слабкість у лівій руці і нозі, запаморочення. Слабкість наростала, і протягом трьох годин розвинулась плегія в лівих кінцівках, став погано бачити правим оком. Об'єктивно: АТ — 110/70 мм рт. ст., пульс — 90 уд/хв, ритмічний, задовільного наповнення та напруження. Опущений лівий кут рота, язик відхилений вліво. Відсутні активні рухи лівої руки та ноги. Тонус м'язів підвищений в згиначах передпліччя і розгиначах гомілки зліва. Сухожильні і окісні рефлекси зліва вище, ніж справа. Виявляється патологічний рефлекс Бабінського зліва. Геміанестезія зліва. При каротидній ангіографії виявлена закупорка правої внутрішньої сонної артерії на 3 см вище розділення загальної сонної артерії на її головні гілки.

Що трапилось з хворим?

154. Хвора 64 років доставлена швидкою медичною допомогою з дому в непритомному стані. Артеріальний тиск, зафіксований швидкою, був 150/90 мм рт. ст., температура — 37,2 °С. Зі слів родичів вчора ввечері не відповідала на телефонні дзвінки, сьогодні вранці знайдена лежачою на підлозі без свідомості зі слідами блювотних мас. При огляді: стан дуже важкий. Шкірні покриви бліді. Дихання шумне, часте, ритмічне. Рівень свідомості — кома. Ригідність м'язів шиї, виличний симптом Бехтерева і симптом Керніга з двох сторін — позитивні. Очні яблука — по середній лінії, періодично здійснюють плавальні рухи. Зіниці вузькі, реакція на світло знижена. При підніманні швидше падають ліві кінцівки, тонус в них нижче, ніж у правих. Ліве стегно розпластане, ліва стопа ротована назовні. Під час огляду виникає екстензорно-пронаторний рух в правих кінцівках.

Проведено КТ головного мозку:



Клінічний аналіз крові: гемоглобін — 76 г/л, еритроцити — $2{,}2 \times 10^{12}$/л, кольоровий показник — 1,0, тромбоцити — 27×10^{9}/л, лейкоцити — $176{,}0 \times 10^{9}$/л, мієлобласти — 71 %, нейтрофіли: паличкоядерні — 0,5 %, сегментоядерні — 19 %, еозинофіли — 0 %, базофіли — 0 %, лімфоцити — 7 %, моноцити — 2,5 %; швидкість осідання еритроцитів — 50 мм/год.

Клінічний аналіз сечі: кількість — 150 мл, колір — солом'яно-жовтий, реакція — кисла, відносна щільність — 1028, білок — немає, глюкоза — немає, білірубін — негативно, уробіліноїди — у нормі, клітини плоского епітелію — одиничні в препараті, клітини перехідного епітелію — одиничні в препараті, клітини епітелію канальців — не знайдені, еритроцити — не знайдені, лейкоцити — 0–2 у полі зору, циліндри гіалінові — немає, циліндри зернисті — немає, солі — немає, слиз — незначна кількість, бактерії — незначна кількість.

Завдання:

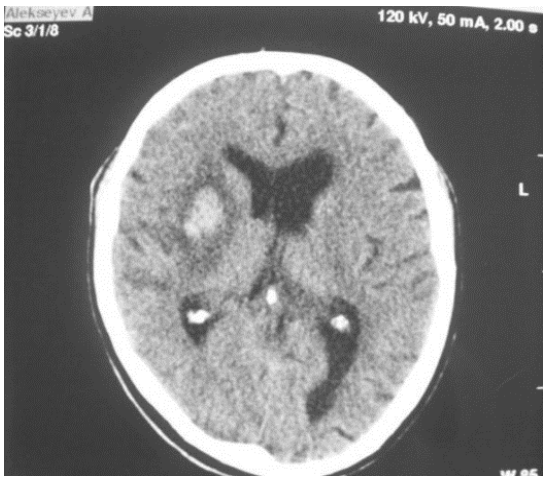
А. Встановіть діагноз.

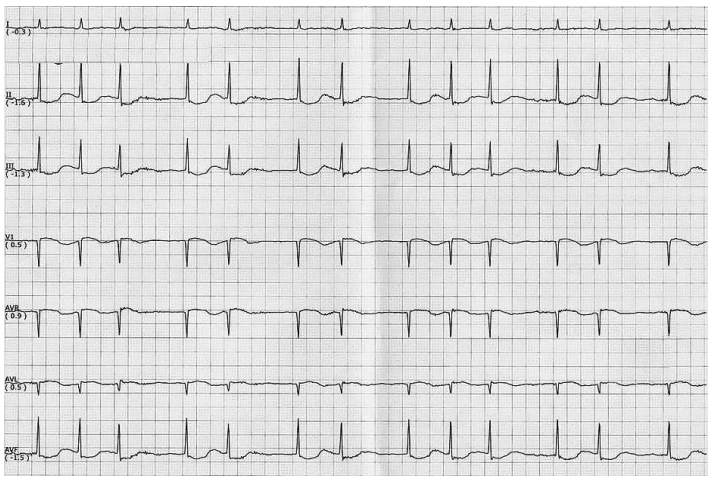
Б. Ускладнення якого захворювання розвинулось у пацієнтки?

155. Хворий, 63 років, доставлений швидкою медичною допомогою з дому. За словами родичів, відомо, що захворів гостро сьогодні вдень, коли раптово впав, відзначалася короткочасна втрата свідомості, одночасно з цим виявлена слабкість в лівих кінцівках. Артеріальний тиск, зафіксований швидкою — 160/90 мм рт. ст. В анамнезі — протягом 10 років артеріальна гіпертензія з підвищенням цифр артеріального тиску до 170/100 мм рт. ст. При огляді: стан тяжкий, на огляд реагує, вступає у мовний контакт, проте швидко виснажується. Орієнтований у просторі і часі. Менінгеальних симптомів немає. Центральний парез лицевого і під'язикового нервів зліва, лівостороння геміплегія з низьким м'язовим тонусом і рефлексами, симптом Бабінського ліворуч. Лівобічна гемігіпестезія. При поперековому проколі, проведеному в день надходження, ліквор прозорий, безбарвний, цироз — 5 лімфоцитів, білок — 0,33 г/л. Пацієнт приймав еналаприл, варфарин, аторвастатин. На 5-у добу перебування у стаціонарі на тлі підвищення

артеріального тиску до 200/100 мм рт. ст. стан хворого погіршився: наросли розлади свідомості до рівня сопору, з'явилася ригідність м'язів шиї, виличний симптом Бехтерева справа.

Додаткове обстеження КТ головного мозку, ЕКГ:





ЦСР. Після центрифугування надосадова рідина ксантохромна, каламутна, еритроцити — 30×10^9/л. На КТ, виконаній через 24 год після погіршення стану.

Коагулограма: протромбін за Квіком — 40 % (78–142 %); МНО — 5 (0,8–1,2); АЧТЧ — 50,5 с (25,4–36,9 с); фібриноген — 3,3 г/л (2,00–4,00 г/л).

Клінічний аналіз крові: гемоглобін — 136 г/л, еритроцити — $4{,}2 \times 10^{12}$/л, кольоровий показник — 1,0, тромбоцити — 230×10^9/л, лейкоцити — $6{,}0 \times 10^9$/л, нейтрофіли: паличкоядерні — 2 %, сегментоядерні — 70,5 %, еозинофіли — 1 %, базофіли — 0 %, лімфоцити — 20 %, моноцити — 6,5 %, швидкість осідання еритроцитів — 10 мм/год.

Клінічний аналіз сечі: кількість — 150 мл, колір — солом'яно-жовтий, реакція — кисла, відносна щільність — 1028, білок — немає, глюкоза — немає, білірубін — негативно, уробіліноїди — у нормі, клітини плоского епітелію — одиничні в препараті, клітини перехідного епітелію — одиничні в препараті, клітини епітелію канальців — не знайдені, еритроцити — не знайдені, лейкоцити — 0–2 у полі зору, циліндри гіалінові — немає, циліндри зернисті — немає, солі — немає, слиз — незначна кількість, бактерії — незначна кількість.

Завдання:

А. Встановіть діагноз.

Б. Ускладнення якого захворювання стало причиною госпіталізації пацієнтки?

В. Чому погіршився стан пацієнтки на п'яту добу та які причини могли призвести до цього?

156. Хворий, 50 років, поступив у клініку зі скаргами на болі в грудній ділянці, труднощі при ходьбі, похитування, що посилюється в темряві, відчуття оніміння і скутості в ногах. З анамнезу відомо, що близько двох років тому став відзначати оніміння, яке спочатку було в стопах і поступово поширилося вгору до рівня грудей.

Паралельно з онімінням став відзначати невпевненість ходи. Дещо пізніше приєдналася скутість в ногах, через що стало важко ходити. При огляді м'язова сила в ногах достатня, тонус підвищений за спастичним типом, дещо більше праворуч. Колінні і ахілові рефлекси високі з розширеними зонами, клонус стоп. Справа підошовний рефлекс не викликається, зліва — знижений. У пробі Ромберга з відкритими очима — нестійкий. При закриванні очей похитування значно посилюється. Зниження больової чутливості до рівня сосків.

Проведено МРТ грудного відділу хребта.



Завдання:

А. Встановіть діагноз.

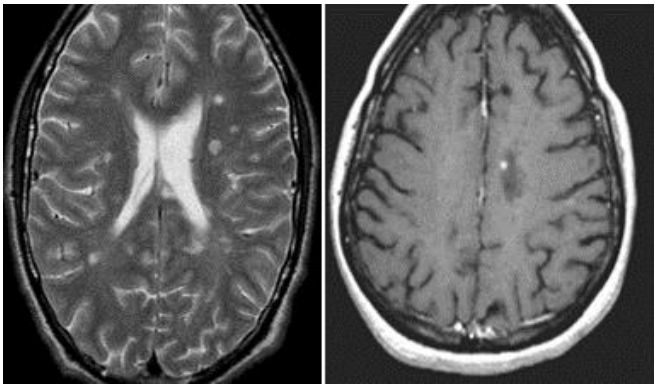
Б. Визначте рівень ураження спинного мозку.

В. Визначте рівень патології по відношенню до грудних хребців.

157. Хворий, 28 років, інженер, поступив зі скаргами на слабкість і оніміння у правих кінцівках, похитування при ходьбі. Дана симптоматика розвинулася гостро після респіраторного захворювання з невеликим підвищенням температури. В анамнезі: сім років тому був епізод порушення зору, коли на фоні перевтоми з'явилася пелена перед лівим оком. До лікаря не звертався, тому що в цей час складав іспити. Зір повністю відновився через тиждень. Торік навесні стала турбувати слабкість в лівій нозі, наростаюча при навантаженні. Звернувся в поліклініку за місцем проживання, де пройшов курс масажу і вітамінотерапії. Слабкість повністю пройшла через три тижні.

При огляді в неврологічному статусі: загальномозкових і менінгеальних симптомів немає. Горизонтальний ністагм, що посилюється при погляді в сторони, легке недоведення правого очного яблука всередину (без двоїння). М'язова сила знижена в правих кінцівках до 4 балів, сухожильні рефлекси підвищені справа, патологічні рефлекси викликаються з правої стопи, легке інтенційне тремтіння і дизметрія в координаторних пробах з обох сторін, більше справа, зниження поверхневої і глибокої чутливості на правих кінцівках.

При імунологічному аналізі крові виявлено зниження вмісту Т-супресорів / кілерів (CD8+-клітин), підвищення імунорегуляторного співвідношення CD4/CD8 (лейкоцити — 5×10^3 (30 %), лімфоцити — $1{,}5 \times 10^3$, фагоцитоз — 52 %, всі Т-клітини (CD3+) — 64 %, Т-хелпери (CD4+) — 39 %, Т-супресори (CD8+) — 12 %, імунорегуляторний індекс — 3,2, В-клітини — 12 %, IgA — 120 мг% , IgG — 1,500 мг%, IgM — 290 мг%. Проведено МРТ без контрасту (Т2-Flair, зліва) та з контрастом гадолінієм (справа).



Завдання:

Встановіть діагноз.

158. Хвора, 43 років, поступила в клініку нервових хвороб у плановому порядку зі скаргами на стійкі головні болі, значне підвищення маси, високі цифри артеріального тиску, незначну зміну рис обличчя. Крім цього, в останні 3,5–4,0 місяці стала відзначати зниження зору. З анамнезу відомо, що перші симптоми у вигляді збільшення маси, стійкого високого артеріального тиску стали відзначатися 2,5–3,0 роки тому. Надалі приєдналися інші скарги. Хвора зазначає наростання вказаних вище симптомів. При огляді: у свідомості, контактна, адекватна, правильно орієнтована. Підвищеного харчування з ожирінням за верхнім типом, стрії на стегнах і попереку. Шкірні покриви червонуваті, на обличчі — вугрі. Виражений гіпертрихоз. З боку черепних нервів: випадіння зовнішнього поля зору на ліве око, значне обмеження всіх полів зору на праве око. Іншої вогнищевої симптоматики не виявляється.

Проведено МРТ:

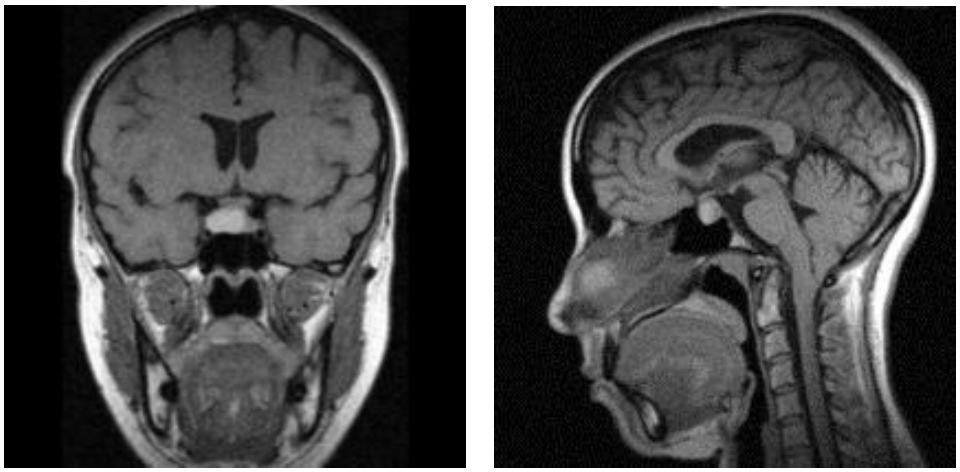


Фото хворої 35 років (справа) та 40 років (зліва).



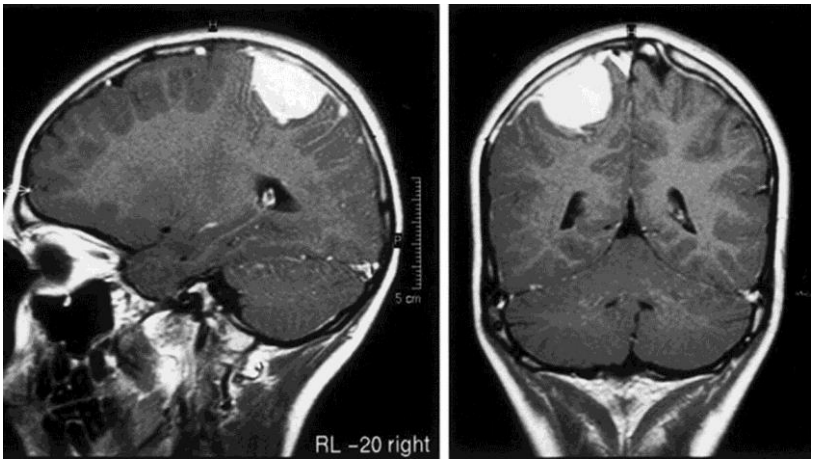
Завдання:

А. Встановіть діагноз.

Б. Чим зумовлена зміна рис обличчя?

159. Хворий, 45 років, поступив у клініку нервових хвороб зі скаргами на постійні головні болі, слабкість у лівих кінцівках. З анамнезу відомо, що головні болі турбують протягом 7–8 років. Останні 2–2,5 роки став відзначати наростаючі оніміння і незручність в лівій руці і нозі, зниження зору на праве око. За цей період відзначалися три напади клонічних судом в цих же кінцівках.

При огляді: у свідомості, контактний, адекватний, правильно орієнтований. Турбує головний біль. Менінгеальних симптомів немає. Виражене зниження зору на праве око, парез лицьового і під'язикового нервів за центральним типом зліва, лівобічний геміпарез зі зниженням сили в руці і нозі до 2–2,5 балів, зниження поверхневої і глибокої чутливості за гемітипом зліва. На очному дні справа первинна атрофія диска зорового нерва. Проведено МРТ головного мозку.



Завдання:

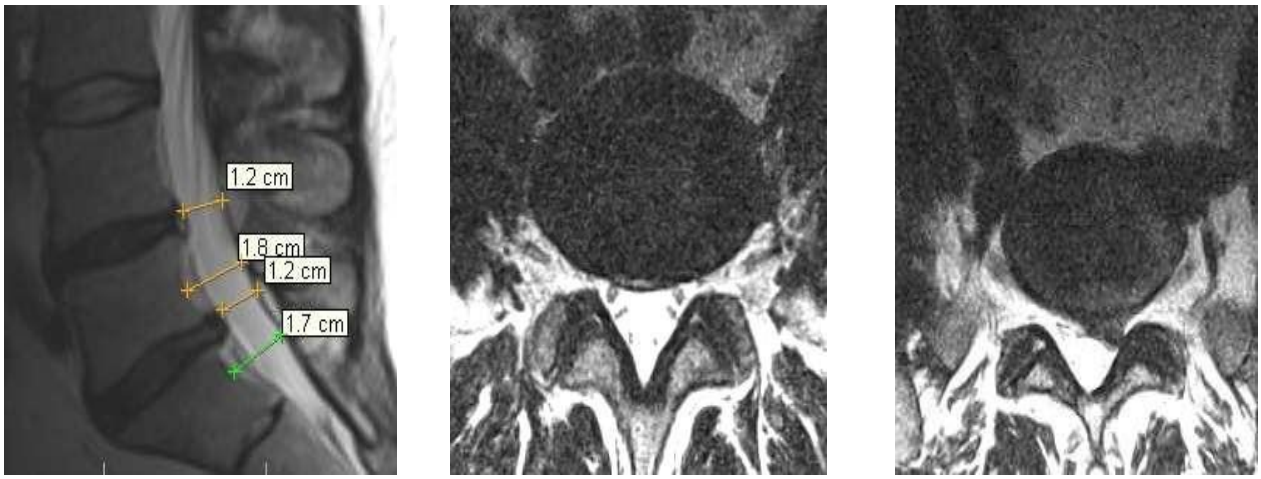
Встановіть діагноз.

160. Хворий, 48 років, поступив у клініку нервових хвороб зі скаргами на сильні болі в попереково-крижовій ділянці, що віддають в ліву ногу. Болі посилюються у сидячому і вертикальному положенні і дещо вщухають у горизонтальному.

З анамнезу відомо, що вчора під час підняття ваги раптово виник прострілюючий біль у ділянці нирок з подальшою іррадіацією по задній поверхні лівої ноги. Раніше були епізоди болю в ділянці попереку, останній раз близько 3 міс тому.

При огляді: сколіоз поперекового відділу хребта, обмеження рухів вперед, назад і в сторони, болючість паравертебральних точок більше ліворуч і остистих відростків на рівні L4–S1, в точках Валле по ходу сідничного нерва. Симптом Лассега зліва до кута 30°, справа — до кута 70°, слабкопозитивні симптоми Вассермана і Мацкевича зліва. Колінні рефлекси — D≈S, ахілові — S<D, підошовний рефлекс зліва не викликається, гіпестезія в зоні L5–S1 на лівій нозі, слабкість у розгиначі великого пальця на лівій нозі.

Проведено МРТ поперекового відділу хребта (зліва — сагітальне зображення; аксіальні зображення: посередині — рівень LIV–LV, справа — рівень LV–SI).



Клінічний аналіз сечі: кількість — 150 мл, колір — солом'яно-жовтий, реакція — кисла, відносна щільність — 1028, білок — немає, глюкоза — немає, білірубін — негативно, уробіліноїди — у нормі, клітини плоского епітелію — одиничні в препараті, клітини перехідного епітелію — одиничні в препараті, клітини епітелію канальців — не знайдені, еритроцити — не знайдені, лейкоцити — 0–2 у полі зору, циліндри гіалінові — немає, циліндри зернисті — немає, солі — немає, слиз — незначна кількість, бактерії — незначна кількість.

Завдання:

А. Про що свідчать клінічні дані без врахування даних додаткових досліджень?

Б. Про що свідчать дані МРТ?

161. У хворого, 64 років, протягом останнього року поступово з'явилася гугнявість голосу, стало важко вимовляти слова, давиться при ковтанні, насилу висовує язик. При госпіталізації стан задовільний. У соматичному статусі патології не виявлено.

Неврологічний статус: у свідомості, орієнтований, мовний контакт утруднений через грубу дизартрію. Дисфагія, глотковий рефлекс відсутній. Виявляються атрофія м'язів язика, фібрилярні посмикування в них. У м'язах плечей і надплічь також визначаються фібриляції. Рухи в кінцівках збережені. Сухожильні рефлекси високі,

патологічні рефлекси з двох сторін. Чутливість і координація збережені. Тазових порушень немає.

При поперековому проколі отриманий прозорий ліквор, який витікає під нормальним тиском, вміст білка — 0,33 г/л, глюкоза 2,5 ммоль/л, цироз — 2 клітини (лімфоцити), проби Квекенштедта, Пуссепа — негативні.

На очному дні артерії з ознаками помірного склерозування.

Висновок оториноларинголога: парез м'якого піднебіння і лівої половини гортані.

УЗДГ МАГ — патології не виявлено.

ЕНМГ — фібриляції та фасцикуляції в м'язах верхніх та нижніх кінцівок. Зменшення кількості рухових одиниць і збільшення амплітуди та тривалості потенціалу дії рухових одиниць. Зниження швидкості проведення по велико-гомілковим нервам.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок — 84,0 г/л, глюкоза — 4,9 ммоль/л, креатинін — 0,082 мкмоль /л, білірубін загальний — 9,0 мкмоль/л, СРБ — 5 мг/л, АлАТ — 17 од/л, АсАТ — 20 од /л.

Проведені рентгенограма та МРТ шийного відділу хребта.





Завдання:

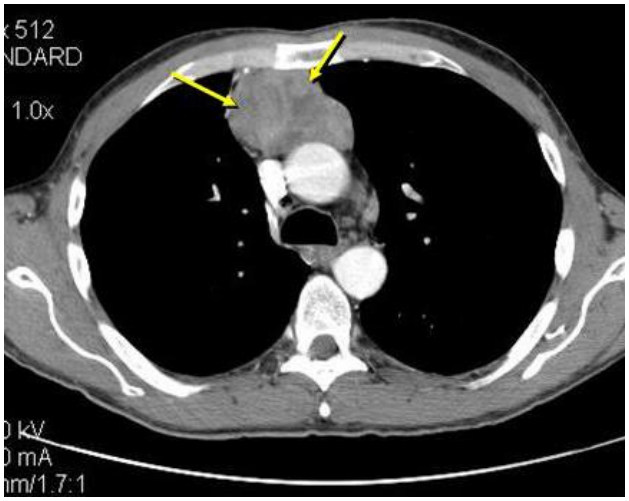
А. Встановіть діагноз.

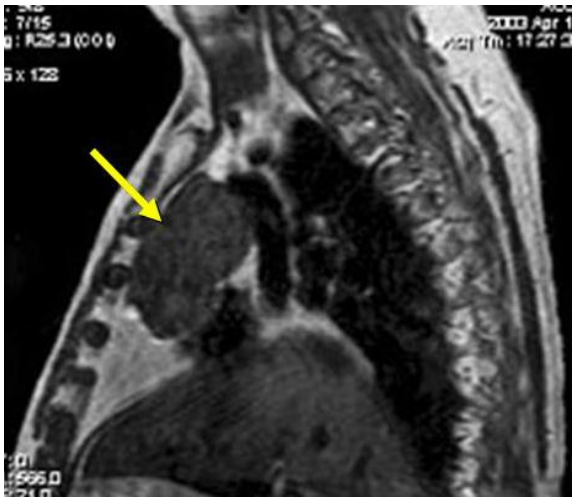
Б. Про що свідчать дані ЕНМГ?

162. Хвора, 19 років, протягом останнього року стала відзначати опускання повік. Через декілька місяців з'явилися швидка стомлюваність у м'язах рук, особливо при піднятті їх вгору, стомлюваність в ногах, не могла підніматися по сходах, під час ходи часто відпочивала. При госпіталізації стан задовільний, соматичної патології не виявлено. У неврологічному статусі менінгеальних симптомів немає, виявляється м'язова слабкість навіть при невеликому фізичному навантаженні (не може кілька разів заплющити очі, втомлюється при жуванні, насилу підні-мається по сходах). Після фізичного навантаження відмічаються м'язова гіпо-тонія, пригнічення сухожильних рефлексів.

При ритмічній стимуляційній ЕМГ серединного нерва з частотою імпульсів 50 в секунду виявляється прогресуюче зниження амплітуди осциляцій у всіх м'язових групах, що більш виразно видно при комп'ютерній обробці кривих. Відзначено зниження амплітуди М-відповіді на 56 % після ритмічній стимуляції.

Проведено КТ з внутрішньовенним контрастуванням грудної клітки.





Завдання:

А. Встановіть діагноз.

Б. Про що свідчать дані ЕМГ?

В. Про що свідчать дані КТ грудної клітки?

163. Хвора, 40 років, поступила у клініку нервових хвороб зі скаргами на головний біль переважно у лівій половині голови, нудоту, запаморочення, кашель, підвищення температури до 38 °С. Протягом 2–3 днів помітила порушення мови за типом дизартрії.

На другий день з'явилися менінгеальні симптоми у вигляді ригідності потиличних м'язів, двосторонній симптом Керніга, виникла слабкість у правих кінцівках, перестала відповідати на питання.

При огляді: стан важкий. Температура тіла — 40 °С. На запитання не відповідає. Шкірні покриви блідо-сірі. Тони серця приглушені, брадикардія. У легенях — аускультативно справа крепітація в нижніх відділах.

У неврологічному статусі: рівень свідомості — сопор, виражений менінгеальний синдром. Центральний парез VII і XII черепних нервів справа. Правобічний глибокий геміпарез, анізорефлексія D>S, симптом Бабінського справа. Координаторні і чутливі проби не досліджувалися через важкість стану хворої.

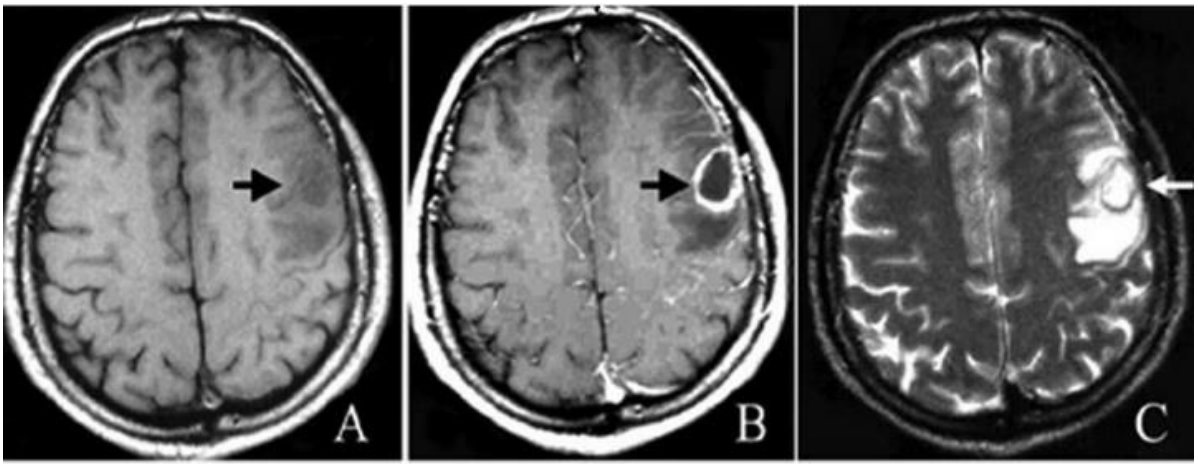
Клінічний аналіз крові: гемоглобін — 136 г/л, еритроцити — $4{,}2 \times 10^{12}$/л, кольоровий показник — 1,0, тромбоцити — 230×10^{9}/л, лейкоцити — $13{,}0 \times 10^{9}$/л, нейтрофіли: паличкоядерні — 10 %, сегментоядерні — 64 %, еозинофіли — 0 %, базофіли — 0 %, лімфоцити — 20 %, моноцити — 6 %, швидкість осідання еритроцитів — 38 мм/год.

В аналізі крові відзначається лейкоцитоз із зсувом вліво.

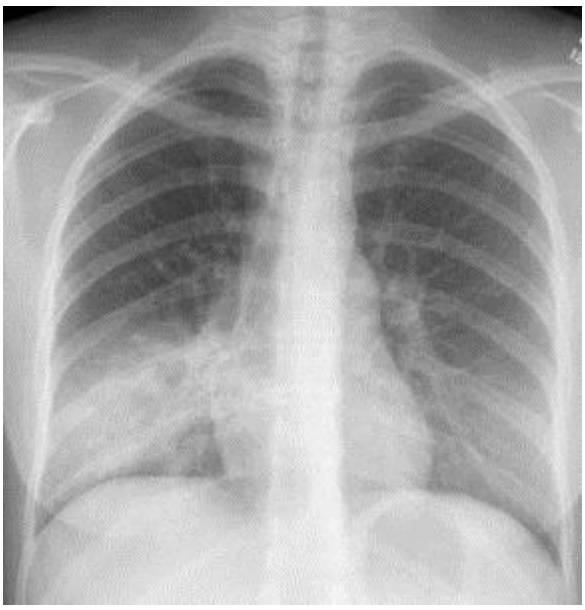
Аналіз мокротиння: кількість — 300 мл, характер — гнійний, консистенція — рідка, запах — смердючий, колір — зеленуватий, лейкоцити — 30–40 у полі зору з розпадом, еритроцити — 4–6 у полі зору, макрофаги — скупчення, клітини серцевих вад — немає, епітелій — одиничний, спіралі Куршмана — 4 в препараті, кристали Шарко — Лейдена — одиничні скупчення, еозинофіли — невеликі скупчення, еластичні волокна — не знайдені, атипові клітини — не знайдені, бактеріоскопія — бацили Коха не знайдені, інші мікроорганізми — рясна кокова флора.

Цереброспінальна рідина — зелено-жовта, каламутна, цитоз — 1 500 в мм^3, переважно нейтрофіли, білок — 3 г/л.

Проведено МРТ головного мозку.



Проведено також рентген легень.



Завдання:

А. Встановіть діагноз.

Б. Про що свідчать дані рентгену легень?

В. Про що свідчать дані клінічного аналізу крові?

Г. Про що свідчать дані аналізу мокротиння?

Д. Про що свідчать дані аналізу ліквору?

164. 57-річний чоловік звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на сильне печіння в ногах протягом 6 місяців. В анамнезі заперечує цукровий діабет. За шкалою ВАШ біль був оцінений у 8 балів з 10 та був найгіршим увечері. При фізикальному обстеженні виявилося зменшення больового та температурного (холод) відчуття в обох стопах. Вібраційна чутливість була слабко знижена на пальцях ніг. Ахілові рефлекси були нормальними.

Дослідження нервової провідності (ЕНМГ) виявило антидромну сенсорну амплітуду по суральному (литковому) нерву 3 мкV та швидкість моторної провідності по перонеальному нерву 38 м/с з амплітудою 3 мкV.

Глюкоза в плазмі крові натще — 6,11 ммоль/л (120 мг/дл) та глікозильований гемоглобін — 8,7 %.

Завдання:

А. Встановіть діагноз.

Б. Який аналіз вказує на причину захворювання?

ВІДПОВІДІ НА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Передні роги спинного мозку або передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів С5–С7 ліворуч і латеральний пірамідний шлях ліворуч на тому ж рівні.

2. Передні роги або передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів L1–S1 по обидва боки.

3. Латеральний пірамідний шлях на рівні сегмента Th12 ліворуч або верхній відділ правої передцентральної звивини. Уточнення локалізації вогнища після з'ясування інших симптомів.

4. Латеральні пірамідні шляхи на рівні сегментів Th9–Th10 по обидва боки або верхні відділи передцентральних звивин праворуч і ліворуч. Уточнення локалізації вогнища після з'ясування інших симптомів.

5. Передні роги спинного мозку або передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів С5–С8 і латеральні пірамідні шляхи на тому ж рівні по обидва боки.

6. Латеральні пірамідні шляхи на рівні шийних сегментів спинного мозку.

7. Передні роги спинного мозку або передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів С5–С8 праворуч, або рухові волокна правого плечового сплетення.

8. Ураження ядра лицевого нерва ліворуч (міст ліворуч) і латерального пірамідного шляху на тому ж рівні (альтернуючий параліч).

9. Вогнище ураження знаходиться вище ядра лицевого нерва, на стороні, протилежній паралічу (праворуч), у ніжці мозку, внутрішній капсулі, променистому вінці або передцентральній звивині (лівостороння центральна геміплегія). Уточнення після одержання даних про стан функцій інших черепних нервів, чутливості та ін.

10. Рухові волокна багатьох периферичних нервів. Симетричне множинне ураження передніх корінців спинномозкових нервів або передніх рогів спинного мозку малоймовірне.

11. Латеральний пірамідний шлях на рівні сегмента Th10 праворуч. Спастичний парез правої ноги, зниження (відсутність) середніх і нижніх черевних рефлексів праворуч.

12. Двостороннє ураження латеральних пірамідних шляхів на рівні сегментів L2–L4. Спастичний парез (параліч) нижніх кінцівок, сідничних м'язів, затримка сечі й калу.

13. Передні роги спинного мозку на рівні сегментів C5–C8 ліворуч. Периферичний параліч лівої руки.

14. Передні роги на рівні сегментів L2–L4 по обидва боки. Периферичний парез (параліч) м'язів обох стегон (головним чином, передньої групи).

15. Латеральний пірамідний шлях на рівні сегмента Th5 ліворуч. Центральний парез лівої ноги, випадання черевних рефлексів ліворуч.

16. Передні роги спинного мозку й латеральний пірамідний шлях праворуч на рівні сегментів C5–C8. Периферичний парез правої руки з фібриляціями, центральний парез правої ноги.

17. Передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів L4–S1 по обидва боки. Периферичний параліч м'язів гомілок і стоп.

18. Передні роги спинного мозку на рівні сегментів C1–C4. Периферичний параліч м'язів шиї, параліч діафрагми.

19. Латеральні пірамідні шляхи на рівні сегмента Th12 по обидва боки. Нижній центральний парапарез при збереженні верхніх, середніх і частково нижніх черевних рефлексів; затримка сечі й калу.

20. Передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів C5–C8 праворуч. Периферичний параліч правої руки.

21. Передні роги спинного мозку й латеральні пірамідні шляхи на рівні сегментів C5–C8 по обидва боки. Периферичний верхній і центральний нижній парапарез; затримка сечі й калу.

22. Передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів S3–S5 по обидва боки. Периферичний параліч сфінктерів (нетримання сечі й калу); парези кінцівок відсутні.

23. Передні роги спинного мозку на рівні сегментів L1–L2 по обидва боки. Периферичний парез м'язів стегон.

24. Передні роги спинного мозку й латеральні пірамідні шляхи на рівні сегментів L1–L2 по обидва боки. Периферичний парез м'язів стегон, центральний парез м'язів гомілок і стоп; затримка сечі й калу.

25. Латеральний пірамідний шлях на рівні сегмента C5 ліворуч. Лівосторонній центральний геміпарез, черепні нерви не уражені.

26. Внутрішня капсула або таламус, або променистий вінець, або постцентральна звивина (залежно від наявності рухових розладів, порушень мови та інших симптомів); вогнище знаходиться ліворуч.

27. Множинне ураження периферичних нервів всіх кінцівок.

28. Задні канатики спинного мозку на рівні сегмента Th5.

29. Задні роги спинного мозку сегментів C5–Th10 праворуч.

30. Задній канатик спинного мозку й латеральний спіно-таламічний шлях праворуч на рівні сегментів Th5–Th6.

31. Латеральний спіно-таламічний шлях і шляхи глибокої чутливості (медіальна петля) ліворуч на рівні мозкового стовбура (міст), чутливі ядра трійчастого нерва там же.

32. Латеральний спіно-таламічний шлях на рівні сегментів Th8–Th10 ліворуч.

33. Праве плечове сплетення.

34. Корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів S3–S5 по обидва боки.

35. Латеральні спіно-таламічні шляхи по обидва боки на рівні сегментів Th10–Th11 і задні канатики спинного мозку на тому ж рівні.

36. Латеральний спіно-таламічний шлях праворуч на рівні сегмента Th10. Провідникове порушення больової й температурної чутливості донизу від рівня пахової складки або трохи вище — у зв'язку з нахилом (знизу нагору) перехресних волокон чутливого нейрона.

37. Задні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів C5–C8 ліворуч. Анестезія в ділянці лівої верхньої кінцівки.

38. Задні канатики спинного мозку на рівні C2–C3. Порушення глибокої (у меншому ступені тактильної) чутливості всієї поверхні тіла, крім голови й шиї.

39. Спинномозкові нерви на рівні сегментів C5–C8 ліворуч. Анестезія й млявий параліч або парез лівої руки.

40. Задні роги спинного мозку на рівні сегментів Th4–Th8 праворуч. Дисоційоване порушення чутливості (аналгезія й терманестезія) у вигляді напівжилета праворуч.

41. Задні роги спинного мозку на рівні сегментів C5–C8 ліворуч. Дисоційоване порушення больової й температурної чутливості в ділянці лівої руки.

42. Ураження половини поперечника спинного мозку на рівні сегментів Th4–Th6 ліворуч. Синдром Броун-Секара: центральний парез лівої ноги й порушення глибокої й частково тактильної чутливості ліворуч нижче пахвової ділянки; провідникове порушення больової й температурної чутливості праворуч на трохи більш високому рівні (косий хід перехресних волокон другого нейрона).

43. Ураження половини поперечника спинного мозку на рівні сегмента C4. Синдром Броун-Секара: центральна геміплегія праворуч, порушення глибокої й частково тактильної чутливості в ділянці правих кінцівок і правої половини тулуба; зліва — геміаналгезія, гемітерманестезія (крім ділянки голови й шиї).

44. Поперечне ураження спинного мозку на рівні сегментів С5–С8. Периферичний параліч і анестезія обох рук, центральна нижня параплегія, провідникова анестезія тулуба й нижніх кінцівок, порушення сечовипускання й дефекації.

45. Поперечне ураження спинного мозку на рівні сегмента С4. Центральна тетраплегія, анестезія всієї поверхні тіла (крім ділянки шиї й голови), порушення функції тазових органів; можливий парез діафрагми.

46. Латеральні спіно-таламічні шляхи на рівні сегмента Th10 по обидва боки. Провідникове порушення чутливості трохи нижче рівня пупка (косий хід волокон другого нейрона).

47. Латеральні спіно-таламічні шляхи на рівні сегмента С8 по обидва боки. Провідникове порушення чутливості на тулубі й нижніх кінцівках, внутрішній поверхні плечей.

48. Задні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів S3–S5 по обидва боки. Анестезія (гіпестезія) в ділянці зовнішніх статевих органів і заднього проходу.

49. Спинномозкові вузли на рівні сегментів Th10–Th12 ліворуч. Біль у лівій половині грудної клітки (нижніх відділах), гіпестезія в дерматомах Th10–Th12 ліворуч.

50. Задні роги на рівні сегментів Th8–Th10 по обидва боки. Сегментарне (дисоційоване) порушення чутливості (аналгезія й терманестезія) у формі «пояса».

51. Задні й передні корінці спинномозкових нервів на рівні сегментів L4–S1 ліворуч. Периферичний парез (параліч) лівої ноги, порушення всіх видів чутливості в ній.

52. Задні канатики спинного мозку на рівні сегментів Th11–Th12 по обидва боки. Порушення глибокої й частково тактильної чутливості в ділянці нижніх кінцівок.

53. Задні роги спинного мозку на рівні сегментів С5–Th8 праворуч. Аналгезія й терманестезія у вигляді напівкуртки праворуч.

54. А. Поєднана тетраплегія (верхня млява параплегія та нижня спастична параплегія).

Б. Уражений спинний мозок на рівні шийного потовщення: передні роги на рівні С5–Th2 і латеральні пірамідні шляхи на тих самих рівнях.

55. А. Синдром Аргайла Робертсона.

Б. Для сифілітичного ураження нервової системи, особливо для спинної сухотки.

56. А. Правостороння центральна геміплегія з центральним парезом правих VII та XII черепних нервів.

Б. У лівій внутрішній капсулі.

57. А. Збіжна косоокість, диплопія.

Б. Правий відвідний нерв.

58. А. Спастичний тетрапарез.

Б. У бічних стовпах спинного мозку на рівні верхніх шийних сегментів (С1–С4).

59. Ростральні (верхні) відділи правого ядра спинномозкового шляху.

60. А. Периферичний тетрапарез кистей та стоп із поліневритичним типом розладу чутливості.

Б. Множинне ураження периферичних нервів, які містять як рухові, так і чутливі волокна.

61. А. Вогнище в ділянці лівої gyrus linguales потиличної частки.

Б. Можливе при пухлині потиличної частки головного мозку.

62. А. Альтернуючий синдром Вебера.

Б. Ліва ніжка мозку.

63. А. Синдром сенсорної афазії.

Б. У лівій скроневій частці (центр мови Верніке).

64. А. Джексонівська епілепсія.

Б. У корі головного мозку, у верхніх відділах правої передньої центральної звивини.

65. А. Диплопія, збіжна косоокість.

Б. Лівий відвідний нерв.

66. А. Нижній центральний парапарез.

Б. Уражені латеральні пірамідні шляхи з обох сторін на рівні Th8–Th9 сегментів.

67. На основі лобної частки.

68. А. Периферичний парез рук.

Б. Передні роги спинного мозку на рівні C5–Th2 сегментів з обох боків.

69. А. Синдром нюхових галюцинацій — аура епінападу.

Б. Осередок подразнення розташовується в медіобазальних відділах скроневої частки.

70. Задні стовпи спинного мозку на рівні Th9–Th10 сегментів.

71. Нормальний склад спинномозкової рідини.

72. А. У верхньому відділі правої постцентральної звивини.

Б. Чутлива (сенситивна Джексонівська епілепсія).

73. Ксантохромія спинномозкової рідини, підвищення її тиску, наявність змінених еритроцитів свідчать про субарахноїдальний крововилив.

74. А. Осередки ураження на рівні сегментів: у першого хворого — Th2–3; у другого — Th7–8, у третього — Th9–10.

Б. Уражені бічні канатики спинного мозку, латеральні пірамідні та спіно-таламічні шляхи.

75. Правий блоковий нерв.

76. Правий зоровий бугор.

77. А. Клітинно-білкова дисоціація, лімфоцитарний плеоцитоз.

Б. Для серозного менінгіту.

78. Права внутрішня капсула.

79. А. Синдром оптичної агнозії.
Б. У потиличній частці.
80. А. Сегментарний дисоційований тип.
Б. Задні роги спинного мозку на рівні Th5–Th10 праворуч.
81. А. Астереогноз.
Б. У верхній лівій тім'яній частці півкуль головного мозку.
82. А. Синдром Броун-Секара.
Б. Права половина спинного мозку на рівні Th7–Th8.
83. Лобна частка мозку.
84. Правий мостомозочковий кут.
85. А. Хореїчний гіперкінез.
Б. Стріарна система.
86. А. Периферичний параліч м'язів лівої половини обличчя.
Б. Лицевий нерв.
87. А. Оліго- та брадикінезія.
Б. Екстрапірамідна система.
88. А. Псевдобульбарний параліч.
Б. Двостороннє ураження корково-ядерних пірамідних шляхів для IX–X–XII пар ЧМН.
89. А. Мозочкова атаксія.
Б. Обидві півкулі мозочка.
90. А. Бульбарний параліч.
Б. У довгастому мозку уражені ядра IX–X–XII пар ЧМН з двох сторін.
91. А. Правостороння мозочкова атаксія.
Б. У правій півкулі мозочка.
92. А. Невралгічний синдром трійчастого нерва.
Б. Правий трійчастий нерв.
93. А. «Штампуюча» хода типова для сенситивної атаксії.
Б. При ураженні задніх канатиків спинного мозку, периферичних нервів, медіальної петлі, таламуса.
94. А. Периферичний параліч мімічних м'язів праворуч.
Б. Правий лицевий нерв.
95. А. Аміостатичний синдром або паркінсонізм.
Б. Вогнище в екстрапірамідній (палідонігральній) системі.
96. А. Альтернуючий синдром Міяр — Гублера.
Б. При ураженні варолієвого моста (ядра лицевого нерва та пірамідного шляху праворуч).
97. Тремор.
98. А. Альтернуючий синдром Джексона.
Б. Ураження у довгастому мозку зліва (уражене ядро під'язичного нерва та пірамідний шлях).

99. Правосторонній гемібалізм.

100. Вогнище у задньому відділі лівої середньої лобової звивини, уражений центр поєднаного повороту голови та очей у протилежний бік.

101. Тік.

102. Правий окоруховий нерв.

103. А. Синдром моторної афазії.

Б. Вогнище у центрі Брока (у задніх відділах лівої нижньої лобової звивини).

104. А. Фотопсії.

Б. Ураження на медіальній поверхні потиличної частки півкулі головного мозку.

105. Гассерів вузол трійчастого нерва праворуч.

106. А. Джексонівська епілепсія.

Б. Вогнище подразнення у верхньому відділі правої передцентральної звивини.

107. Одностороння аносмія розвивається при ураженні на основі мозку нюхового нерва, цибулини, тракту чи трикутника.

108. Медіальна поверхня правої потиличної частки. Лівостороння гомонімна геміанопсія.

109. Ураження зорового перехресту — бітемпоральна гетеронімна геміанопсія.

110. Лівий таламус. Справа — геміанестезія, гемігіперпатія, геміалгія, геміанопсія. Парезів немає.

111. Таламус правий. Зліва — геміанестезія, гемігіперпатія, геміалгія, геміанопсія. Парезів немає.

112. Коліно внутрішньої капсули ліворуч — ураження кортико-нуклеарних шляхів, справа парез VII та XII пар ЧМН за центральним типом.

113. Заднє стегно лівої внутрішньої капсули — справа три гемі: геміанестезія, геміпарез (плегія) і геміанопсія.

114. Права півкуля мозочка — мозочкові порушення справа.

115. Заднє стегно правої внутрішньої капсули — зліва три гемі: геміанестезія, геміпарез (плегія) і геміанопсія.

116. Ліва надкрайова звивина. Апраксія.

117. Верхній відділ лівої передцентральної звивини. Центральний параліч правої ноги.

118. Шкаралупа — аритмічний, мінливої локалізації розмашистий гіперкінез м'язів обличчя, тулуба, кінцівок (хорея).

119. Переднє стегно лівої внутрішньої капсули — ураження фронто-понто-церебелярного шляху — атаксія у правих кінцівках.

120. Зона Верніке (задній відділ верхньої скроневої звивини лівої півкулі). Сенсорна афазія.

121. Задній відділ лівої середньої лобової звивини. Аграфія.

122. Зона Брока (задній відділ лівої нижньої лобової звивини). Моторна афазія.

123. Верхня тім'яна частка лівої півкулі великого мозку. Напади парестезій, які одночасно охоплюють всю праву половину тіла.

124. Верхній відділ лівої постцентральної звивини. Напади парестезій у правій нозі.

125. Середній відділ лівої постцентральної звивини. Напади парестезій у правій руці.

126. Нижній відділ лівої постцентральної звивини. Напади парестезій у правій половині обличчя.

127. Ліва кутова звивина. Алексія.

128. Верхня скронева звивина лівої півкулі великого мозку. Слухові галюцинації.

129. Зовнішня поверхня потилично-тім'яно-скроневої ділянки лівої півкулі великого мозку. Складні слухові та зорові галюцинації.

130. Субарахноїдальний крововилив.

131. Гостре порушення мозкового кровообігу в басейні лівої середньої мозкової артерії з правобічною геміплегією (ймовірно за ішемічним типом, атеро-тромботичний).

132. Гостре порушення мозкового кровообігу в басейні лівої середньої мозкової артерії з правобічною геміплегією, моторною афазією (ймовірно за ішемічним типом, кардіоемболічний).

133. Мігрень без аури.

134. Вертеброгенна радикулопатія S1 корінця справа на фоні остеохондрозу поперекового відділу хребта.

135. Епілептичний напад — білатеральний тоніко-клонічний напад з невідомим дебютом.

136. Лікворно-гіпертензивна атака.

137. Вегетативно-судинний пароксизм за симпатоадреналовим типом (панічний напад).

138. Вегетативно-судинний пароксизм за вагоінсулярним типом.

139. Вазовагальний синкопальний стан.

140. Алкогольний делірій.

141. Вертеброгенне цервікаго на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта.

142. Гостре порушення мозкового кровообігу. Вірогідно геморагічний інсульт в правій півкулі головного мозку з проривом крові в шлуночкову систему та розвитком горметонічних судом.

143. Гнійний менінгококовий менінгіт.

144. Серозний вірусний (паротитний) менінгіт.

145. Легка закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку.

146. Важка закрита черепно-мозкова травма внутрішньочерепна (епідуральна / субдуральна гематома справа) з лівобічним фаціобрахіальним парезом, лівобічним фокальним моторним нападом з усвідомленням.

147. Хребцево-спинномозкова травма із забоєм спинного мозку на шийному рівні (шийне потовщення), верхнім млявим парапарезом та нижнім спастичним парапарезом.

148. Хребцево-спинномозкова травма із забоєм спинного мозку на поперековому рівні (поперекове потовщення), нижнім млявим парапарезом, нейрогенним порушенням сечовипускання за типом затримки сечі.

149. Фокальний епілептичний напад без порушення усвідомлення з переходом у двобічний тоніко-клонічний напад.

150. Генералізований абсанс.

151. Функціональний (психогенний) напад.

152. Вертеброгенна правобічна люмбоішіалгія на фоні остеохондрозу поперекового відділу хребта.

153. Ішемічний інсульт (атеротромботичний) в басейні правої середньої мозкової артерії з лівобічною геміплегією, амбліопія правого ока на фоні оклюзії правої внутрішньої сонної артерії (оптико-пірамідний альтернуючий синдром).

154. А. Геморагічний інсульт у правій півкулі головного мозку із проривом крові в шлуночки.

Б. Гострий мієлолейкоз.

155. А. Кардіоемболічний ішемічний інсульт в басейні правої середньої мозкової артерії.

Б. Фібриляція передсердь.

В. Погіршення стану обумовлено розвитком вторинного крововиливу в ділянку ішемічного вогнища. Можливі причини: гіпокоагуляція внаслідок вживання варфарину; недостатність антигіпертензивної терапії.

156. А. Компресія спинного мозку на рівні Th3–Th4 внаслідок здавлення екстрамедулярною пухлиною.

Б. Рівень ураження спинного мозку — Th3–Th4.

В. Рівень патології відносно грудних хребців — Th1–Th2.

157. Розсіяний склероз, ремітуючий перебіг, стадія загострення.

158. А. Аденома гіпофіза.

Б. Елементи акромегалії.

159. Пухлина головного мозку. Вірогідно менінгіома.

160. А. Радикулопатія L5 та S1 корінців ліворуч.

Б. Кили дисків L4–L5, L5–S1.

161. А. Боковий аміотрофічний склероз, бульбарна форма.

Б. Вказують на ознаки ураження мотонейронів передніх рогів спинного мозку.

162. А. Міастенія, генералізована форма.

Б. Патологічна стомлюваність м'язів пов'язана з порушенням проведення імпульсу в нервово-м’язовому синапсі.

В. Пухлина середостіння. Тимома.

163. А. Правобічна нижньочасткова пневмонія, ускладнена абсцесом лівої тім'яної ділянки головного мозку.

Б. Правобічна нижньочасткова пневмонія.

В. Запальні зміни.

Г. Запальні зміни легеневої тканини.

Д. Плеоцитоз, запальні зміни.

164. А. Діабетична симетрична дистальна полінейропатія.

Б. Глікозильований гемоглобін.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. 30 невідкладних станів у терапії : навч. посіб. / за ред. проф. Ю.М. Мостового. Київ : Центр ДЗК, 2017. 128 с.

2. Невідкладна допомога в психіатрії / І.П. Дищук, В.Г. Деркач, В.І. Курик та ін. Чернівці, 1999. С. 41–45.

3. Діагностичні алгоритми в неврології / Н.П. Яворська, В.А. Гриб, В.В. Смілевська, С.І. Геник ; за ред. Н.П. Яворської і В.А. Гриб. Київ : Медкнига, 2016. 40 с.

4. Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога : підручник / І.С. Зозуля, В.І. Боброва, Г.Г. Рощін та ін. ; за ред. І.С. Зозулі. 3-є вид., переробл. та допов. Київ : ВСВ «Медицина». 2017. 960 с.

5. Методи обстеження неврологічного хворого : навч. посіб. / за ред. Л.І. Соколової, Т.І. Ілляш. Київ, 2015. 144 с.

6. Кареліна Т.І., Касевич Н.І. Неврологія : підручник / за ред. Н.В. Литвиненко. 2-е вид., випр. Київ : ВСВ «Медицина», 2017. 288 с.

7. Неврологія : підручник / І.А. Григорова, Л.І. Соколова, Р.Д. Герасимчук та ін. ; за ред. І.А. Григорової, Л.І. Соколової. 3-є вид., переробл. та допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2020. 672 с.

8. Топічна діагностика патології нервової системи. Алгоритми діагностичного пошуку / С.І. Шкробот, З.В. Салій, О.Ю. Бударна та ін. Тернопіль : Укрмедкнига, 2018. 156 с.

9. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології. Київ : Медкнига, 2019. 165 с.

10. Медсестринство в неврології : посібник з практичних навичок / С.І. Шкробот, М.М. Іщенко, А.М. Дорогий та ін. ; за ред. С.І. Шкробот. Тернопіль : Укрмедкнига, 2003.

Навчальне видання

Степанченко Костянтин Анатолійович
Літовченко Тетяна Анатоліївна
Бондар Оксана Борисівна

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ З КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ

Практикум
для лікарів-інтернів, лікарів — дитячих неврологів, неврологів та лікарів загальної практики — сімейної медицини

Відповідальний за випуск О. Б. Бондар



Редактор Е. Є. Депрінда
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 6,0. Зам. № 26-59.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.