

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КВНЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ"

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ
ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

з дисципліни
за спеціальністю
спеціалізація

Неврологія
223 Медсестринство
Лікувальна справа

Тема: Судинні захворювання головного мозку.
Диференційна діагностика і лікування гострих
порушень мозкового кровообігу

Підготував викладач: Лісова С.І.

Розглянуто та схвалено на засіданні
циклової комісії

терапевтичних дисциплін

Протокол № _____ від "____" _____ 20__р.

Голова _____ Кузнєцова Л.П.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
для самостійної роботи студентів
ТЕМА: СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ
МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.

Обґрунтування теми:

Проблема судинної патології головного мозку має велике науково-практичне і соціальне значення. Серед причин всієї смертності населення гострі порушення мозкового кровообігу займають третє місце. Більшість хворих лишаються інвалідами. Останнім часом захворюють люди більш молодого віку.

Гострі порушення мозкового кровообігу потребують термінової діагностики, вмілого використання для цього параклінічних методів дослідження, диференційованої інтенсивної терапії. Тому знання цієї теми необхідно лікарям лікувального факультету всіх спеціальностей, а особливо терапевтам, неврологам, лікарям реанімаційного відділення, нейрохірургам, які першими бачуть хворих з інсультом або минулим порушенням мозкового кровообігу і приймають невідкладні рішення про надання їм ургентної допомоги.

Мета заняття

Загальна: вміти діагностувати гострі порушення мозкового кровообігу, призначити спеціальне лікування та вирішити організаційні питання.

Конкретна:

- | Знати | Вміти |
|--|--|
| 1. Зібрати анамнез (каф. пропедевтики внутрішніх хвороб). | 1. Вибрати з даних анамнезу, зібраного у хворого, свідчення, що вказують на судинне захворювання головного мозку |
| 2. Визначити необхідний об'єм та послідовність методів дослідження: фізикальних, лабораторних (каф. нормальної фізіології, каф. пропедевтики внутрішніх хвороб), рентгенологічних (каф. рентгенології). | 2. Скласти індивідуальну схему діагностичного пошуку. |
| 3. Проводити соматичне та неврологічне обстеження хворого (каф. внутрішніх хвороб), топічну діагностику захворювань нервової системи, оцінити результати лабораторних та параклінічних досліджень (каф. нормальної фізіології, каф. пропедевтики внутрішніх хвороб). | 3. З'ясувати найбільш інформативні ознаки гострого порушення мозкового кровообігу при об'єктивному обстеженні хворого (неврологічний статус) та лабораторно-інструментальному (ан. крові, ліквору, ТЕГ, РЕГ, ЕхоЕГ, ЕКГ, КТ, МРТ). |
| 4. Розпізнавати неврологічні синдроми (топічна діагностика захворювань нервової системи) та інтерпретувати морфологічний субстрат патології мозку (каф. патанатомії). | 4. Провести диференційну діагностику різних клінічних форм гострих порушень мозкового кровообігу. |
| 5. Використовувати засоби медикаментозної етіологічної; патогенетичної та симптоматичної терапії (каф. фармакології) | 5. Обґрунтувати та призначити диференційовану терапію |
| 6. Оцінити стан хворого з судинною патологією (каф. внутрішніх хвороб, | 6. Визначити організаційні форми лікарської тактики при гострому порушенні мозкового кровообігу (транспортування, профіль відділення). |
| | 7. Використовувати правила деонтологічної поведінки при курації хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу. |

каф.пат. фізіології)

Практичні навички і вміння:

1. Клінічне обстеження хворого (соматичний і неврологічний статус).
2. Оцінка даних параклінічних методів дослідження (ЕКГ, РЕГ, УЗДГ, офтальмоскопія очного дна, Ехо-ЕГ, коагулограма, клінічні та біохімічні аналізи крові і сечі).
3. Призначення лікування і виписування рецептів хворим при судинних захворюваннях мозку.

Зміст навчального матеріалу. Граф логічної структури теми.

Граф логічної структури I по темі: Гострі порушення мозкового кровообігу

Гострі порушення мозкового кровообігу



Граф логічної структури II
Гострі порушення мозкового кровообігу

IV. - Етіологія

Атеросклероз
 Гіпертонічна хвороба
 Артеріальна гіпотонія
 Аномалії розвитку та оклюзії судин
 Патологія серця
 Васкуліти
 Хвороби крові
 Інші захворювання

V. - Класифікація

Минущі порушення МК

Інсульти геморагічні

Інсульти ішемічні

VI. - Диференційна
 діагностика

Гемрагійний інсульт
 Ішемічний інсульт
 Гостра нейроінфекція
 Токсична
 енцефалопатія

Великий інфаркт мозку
 Емболія мозкових судин
 Гостра токсична
 енцефалопатія
 Геморагічний менінгоенцефаліт
 Пухлина головного мозку
 (крововилив в пухлину,
 дислокація стовбуру мозку)
 Гостра гіпертонічна
 енцефалопатія

Минущі порушення
 мозкового кровообігу
 Паренхіматозний
 геморагічний інсульт
 Пухлина головного мозку

VII. - Принципи лікування

Дегідратаційні засоби
 Гіпотензивні
 Кардіо- вазотонічні
 Антикоагулянти
 Антиагреганти
 Антиоксиданти
 Оксигенатори
 Ноотропні

Дегідратаційні засоби
 Гіпотензивні
 Гемостатичні
 Інгібітори фібринолізу
 Ноотропні
 Хірургічне лікування
 Симптоматична терапія

Фібринолітичні засоби
 Антикоагулянти
 Гемодилуція
 Антиагреганти
 Кардіотонічні
 Спазмолітичні
 Антиоксиданти
 Ноотропні
 Оксигенатори
 Хірургічне лікування

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

Орієнтовна карта для вивчення студентами літератури

Питання і послідовність дій	Вказівки до навчальних дій
1. Кровопостачання головного мозку	Вивчити по підручнику та анатомічному атласу основні судини головного мозку та області їх кровопостачання.
2. Класифікація порушень мозкового кровообігу.	Вивчити і записати собі в зошит схему класифікації порушень мозкового кровообігу.
3. Етіологія порушень кровообігу мозку.	Вивчити перелік захворювань і патологічних станів, які можуть бути причиною гострої і хронічної судинномозкової недостатності.
4. Патогенез розвитку порушень мозкового кровообігу.	Вивчити систему патогенетичних факторів розвитку гострих порушень мозкового кровообігу.
5. Клініка гострих порушень мозкового кровообігу.	Дати формулювання і систематизовано виписати і вивчити клінічні ознаки гострих порушень мозкового кровообігу: 1. Минулих порушень мозкового кровообігу: 1) гіпертонічного кризу, 2) ішемічних атак - каротидного і вертебро-базиллярного басейнів. 2. Геморагічного інсульту: 1) паренхіматозного крововиливу, 2) субарахноїдального крововиливу, 3) шлуночкового крововиливу. 3. Ішемічного інсульту: 1) тромбозу внутрішньої сонної і середньої мозкової артерій, 2) емболії судин мозку.
6. Використання параклінічних методів долідження в діагностиці гострих порушень мозкового кровообігу	Розібрати особливості змін очного дна, аналізів крові, ТЕГ, аналізу ліквору, РЕГ, ЕЕГ, ЕхоЕг, ангіографії при різних клінічних формах гострих порушень мозкового кровообігу.
7. Диференційна діагностика гострих порушень мозкового кровообігу	На прикладі обстежуваного на 1 занятті хворого, використовуючи граф логічної структури по темі, провести диференційну діагностику гострого порушення мозкового кровообігу: з гострими токсичними енцефалопатіями, з геморагічним менінгоенцефалітом, з пухлиною головного мозку,

8. Диференційне лікування гострих порушень мозкового кровообігу.

Використовуючи підручник і довідник “Лікарські засоби”, розібрати принципи лікування геморагічного та ішемічного інсультів в гострому періоді, гіпертонічних кризів та минулих порушень мозкового кровообігу типу ішемічних атак.

Засвоїти перелік, дозування та рецептуру препаратів:

дегідратуючих (протинабрякових),
гіпотензивних,
спазмолітичних,
кардіотонічних,
кровоспинних,
антикоагулянтів та фібринолітиків,
антиагрегантів,
антиоксидантів, поліпшуючих обмін нервової тканини,
розчинів, поліпшуючих мікроциркуляцію (гемодилуція).

9. Лікування та реабілітація хворих, які перенесли інсульт.

Вивчити принципи лікування хворих у відновному і резидуальному періодах інсультів.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ НА ПРАКТИЧНОМУ ЗАНЯТТІ

На першому практичному занятті студенти проводять клінічне обстеження тематичних хворих, ставлять топічний діагноз, потім попередній, по історії хвороби знайомляться з необхідними лабораторними, параклінічними дослідженнями. При необхідності проводять з викладачем дослідження ТЕГ та ЕхоЕГ. Проаналізувавши всі дані, встановлюють клінічний діагноз.

На другому занятті студенти повторно навідують хворих у палаті, уточнюють клінічні дані і проводять диференціальну діагностику. Після цього обговорюють принципи лікування курованого хворого.

Працюючи в палаті, студенти дотримуються правил деонтології та психотерапії. Обговорення з викладачем диференційного діагнозу, формулювання остаточного діагнозу, прогнозу проводять в учбовій кімнаті. В II частині другого заняття студенти вирішують ситуаційні задачі.

Орієнтовна карта для самостійної роботи

Послідовність і зміст дій	Методика виконання дій, практичних навичок
Вияснити паспортні дані хворого. Виявити скарги та анамнез.	Коротко записати собі основні дані. При опитуванні звернути увагу на всі ознаки гострого періоду захворювання, уточнити, чи не було раніше минутих порушень мозкового кровообігу. Вияснити питання спадкоємності. Якщо контакт з хворим неможливий, вияснити всі дані у родичів, скориставшись випискою з історії хвороби, з якою хворий прибув.
Дослідити неврологічний статус і серцево-судинну систему	Провести обстеження хворого по загальноприйнятій схемі: стан психіки, мова, черепні нерви, рухові функції, чутливість, вегетативні функції, менінгеальні симптоми, серце, пульс, АТ. Якщо у хворого порушена свідомість, звернути увагу на зовнішній вигляд обличчя, характер дихання, симетричність обличчя, очні симптоми, встановити можливість руху руками, ногами, реакцію на укол шпилькою. В разі наявності у хворого афазії, перевірити всі можливі функції нервової системи і визначити тип афазії.
Поставити топічний діагноз.	Проаналізувати виявлені неврологічні симптоми, синдром, який мається - загально мозкові та осередкові симптоми; визначити локалізацію патологічного осередку. Перевірити свої висновки по стелу провідних шляхів.
Лабораторні параклінічні дослідження.	Ознайомитися по історії хвороби з результатами лабораторних досліджень, необхідних для обґрунтування остаточного діагнозу: аналізи крові, ліквору, стан очного дна, інші лабораторні дослідження. РЕГ - звернути увагу на форму кривої, її висоту, наявність зубців та інцизури, підняття і спуск, форму вершини, симетричність кривих обох півкуль, наявність венозного зубця. ЕхоЕГ - виконати разом з викладачем, встановити положення М-еха.

	При необхідності виконати в лабораторії ТЕГ курованого хворого. ЕЕГ - вивчити характер біоритмів, їх синхронність, наявність повільних хвиль. ЕКГ - наявність ІХС, аритмії.
Провести диференційну діагностику і сформулювати остаточний діагноз - клінічний і функціональний.	Враховуючи клінічні дані, локалізацію патологічного осередку (топічний діагноз), показники параклінічних досліджень, провести диференційну діагностику та сформулювати остаточний діагноз, в якому повинні бути відображені етіологія і характер судинного порушення, локалізація осередку ураження (басейн судини) та клінічний синдром, стадія хвороби.
Призначити лікування.	При призначенні лікування виписати рецепти на всі необхідні медикаменти, вказати режим, дієту, фіз. методи лікування.
Вирішити питання працездатності і визначити прогноз.	

Для роботи використовуються фонендоскоп, тонометр, неврологічний молоток, набори для дослідження чутливості, вищих коркових функцій, учбові таблиці, набір медикаментів. При необхідності тромбоеластограф та ехо-енцефалограф.

В процесі самостійної роботи в палаті та учбовій кімнаті правильність всіх дій і висновків повинні постійно контролюватись викладачем. студенти звертаються до викладача за консультативною допомогою у всіх важких ситуаціях.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ПО ТЕМІ СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.

Задача N 1. Хворому 47 років. Під час виступу на виробничій нараді раптово відчув біль в шийно-потиличній ділянці, запаморочення, з'явилася “сітка перед очима”, почуття жару, рясне потовиділення. Вимушений був прервати промову. Доставлений на здоровпункт. При огляді: обличчя і шия гіперемовані, свіжий крововилив під склеру правого ока. Пульс напружений, 86 у хв. АТ - 210/120. Тони серця голосні, акцент на аорті. Хворий збуджений, подразливий. Відмічається легкий тремор рук. Менінгеальних симптомів немає. Під час огляду- блювота. Такий стан розвився вперше. Рік назад при диспансерному огляді виявлено підвищений АТ. В наступному до лікаря не звертався, ліків не приймав. Встановити діагноз, призначити лікування, режим. Чи потрібно хворого госпіталізувати? Які допоміжні дослідження потрібно зробити?

Задача N 2. Хворому 58 років, санітарний інспектор. Скарги на похитування при ходінні, заміщення правої половини тіла, захриплість голосу і повну неможливість ковтання. Захворів 2 місяці тому: з'явився головний біль, запаморочення, один раз була блювота, став похилитися при ковтанні і скоро зовсім перестав ковтати. Всі 2 місяці приймав їжу через зонд. Раніше до захворювання періодично непокоїв головний біль та запаморочення. Об'єктивно: тони серця ослаблені, пульс ритмічний, 82 у хв., АТ- 160/90. Ліворуч синдром Горнера, гіпестезія лівої половини обличчя, м'яке піднебіння злегка звисає, голос гугнявий, відсутній глотковий рефлекс, ковтання неможливе. Правостороння гемігіпестезія, сухожильні та надкiсткові рефлекс праворуч вище, черевні праворуч не викликаються. З обох боків с-м Марінеско-Радовічі. Хода злегка атаксична, промахування при виконанні координаторних проб зліва. Встановити топiчний та клінічний діагнози, призначити лікування, режим, параклінічні дослідження.

Задача N 3. Хворій 65 років. На протязі багатьох років спостерігається терапевтом з приводу ІХС, коронаросклероза. Увечері після прання білизни з'явилось серцебиття, загальна слабкість, похолодіння рук і ніг. Лягла в ліжку. Через деякий час розвилась слабкість у правій руці, відчуття поколювання у правій половині обличчя та язика. затруднення мови. Доставлена в стаціонар. При огляді: хвора бліда, шкіра волога, холодна. Губи ціанотичні. Пульс слабого наповнення, аритмічний 110 у хв., АТ 85/50. Свідомість ясна. Менінгеальних симптомів немає. Легка зглаженість правої носо-губної складки, девіація язика праворуч. Моторна афазія. глибокий парез правої руки, м'язовий тонус знижений. Сухожильні рефлекс на правих руці і нозі підвищені. Зроблена РЕГ: на півкульних РЕГ форма вершини аркоподібна, відмічається різке зниження амплітуди РЕГ в і лівому фронтотомографічному відведенні. Зниження кровонаповнення на 60%. Встановити топiчний та клінічний діагнози, призначити режим, лікування. Які ще лабораторні дослідження необхідно зробити?

Задача 4. Хворій 33 роки, працює в ресторані вантажником. Доставлена машиною “Швидкої допомоги” в стаціонар у важкому стані. Зі слів супроводжуючих вияснено, що раніше вона нічим не хворіла, зловживає алкоголем, через що розпалась сім'я. В день, коли вона поступила в лікарню, після великого фізичного та емоційного напруження, поскаржилась на різкий головний біль, була збуджена, “вся тремтіла”. Випила півсклянки коньяку, стан погіршився: посилювався головний біль, багаторазова блювота,росло збудження і була викликана “Швидка допомога”. Об'єктивно: обличчя гіперемоване, шкіра волога. Пульс ритмічний, 110 у хв., АТ - 120/80. Дихання ритмічне. Температура тіла - 37,5. Свідомість переплутана, розказати про себе не може, в місці і часі дезорієнтована. В

контакт входить погано, поведінка при огляді неправильна, збуджена, багато і голосно говорить, намагається встати, стогне. Виражена ригідність потиличних м'язів, позитивні симптоми Керніга і Брудзинського. Злегка обмежене відведення очних яблук. Парезів немає. Порушень чутливості не визначається. Сухожильні рефлекси рівномірно пожвавлені, двосторонній с-м Бабінського, хапальний рефлекс.

Задача 5. Хворій 44 роки, педагог. На протязі декількох років хворіє гіпертонічною хворобою, в останні 2 роки багато разів були церебральні кризи з підвищенням тиску до 240/120. Уже 10 днів знаходилась на лікарняному листку з приводу гіпертонічного кризу, одержувала діуретичні і судинорозширюючі препарати, але тиск не знижувався, продовжував непокоїти головний біль, погане самопочуття. Увечері після ванни стан різко погіршився: посилювався головний біль, блювота, перестала пізнавати оточуючих, не розуміла зверненої до неї мови, потім втратила свідомість. (Анамнез зі слів чоловіка). При огляді: стан хворої важкий, обличчя пастозне, синюшно-червоного кольору. Дихання шумне, прискорене до 50 у хв. Пульс напружений, ритмічний, 96 у хв. АТ- 260/140. Шкіра волога. Температура тіла - 37,8. Свідомість втрачена, на огляд, больові подразнення не реагує. Виражені ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга та верхній Брудзинського зліва. Голова і очі відхилені вліво. Права щока парусить. Ковтання збережено. У правій руці рухів немає, пасивно піднята, вона падає. Ліва рука опускається повільно. Праворуч симптом "ротированої стопи". сухожильні рефлекси праворуч підвищені, праворуч с-ми Бабінського, Оппенгейма, Россолімо

Встановити топічний та клінічний діагнози, призначити лікування. Вирішити питання про госпіталізацію, визначити необхідні параклінічні дослідження. Визначити прогноз.

Задача 6. Хворому 48 років, лікар. Хворіє гіпертонічною хворобою декілька років, періодично лікується. Вчора після емоційного стресу (неприємності на роботі) виник різкий головний біль, "як ударило чимсь", з'явилася нудота. Болетамуючі та судинорозширюючі препарати не допомогли, всю ніч не спав, на утро доставлений у лікарню. Об'єктивно: температура нормальна. Виражена деяка збудженість, обличчя злегка гіперемоване. Пульс напружений, 56 у хв., АТ - 220/130. Різко виражені менінгеальні симптоми: ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, світлобоязнь, загальна гіперестезія. Черепні нерви без патології. Парезів немає. Рефлекси жваві, рівномірні.

Встановити діагноз, призначити лікування, режим, обстеження.

Задача 7. Хворій 53 роки. Скаржиться на повторні блювоти, запаморочення, які посилюються при переміні положення голови. Захворіла гостро: під час розмови із співробітниками раптово відчула запаморочення, важко було вдержатися на ногах, "все попливло перед очима", виникла нудота, а потім блювота. Раніше таких станів не бувало. В останні декілька років відмічається зниження пам'яті. Об'єктивно: хвора лежить на правому боці з закритими очима, при спробі змінити положення виникає блювота. Свідомість ясна. Горизонтальний ністагм при погляді вправо. Шум у правому вухі. Фонація і ковтання не порушені. Глоточний рефлекс жвавий. Слабкості в кінцівках немає. Сухожилкові рефлекси жваві, рівномірні. Патологічних немає. АТ -150/80. Тони серця приглушені. Знижена пульсація артерій тилу стоп. На очному дні звужені артерії сітчатки.

Встановити топічний та клінічний діагнози, призначити лікування, обстеження.

Задача 8. Хворому 57 років. Поступив у відділення зі скаргами на слабкість і невдалість рухів у правій руці і нозі, незначне затrudнення мови. Захворів 2 роки тому. Працював водієм автобуса, нічим раніше не хворів, під час поїздки раптово відчув заніміння правої руки, напарник по роботі змінив його за кермом, а він сам приліг на сидіння. Заніміння не проходило. Приїхав додому і відчув уже дома заніміння правої ноги. Вранці після сну

зникли рухи в правій руці і нозі, стало важко розмовляти. Був поміщений в стаціонар. Через 2 тижні стан покращився, рухи стали відновлюватися, через півтора місяці почав ходити. Одержав II групу інвалідності. Об'єктивно: АТ- 150/90. Тони серця злегка ослаблені. Праворуч слабкість м'язів в нижній частині обличчя, язик при висуванні відхиляється вправо. М'язова сила в правих руці і нозі знижена до 3 балів, м'язовий тонус підвищений по спастичному типу. Сухожилкові рефлекс праворуч підвищені, клонус правої стопи, праворуч с-ми Бабінського і Россолімо. З обох боків с-м Марінеско-Радовічі. Легка правостороння гемігіпестезія. Хода геміпаретична, поза Верніке-Манна. На очному дні звужені судини сітчатки, на РЕГ півкуль форма вершини закруглена, інцизура та дикротичний зубець зглажені, збільшений кут нахилу висхідної частини, час висхідної частини збільшено, амплітуда РЕГ-хвилі знижена. Аналіз крові: фібріноген - 4,11, фібріноген Б ++, протромбіновий індекс -80%.

Встановити клінічний, топічний та функціональний діагнози, визначити працездатність, призначити лікування, дати рекомендації у відношенні режиму.

Задача 9. Хворому 54 роки. Лікар запрошений додому. Скарги на слабкість і обмеження рухів в лівій руці, плаксивість, затуднення мови і ковтання. Захворів тиждень тому. Вночі прокинувся і спробував встати, при цьому відчув, що ліва рука не рухається, злякався, ліг знову у ліжку, розбудив дружину. Лікар "Швидкої допомоги" сказав, що у нього високий тиск і призначив лікування. Через три дні почали з'являтися рухи в руці, хворий помітив деяке затруднення мови і ковтання. Відомо, що підвищення тиску вже спостерігається на протязі 5 років. Об'єктивно: тони серця ритмічні, пульс напружений -74 у хв. АТ- 220/105. Слабкість м'язів в нижній частині обличчя зліва, язик відхиляється вліво. Мова злегка дизартрична, іноді поперхується при ковтанні, глоточний рефлекс жвавий. Виражені хоботковий рефлекс і с-м Марінеско-Радовічі. Обсяг рухів у лівій руці обмежений, сила знижена, тонус підвищений. Рефлекси рук зліва вище. Рухи в ногах у повному обсязі, сила нормальна, рефлекси рівномірні. Зліва с-м Бабінського. На ЕКГ: ішемія задньої стінки лівого шлуночка.

Встановити діагноз, призначити лікування, режим, додаткові дослідження.

Задача 10. Хворого доставили з вулиці в непритомному стані, на вигляд йому років 60. Обличчя бліде, зіниці звичайної ширини, реакція зіниць відсутня. Права щока парусить при диханні. Праві кінцівки падають, в лівих періодично спостерігаються стереотипні рухи. М'язовий тонус в правих кінцівках знижений, симптом ротованої стопи. Рефлекси кінцівок справа підвищені, клонус стопи. Двосторонні симптоми Бабінського, Оппенгейма, Марінеско-Радовічі. Менінгеальних симптомів немає. Тони серця ослаблені, мерехтлива аритмія. АТ- 150/100. В приймальному відділенні проведені дослідження. Очне дно: вузькі судини сітчатки. Ліквор: тиск нормальний, безбарвний, прозорий, білок - 0,66 г/л, цитоз - 3 лімфоцити в 1 мкл, глюкоза -3,2 ммоль/л. Аналіз крові клінічний без патології. РЕГ: на одержаних РЕГ форма вершини аркоподібна, різке зниження амплітуди РЕГ в ділянці лівого фронтомастоїдального відведення. ЕхоЕГ: зміщення М-ехо не виявлено.

Встановити топічний та клінічний діагнози, призначити лікування.

Задача 11. Хворій 57 років. В останні 6 років періодично відмічалось підвищення АТ, при цьому непокоїв головний біль. Півроку тому вранці хвора відчула слабкість у правій руці, встала, пройшлась по кімнаті і самопочуття погіршилось, почала слабіти права нога, до вечора рухи повністю зникли, з'явилося утруднення мови. Одержувала лікування вдома, тижнів через два мова відновилась, з'явилися рухи в нозі, потім в руці. Ще через місяць стала ходити, але виник упертий пекучий біль у всій правій половині тіла, який заспокоювався тільки вночі. Знеболюючі препарати біль не вгамовують. Об'єктивно: АТ- 150/90. Пульс ритмічний, серцева діяльність нормальна. В неврологічному статусі:

правостороння геміанопсія, слабкість м'язів праворуч по центральному типу. Правосторонній геміпарез, м'язовий тонус підвищений по спастичному типу. Поза Верніке-Манна. Рефлекси правих кінцівок підвищені, мається симптом Бабінського. Праворуч легка гемігіпестезія з проявами гіперпатії, в пальцях правої ноги знижене м'язово-суглобне почуття. Хвора ходить, хода геміпаретична. На очному дні звуження судин сітчатки. РЕГ: форма вершини півкульних РЕГ закруглена, інцизура і дикротичний зубець зглажені, амплітуда РЕГ-хвиль знижена. Аналіз крові: фібриноген -311 мг % , фібриноген Б+, протромбіновий індекс - 100%.

Встановити клінічний, топічний та функціональний діагноз, призначити лікування.

Задача 12. У відділення доставлена хвора 56 років у важкому непритомному стані. Зі слів родичів з'ясовано, що вона давно хворіє на гіпертонічну хворобу, знаходиться під наглядом лікаря-кардіолога, постійно вживає депресін, іноді клофелін. Сьогодні вдень нерувала, поскаржилась на головний біль, потім раптово втратила свідомість, порушилось дихання. Об'єктивно: обличчя гіперемоване, вкрите крапельками поту, дихання шумне, уривчасте, ліва щока парусить. Очі закриті, при піднятті повік видно плаваючі рухи очних яблук і двосторонній мідріаз. Зіничні реакції і корнеальні рефлекси відсутні. В правих руці і нозі періодичні паракінези (стереотипні рухи), ліві нерухомі, ліва стопа ротована назовні. Гіпотонія в усіх кінцівках, періодично загальна тонічна судорога (горметонічний синдром). Рефлекси кінцівок різко ослаблені. Зліва симптоми Бабінського, Оппенгейма. На уколи реакції немає. Помірна ригідність м'язів потилиці. Температура -39, АТ- 240/130. Пульс напружений, ритмічний, 120 у хв. Тони серця голосні, акцент на аорті. Зроблена люмбальна пункція: ліквор кров'янистий.

Встановити топічний та клінічний діагнози, призначити лікування.

Задача 13. Хворий 65 років поступив у клініку зі скаргами на двоїння в очах, слабкість в правих руці і нозі. Захворів раптово: без видимої причини з'явилося двоїння в очах, опустилась ліва повіка, а через декілька годин відчув слабкість у правих руці і нозі. До теперішнього захворювання періодично відмічав головний біль, похитування при ході, запаморочення. Скаржиться на зниження пам'яті. Об'єктивно: АТ- 160/100. Пульс аритмічний. Тони серця ослаблені. Пульсація стопних судин ослаблена. В неврологічному статусі: на очному дні вузькі судини. Зліва птоз, мідріаз, різко ослаблені зіничні реакції на світло, на конвергенцію і акомодацию, косоокість, яка розходиться, порушена конвергенція. Праворуч слабкість м'язів нижньої щелепи обличчя. М'язова сила в правих кінцівках знижена до 3 балів, тонус підвищений. Рефлекси праворуч підвищені, черевні знижені, позитивні симптоми Бабінського, Россолімо, Жуковського. РЕГ: форма вершини РЕГ-хвилі закруглена, амплітуда знижена, інцизура і дикротичний зубець зглажені. Аналіз крові: протромбіновий індекс 105 , Толерантність плазми до гепарину -1'30", фібриноліз - 240 хв.

Встановити клінічний та топічний діагнози, призначити лікування.

Задача 14. Хворому 58 років. 8 років хворіє гіпертонічною хворобою. 3 роки тому після неприємностей на роботі раптово відчув заніміння правої щоки і руки, після цього знепритомнів. Прийшов в себе в лікарні через добу, була втрата мови, параліч правих руки і ноги. Поступово стан покращився, але все рівно погано ходить, відчуває затруднення мови. Має II групу інвалідності. Сьогодні вдень з'явився різкий головний біль, запаморочення, була кілька разів блювота. Доставлений в стаціонар. Об'єктивно: АТ- 230/135. Межі серця розширені вліво, акцент 2-го тону на аорті. Пульс напружений. 78 у хв. При оскалі зубів, правий кут рота гірше розкривається. Правосторонній геміпарез зі зниженням сили в руці до 2 балів, в нозі до 3. Хода геміпаретична, поза Верніке- Манна. М'язовий тонус у правих кінцівках підвищений по спастичному типу. В позі Ромберга не

стійкий. Виражені хоботковий рефлекс, симптом Марінеско-Радовічі, насильницький плач. Мова трохи затруднена, деякі слова вимовляє неправильно, часто не може підібрати потрібне слово. Інструкції виконує правильно. На очному дні судини склерозовані. ЕКГ: порушення внутрішньошлуночкової провідності, ішемія в задній стінці лівого шлуночка. Коагулограма крові без патології. РЕГ: на РЕГ виявлена міжпівкульна асиметрія, амплітуда кривих зліва значно менше, ніж справа. Крутий підйом анакротичної фази і різкий спуск катакротичної фази РЕГ-хвилі. З двох боків реєструються венозні хвилі.

Встановити клінічний, топічний і функціональний діагнози, призначити лікування.

Задача 15. Хворій 52 роки. Доставлена в лікарню машиною “Швидкої допомоги”. Підібрана в магазині, де вона стояла в черзі, було спекотно, раптово знепритомніла і впала. Об’єктивно: пульс напружений, ритмічний, 80 у хв. АТ- 200/120. Непритомна, кома. Обличчя багрове, припухле, дихання стерторозне, при диханні права щока парусить. Зіничні реакції відсутні. Очі звернені вліво. М’язовий тонус в кінцівках знижений, рефлекси не викликаються. Права рука падає, права стопа ротована назовні. Праворуч симптом Бабінського. Нерізко позитивний симптом Керніга.

Встановити діагноз, призначити лікування і необхідне обстеження.

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Мисюк Н.С., Гурленя А.М. Нервные болезни. Ч.ІІ. - Минск, 1984.
2. Нервові хвороби /За ред. О.А.Яроша.- К., 1993.- 487 с.
3. Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни.- М., 1988.- 640 с.

Допоміжна:

1. Горбач И.Н. Критерии диагностики в невропатологии: Нозоматика.- Мн., 1995.- 318 с.
2. Неврология /Под ред. М.Самуэльса.- М., 1997.- 640 с.
3. Лудянский Э.А. Руководство по заболеваниям нервной системы. - Вологда, 1995.- 424 с.
4. Болезни нервной системы/ Под ред Н.Н.Яхно. т. І.- М., 1995. - 656 с.
5. Справочник по неврологии /Под ред Е.В.Шмидта, Н.В.Верещагина. - М., 1989.- 496 с.
6. Самойлов В.И. Субарахноидальное кровоизлияние.- Л., 1990.- 232 с.
7. Віничук С.М. Судинні захворювання головного та спинного мозку. К., 1996 - 116 с.