

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ
Тема занятия: «Инфекционные заболевания ЦНС»

ЗАДАЧА № 1

Пациент М., 35 лет, считает себя больным с конца 2000 года. В это время он находился в таежном районе Дальнего Востока. Известно, что повысилась температура тела до 38,6 °С, был озноб, болела шея, руки, ноги и поясница, была тошнота, рвота, светобоязнь. В первые дни заболевания отмечена ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского, Язык был сухим, обложенным. При исследовании крови в этот период болезни установлено: СОЭ – 25 мм/час, Л – 12,0 Г/л; п – 15%; э – 1%; лф – 16%; м – 8%; с – 60%. Спинномозговая жидкость: давление – 320 мм вод. ст., прозрачная, белок – 0,8 г/л; реакция Панди – положительная, плеоцитоз – 158 лф. К десятому дню болезни температура тела стала нормальной, уменьшились менингеальные симптомы и появились миоклонические подергивания в левой половине лица. К концу шестой недели после начала заболевания сохранялись миоклонии левого угла рта. С 2001 года стал отмечать дрожание рук, во время работы руки стали быстро уставать, поднятые вверх руки было трудно удерживать. Слабость прогрессивно нарастала, появилось ограничение движений в плечевых суставах.

Объективно: видны миоклонические подергивания левого угла рта, голова свисает, с большим трудом больной откидывает голову назад и удерживает ее в вертикальном положении. Неустойчив в пробе Ромберга. Походка нормальная. Плечи опущены. Движения в плечевых и локтевых суставах отсутствуют, ограничены в лучезапястном и в меньшей степени, в пальцах кистей. Атония проксимальных мышечных групп рук. Атрофия трапециевидных, дельтовидных, двуглавых, трехглавых, больших и малых грудных, надостных и подостных мышц. В этих мышцах наблюдаются фибриллярные подергивания. Отсутствуют сухожильные и периостальные рефлексы с двуглавых и трехглавых мышц, лучезапястные рефлексы. Кисти рук цианотичны, отечны, кожные складки сглажены, ногти тусклые, ломкие. Движения ног не ограничены. Мышечный тонус и сила не изменены. Глубокие рефлексы с ног равны, удовлетворительные. Патологических рефлексов не выявлено. Все виды чувствительности сохранены. Тазовых расстройств нет. За время пребывания в клинике у больного отмечался приступ клонических судорог мышц левой половины лица, затем такого же характера судороги появились в левой руке, а вслед за этим развился общий судорожный приступ, продолжавшийся 3 минуты.

Вопросы:

1. Какие неврологические синдромы имеют место у больного?
2. Укажите, где локализуется патологический процесс. Представьте патофизиологический анализ симптомов.
3. Как называются приступы, наблюдавшиеся у больного?
4. Поставьте диагноз болезни.

5. Что Вы знаете об этиологии и эпидемиологии этого заболевания?
6. Какой патогенез данного заболевания?
7. Существует ли профилактика данного заболевания?
8. Как исследовать симптом Кернига?
9. Лечение и прогноз.

ЗАДАЧА № 2

У ребенка шести лет появились кашель, насморк, боль в горле, головная боль, тошнота, повысилась температура тела до 38,5 °С. На следующий день температура стала нормальной, а через два дня вновь увеличилась до 37,8 °С, ребенок стал поперхиваться, голос сделался глухим, появилось затрудненное дыхание, паралич мышц лица и правой руки. Доставлен в больницу на пятый день болезни в тяжелом состоянии.

При осмотре ребенок в сознании. Гиперемия пятнами на лице и шее. Пульс 108 ударов в минуту, слабого наполнения, аритмичный; дыхание 20 в минуту, поверхностное, неритмичное. Периодически в носоглотке, в полости рта накапливается слюна и слизь, дыхание становится клочущим. При вдохе расширяются крылья носа. Грудная клетка и диафрагма подвижны. Артериальное давление 100/60 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких много влажных хрипов. Зрачки симметричные, правильной формы, реакция их на свет удовлетворительная. Определяется спонтанный горизонтальный крупноразмашистый нистагм при взгляде в стороны. Чувствительность кожи лица не нарушена. Движения нижней челюсти не ограничены. Кожные складки на правой половине лба сглажены. Правая бровь ниже левой. Правосторонний лагофthalm. Опушен правый угол рта. Корнеальный рефлекс справа. Мягкое небо при фонации не поднимается. Глоточный рефлекс снижен, рефлекс мягкого неба отсутствует. Голос гнусавый. Глотание затруднено. Движения головы не ограничены. Язык высовывает по средней линии. Атрофий языка нет. Движения левой рукой совершает в полном объеме. Резко ограничены движения в плечевом и локтевом суставах правой руки; в лучезапястном суставе и в пальцах правой кисти движения совершает свободно. Во всех сегментах ног движения сохранены. Тонус правых дельтовидной, двуглавой и трехглавой мышц резко понижен, сила их составляет 3 балла. Все виды чувствительности сохранены. Сгибательно-локтевой и разгибательно-локтевой рефлекс с правой руки не вызываются, с левой руки сохранены. Лучезапястные рефлексы удовлетворительные, симметричные, ахилловы – равномерные. Патологические рефлексы не вызываются.

Кровь: Эр – 4.2 Т/л; Л- 11,8 Г/л; п – 6%, с – 47%, лф – 43%, м – 4%, СОЭ – 16 мм/час. Ликвор: белок – 0,4 г/л; цитоз: лф – 215, н – 3. Реакция Панди положительная.

Вопросы:

1. Как исследуется бицепс-рефлекс? Назовите рефлекторную дугу этого рефлекса.
2. Какие неврологические синдромы имеются у больного?
3. Где локализуется в данном случае патологический процесс?

4. Какой клинический диагноз?
5. Какие клинические формы данного заболевания Вы знаете?
6. Какие Вы знаете методы диагностики, имеющие значение для определения прогноза этой болезни?
7. Терапия при данном заболевании.

ЗАДАЧА № 3

В марте 2006 г. в поликлинику поступил вызов на дом к больной У., 17 лет, с жалобами на высокую температуру (39,7 °С), сильную головную боль и рвоту. Больна первый день. Ранее (до школы и в начальных классах) часто болела простудными заболеваниями, но последнее время стала заниматься спортом, аэробикой, болела редко. 5 дней назад ездила на соревнования в другой город, где перенесла стресс и переохлаждение. Контакт с инфекционными больными точно не подтвержден.

Из анамнеза жизни: рождена в срок, беременность и роды у матери протекали нормально. В раннем детстве развивалась без отставания, посещала детские дошкольные учреждения, в школу пошла с 6 лет. Училась на «4». В настоящее время продолжает обучение в колледже. Живет с родителями. Имеет младшую сестру 15 лет. В семье все здоровы. Травм, операций, переливаний крови, аллергических реакций не было. Менструации с 13 лет, регулярные.

При осмотре у неё выявлены: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, артериальная гипотензия (АД 95/60 мм рт ст), повышение температуры 40 °С, озноб, брадикардия, сменяющаяся тахикардией, аритмия, выраженные менингеальные знаки: ригидность шейных мышц, симптом Кернига, симптомы Брудзинского, общая гиперестезия, полиморфная эритематозная сыпь, психомоторное возбуждение, светобоязнь, диплопия, птоз, косоглазие, повышение глубоких рефлексов, двухсторонний симптом Бабинского.

Общий анализ крови по "cito": гемоглобин 120 г/л; эритроциты 4,1 Т/л; лейкоциты 28,5 Г/л; с 72%; п 8%; моноциты 2%; лимфоциты 13%; эозинофилы 5%, СОЭ 44мм/ч.

Вопросы:

1. На основании выделения основных патогномоничных синдромов обоснуйте Ваше предварительное заключение?
2. Что поможет в диагностике?
3. Что Вы знаете об этиологии и эпидемиологии данного заболевания?
4. Что лежит в основе патогенеза этого заболевания?
5. Какая форма заболевания у данной больной, и какие основные клинические формы данного заболевания Вы знаете?
6. Основные лечебные мероприятия на госпитальном этапе?
7. Тактика ведения больного при выявлении данного заболевания?