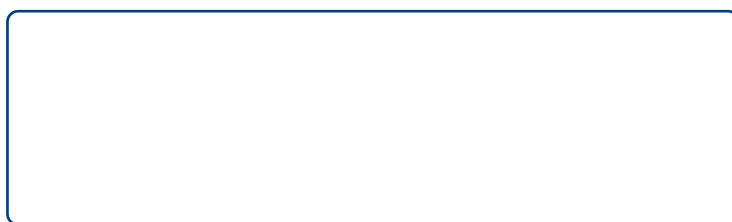


**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-методической работе



_____ А.И. Аллахвердиев
«25» февраля 2025 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б1.О.01 Неврология
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.42 Неврология
Квалификация	Врач – невролог
Форма обучения	Очная

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины

Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	1. Организация неврологической помощи.	1. Общие принципы организации неврологической помощи.
2	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	2. Фундаментальная неврология	2. Кора головного мозга, локализация функций, анатомо-физиологические данные. 3. Вегетативная нервная система, основные функции, анатомофизиологические данные 4. Периферическая нервная система, основные функции, анатомофизиологические данные 5. Оболочки головного и спинного мозга, анатомо-физиологические данные, ликвор, его состав в норме и при патологии
3	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	3. Топическая диагностика заболеваний нервной системы	6. Двигательные нарушения 7. Чувствительность, проводящие пути поверхностной и глубокой чувствительности, локализация нейронов 8. Экстрапирамидная система, основные функции, анатомо-физиологические данные.

			9. Мозжечок, основные функции, анатомо-физиологические данные 10. Черепные нервы, основные функции, анатомо-физиологические данные, локализация ядер в стволе мозга. 11. Ствол головного мозга и спинной мозг. Основные функции, анатомофизиологические данные.
4	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	4. Лабораторные и инструментальные методы диагностики	12. Электрофизиологические методы исследования. 13. Ультразвуковые методы исследования (Эхо-ЭГ, доплерография). 14. Лучевые методы исследования 15. Люмбальная пункция.
5	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	5. Основные неврологические синдромы	16. Болевые синдромы спины и конечностей. 17. Полинейропатический синдром. 18. Головные боли, головокружение. 19. Синдром внутричерепной гипертензии. Гидроцефалия.
6	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	6. Неотложная неврология	20. Нейрореаниматология 21. Нарушения сознания.
7	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	7. Заболевания нервной системы	22. Сосудистые заболевания нервной системы. 23. Воспалительные заболевания нервной системы: менингиты, энцефалиты, абсцесс головного мозга. 24. Демиелинизирующие заболевания нервной системы. 25. Пароксизмальные расстройства сознания, эпилепсия. 26. Опухоли головного и спинного мозга. 27. Дегенеративные заболевания нервной системы. 28. Нервно-мышечные заболевания. 29. Наследственные заболевания нервной системы. 30. Боковой амиотрофический склероз. 31. Миастения и миастенические синдромы. 32. Ботулизм. 33. Нарушение сна и бодрствования.

			34. Неврологические расстройства при алкоголизме и наркомании. 35. Дегенеративные заболевания с когнитивными нарушениями. 36. Нейрокожные синдромы 37. Врожденные аномалии. Сирингомиелия. 38. Неврологические расстройства при соматических заболеваниях и беременности.
8	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	8. Травматические повреждения центральной нервной системы	39. Черепно-мозговая травма 40. Травма позвоночника и спинного мозга.
9	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8	9.Паллиативная помощь.	41. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8

Раздел 1. Организация неврологической помощи.

Выберите один или несколько правильных ответов. **Тесты:**

1. Первичная медико-санитарная помощь является:

- А. компонентом добровольного медицинского страхования;
 - Б. формой оказания лечебно-профилактической помощи городскому населению;
 - В. основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи;
 - Г. комплексом мер социального характера.
- Ответ в

2. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению являются все, кроме

- а) укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
 - б) обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
 - в) развитие общеврачебных практик
 - г) создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
 - д) развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторнополиклинической помощи
 - е) увеличения количества участковых врачей и разукрупнения участков
- Ответ е

3. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться а) на федеральном уровне

- б) на региональном уровне
- в) на уровне руководителя учреждения Ответ в

4. Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений

- а) лечебно-диагностическая работа
- б) экспертиза стойкой утраты трудоспособности
- в) профилактическая работа, диспансеризация
- г) организационно-методическая работа
- д) гигиеническое воспитание и обучение населения Ответ б

5. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме

- а) территориально-участкового
- б) бригадного
- в) ведомственного
- г) частного Ответ г

6. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме

- а) территориально-участкового
- б) бригадного
- в) ведомственного
- г) частного Ответ г

7. Пути повышения качества стационарного лечения все, кроме

- а) контроля качества стационарной помощи
- б) соблюдения этапов лечебно-диагностического процесса
- в) обоснованности направления больного в стационар
- г) направления больного в профильное отделение стационара
- д) тотальной госпитализации больных Ответ д

8. Отделение экстренной и планово – консультативной помощи не выполняет следующие функции

- а) организует и проводит выездные консультации врачей – специалистов
- б) проводит заочные консультации
- в) разрабатывает предложения о порядке и показаниях к направлению больных для консультаций
- г) организует медицинскую помощь сельскому населению Ответ г

9. В отделении восстановительного лечения проводится

- а) профилактика нарушений функционального состояния органов и систем
- б) ускорение течения процессов регенерации поврежденных органов и тканей
- в) стимуляция восстановления нарушенных функций
- г) обеспечение оптимального уровня реадaptации больного в социальной среде

д) все вышеперечисленное верно Ответ д

10. Показателями эффективности и качества проведения диспансеризации могут быть

- а) показатель частоты обострения, систематичность наблюдения
- б) показатель частоты проведения лечебно-профилактических мероприятий
- в) переход больных, находящихся на ДН, из одной группы наблюдения в другую
- г) среднее число Дней госпитализации ответ а

11. Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают

- а) создание межрайонных специализированных центров и больниц
- б) специализацию коечного фонда
- в) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса г) все вышеперечисленное
- д) нет правильного ответа Ответ: г

12. В какие сроки должны госпитализироваться больные с кровотечением, шоком?

- а) 6 часов с момента травмы
- б) 3 часа с момента травмы
- в) 10 часов с момента травмы
- г) 1 час с момента травмы Ответ г

13. В какие сроки должны госпитализироваться больные с острой патологией?

- а) 10 часов с момента заболевания
- б) первые сутки с момента заболевания
- в) 6 часов с момента заболевания
- г) 2 часа с момента заболевания Ответ в

14. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

- а) утрата сознания
- б) рвота
- в) психомоторное возбуждение
- г) инфаркт миокарда
- д) отек легкого

Правильный ответ: д

15. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска:

- а) выраженный острый болевой синдром,
- б) нарушение функции тазовых органов,
- в) спондилолистез,
- г) утрата ахиллова рефлекса,
- д) утрата коленного рефлекса.

Правильный ответ: б

16. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение:

- а) антигипертензивных препаратов
- б) вазоактивных средств
- в) антиагрегантов
- г) антиоксидантов
- д) препаратов, нормализующих липидный обмен

Ответ: д

17. Первой мерой помощи больному при эпилептическом статусе является:

- а) иммобилизация головы
- б) симметричная компрессия конечностей
- в) введение воздуховода в ротоглотку
- г) дача ингаляционного наркоза закисью азота
- д) инъекция реланиума

Ответ: г

18. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

- а) утрата сознания
- б) рвота
- в) психомоторное возбуждение
- г) инфаркт миокарда
- д) отек легкого

Ответ: д

19. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

- а) анальгетиков
- б) спазмолитиков
- в) противосудорожных средств
- г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного Ответ: в

20. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать:

- а) кортикостероиды
- б) противосудорожные препараты
- в) противопаркинсонические препараты
- г) центральные антигипертензивные препараты
- д) все перечисленные препараты

Ответ: д

Ситуационные задачи

Задача №1

После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при

кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Консультация каких специалистов может потребоваться?
- 5) Лечение?
- 6) Предложите план реабилитационных мероприятий.
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 8)

Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

Ответ:

- 1) Корешок S1 слева
- 2) Рентгенография или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- 3) Спондилогенная радикулопатия S1 слева. Мышечно-тонический синдром.
- 4) Невролог, нейрохирург.
- 5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты

(НПВП):

при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; Иглорефлексотерапия.

6) Реабилитационные мероприятия в стадии обострения заболевания имеют преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая, дезадаптирует больного. Ведущими средствами реабилитации являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия.

7) Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде). Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гирудотерапия, антигомотоксическая терапия, психотерапия, направленная на обучения способам произвольного уменьшения болевых ощущений.

8) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

Задача №2

Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из

рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

Задания:

- 1) Какое заболевание можно предположить?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Перечислите факторы внешней среды, которые могут вызвать данное заболевание.
- 4) Какие мероприятия должны быть предприняты на производстве?
- 5) Какие обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?
- 6) Тактика лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 8) Предложите профилактические мероприятия.

Ответ:

- 1) Полинейропатия при экзогенной интоксикации, сенсорно-моторно-вегетативная.
- 2) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей
- 3) Промышленные яды, используемые при производстве. Наиболее частыми причинами развития интоксикаций являются соединения тяжелых металлов, ФОС, отравление СО.
- 4) Обследование предприятия на предмет соблюдения безопасности технологического процесса, и использования средств индивидуальной защиты работниками подразделения.
- 5) Токсикологическое исследование, ЭНМГ, ЭКГ.
- 6) Дезинтоксикационная терапия, тиамин, и другие витамины группы В., при необходимости коррекция дефицита магния (магне-В6,) при сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспапипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. При парезах: препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин).
- 7) ФТЛ, физические упражнения (ЛФК).
- 8) Первичная профилактика должна быть связана с экспертизой гигиены труда, выявлением проф.вредности на производстве и соблюдением технологического процесса.

Задача №3

У мужчины 26 лет, на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Других нарушений при осмотре не выявлено.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный диагноз.
- 2) Предложите наиболее целесообразные методы терапии.
- 3) Нужны ли дополнительные методы обследования (какие и для чего)?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
 - 1) Люмбалгия.
 - 2) Сухое тепло, согревающая мазь местно. Упражнения для постизометрической релаксации мышц, миорелаксанты. При выраженном болевом синдроме и отсутствии противопоказаний – короткий курс НПВС.
 - 3) При купировании болевого синдрома – не целесообразно. При длительном сохранении болевого синдрома КТ поясничного отдела позвоночника для исключения травматического повреждения.
 - 4) Ограничительный на период острой и интенсивной боли.
 - 5) Да
 - 6) Нет 7) Полное восстановление.

Задача №4

Пациентка 55 лет длительное время (более 4 месяце) страдает болевым синдромом на фоне спондилогенной компрессионной радикулопатия С6 справа. Повторные курсы терапии НПВП, миорелаксантов, хондропротекторов, ФТЛ, ЛФК, перестали оказывать достаточный терапевтический эффект.

Задания:

- 1) Предложите дальнейшую тактику лечения.
- 2) Нужны ли какие-то методы дополнительного обследования и с какой целью?
- 3) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Эталон ответа:

- 1) Дополнить терапию препаратами из группы антидепрессантов, а при наличии невропатического характера боли – антиконвульсантами.
- 2) КТ или МРТ шейного отдела позвоночника и спинного мозга для исключения неопластического процесса, патологического травматического повреждения, формирования пролапса межпозвонкового диска.
- 3) Вопрос может быть решен после дообследования пациентки и отсутствия противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

Задача №5

Пациент А.-н., рабочий. При подъеме тяжести внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Утратил сознание на несколько минут.

Госпитализирован в клинику. Травму головы отрицает. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Температура 38°. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Общая гиперестезия. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Птоз справа. Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого

зрачка отсутствует, левого живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет.

Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок - 1,2 г/л, цитоз – 240 в 1 мкл (эритроциты). МРТ – наружная гидроцефалия. Спустя две недели после попытки встать с постели у больного усилилась головная боль и увеличилась ригидность мышц затылка. Описать клинические синдромы.

Определить и обосновать топический диагноз. Установить предварительный клинический диагноз.

Ответ.

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

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

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

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

Раздел 2. Фундаментальная неврология Тема 1. Кора головного мозга, локализация функций.

Тестовый контроль Выберите один или несколько правильных ответов

1. Признаки кинестетической апраксии:

1. ошибки пространственной организации движений
2. невозможность воспроизвести заданную позу пальцев
3. нарушение понимания жестов
4. нарушение последовательности действий 5. нарушение чтения

Правильный ответ: 1,2,3.

2. Какие функциональные центры локализуются в лобной доле?

1. Сенсорный центр речи
2. Центр поворота головы и глаз в противоположную сторону
3. Двигательный анализатор
4. Центр общих видов чувствительности
5. Моторный центр речи
6. Центр письма
7. Центр праксиса
8. Психические

Правильный ответ: 2,3,5,6,8

3. Какие функциональные центры локализуются в теменной доле?

1. Двигательный анализатор
2. Центры сложных видов чувствительности
3. Сенсорный центр речи

4. Центр общих видов чувствительности
5. Центр чтения
6. Центр письма
7. Центр праксиса
8. Центр счета

Правильный ответ: 2,4,5,7,8.

4. Какие функциональные центры локализируются в височной доле?

1. Центр вкуса
2. Центры сложных видов чувствительности
3. Сенсорный центр речи
4. Центр общих видов чувствительности
5. Моторный центр речи
6. Центр слуха
7. Центр праксиса
8. Центр обоняния

Правильный ответ: 1,3,6,8,

5. Какие функциональные центры локализируются в затылочной доле?

1. Центры сложных видов чувствительности
2. Центр зрительного анализатора
3. Сенсорный центр речи
4. Центр общих видов чувствительности
5. Центр распознавания зрительных образов

Правильный ответ: 2,5.

6. Перечислите клинические признаки поражения лобной доли:

1. Сенсорная афазия
2. Лобная психика
3. Гемипарез
4. Центральная гемиплегия
5. Насильственный поворот головы глаз в противоположную сторону
6. Аграфия
7. Гемипарез
8. Моторная афазия
9. Апраксия

Правильный ответ: 2,4,5,6,8

7. Перечислите клинические признаки поражения теменной доли:

1. Сенсорная афазия
2. Нарушение сложных видов чувствительности
3. Гемипарез
4. Центральная гемиплегия
5. Акалькулия
6. Аграфия
7. Апраксия

8. Апраксия

Правильный ответ: 2,3,5,7,8.

8. Перечислите клинические признаки поражения височной доли:

1. Сенсорная афазия
2. Гемианопсия
3. Гемианестезия
4. Нарушение слуха
5. Нарушения вкуса
6. Аграфия
7. Нарушение обоняния
8. Моторная афазия

Правильный ответ: 1,2,4,5,7.

9. Перечислите клинические признаки поражения затылочной доли:

1. Гетеронимная гемианопсия
2. Нарушение сложных видов чувствительности
3. Гемианестезия
4. Метаморфопсии
5. Фотомы
6. Зрительная агнозия
7. Алексия

8. Гомонимная гемианопсия Правильный ответ: 4,5,6,8.

10. Перечислите клинические признаки поражения передней центральной извилины:

1. Центральный контралатеральный гемипарез
2. Джексоновская сенсорная эпилепсия
3. Контралатеральная гемианестезия
4. Центральный гомолатеральный гемипарез
5. Центральный парез мышц языка и лица
6. Джексоновская моторная эпилепсия 7. Моторная афазия

Правильный ответ: 1,5,6.

11. Перечислите клинические признаки поражения задней центральной извилины:

1. Центральный контралатеральный гемипарез
2. Джексоновская сенсорная эпилепсия
3. Контралатеральная гемианестезия
4. Гомолатеральная гемианестезия
5. Гемианестезия лица
6. Джексоновская моторная эпилепсия 7. Сенсорная афазия

Правильный ответ: 2,3,5.

12. Как называется распад всех компонентов речи вследствие поражения корковых речевых зон:

1. Алалия

2. Афазия
3. Дизартрия
4. Мутизм

Правильный ответ: 2.

13. Как называется патология звукопроизводительной стороны речи вследствие нарушения иннервации речевой мускулатуры:

1. Афазия
2. Алалия
3. Дизартрия
4. Заикание

Правильный ответ: 3.

14. Назовите признаки характеризующие моторную афазию:

1. Может говорить, но не понимает обращенную и собственную речь
2. Понимает обращенную речь, но не говорит
3. Нарушено понимание сложных логико-грамматических структур
4. Забывает название имен существительных, но знает их функциональное

назначение Правильный ответ: 2.

15. Назовите признаки характеризующие сенсорную афазию:

1. Может говорить, но не понимает обращенную и собственную речь
2. Понимает обращенную речь, но не говорит
3. Нарушено понимание сложных логико-грамматических структур
4. Забывает название имен существительных, но знает их функциональное

назначение Правильный ответ: 1.

16. Назовите признаки характеризующие семантическую афазию:

1. Может говорить, но не понимает обращенную и собственную речь
2. Понимает обращенную речь, но не говорит
3. Нарушено понимание сложных логико-грамматических структур
4. Забывает название имен существительных, но знает их функциональное

назначение Правильный ответ: 3.

17. Назовите признаки характеризующие амнестическую афазию:

1. Может говорить, но не понимает обращенную и собственную речь
2. Понимает обращенную речь, но не говорит
3. Нарушено понимание сложных логико-грамматических структур
4. Забывает название имен существительных, но знает их функциональное

назначение Правильный ответ: 4.

18. Назовите нарушения возникающие при поражении надкраевой извилины нижней теменной доли доминантного полушария:

1. Речевая апраксия
2. Моторная апраксия

3. Идиаторная апраксия
4. Речевая агнозия
5. Конструктивная апраксия 6. Нарушение схемы тела Правильный ответ: 2,3,5.

19. У больного выявляется астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Определите топический диагноз:

1. Правая лобная доля
2. Левая теменная доля
3. Правая височная доля
4. Правая теменная доля
5. Левая лобная доля
6. Левая височная доля 7. Мозолистое тело

Правильный ответ: 2.

20. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, склонен к плоским шуткам, неопрятен. Где локализуется патологический очаг и как называется нарушение?

1. Лобная доля
2. Теменная доля
3. Височная доля
4. Апраксия
5. Лобная психика

Правильный ответ: 1,5.

21. Астереогноз обусловлен поражением:

1. лобной доли;
2. височной доли;
3. теменной доли; 4. затылочной доли. Правильный ответ: 3

22.Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:

1. в верхних отделах передней центральной извилины слева;
2. в нижних отделах передней центральной извилины справа;
3. в заднем бедре внутренней капсулы;
4. в колене внутренней капсулы;
5. в среднем отделе передней центральной извилины справа. Правильный ответ:

5

23. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага:

1. в переднем адверсивном поле;
2. в верхнем отделе задней центральной извилины справа;
3. в нижнем отделе задней центральной извилины справа; 4. в верхнем отделе

передней центральной извилины справа. Правильный ответ: 4

24. Апраксия возникает при поражении:

1. лобной доли;
2. височной доли;
3. теменной доли; 4. затылочной доли. Правильный ответ: 3

25. Слуховая агнозия возникает при поражении:

1. крючка и извилины морского конька
2. нижней теменной дольки
3. верхней височной извилины слева 4. верхней височной извилины справа
5. нижней лобной извилины.

Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи Задача №1

Больной, ранее работавший слесарем, неожиданно утратил способность пользоваться инструментами в процессе работы. В каком участке коры головного мозга возник очаг поражения? **Ответ:**

Утрата способности выполнять сложные профессиональные движения наблюдаются при повреждении центра праксии, располагающегося в нижней теменной дольке верхнелатеральной поверхности полушарий, а именно в надкраевой извилине.

Задача №2

Больной внезапно утратил способность читать текст: видит буквы, но не в состоянии составить из них слова. В каком участке коры головного мозга наступило поражение?

Ответ:

Утрата способности к чтению наблюдается при дисфункции коркового конца чувствительного анализатора письменной речи, располагающегося в нижней теменной дольке верхне-латеральной поверхности полушарий, а именно в угловой извилине.

Задача №3

У пациента (правша) утрачена способность тонких движений, необходимых для начертания букв, слов и других знаков (аграфия). Какая область коры головного мозга поражена?

Ответ:

Утрата способности писать связана с повреждением коркового конца двигательного анализатора письменной речи, располагающегося у правшей в заднем отделе средней лобной извилины левого полушария.

Задача №4

После черепно-мозговой травмы у больного наблюдается потеря возможности производить знакомые до травмы сложнокоординированные движения (апраксия). В какой области коры больших полушарий наиболее вероятно локализуется повреждение?

Ответ:

Возможность производить сложные целенаправленные движения, выученные в процессе жизни, обеспечивает центр праксии, который расположен в нижней теменной дольке, надкраевой извилине (gyrus supramarginalis). При его поражении будет апраксия.

Задача №5

Больной после травмы головы слышит речь, понимает ее, но не может правильно назвать предмет. В каком участке коры головного мозга наступили повреждения?

Ответ:

Затруднения артикуляции связаны с повреждением коркового конца двигательного анализатора устной речи (центр Брока), располагающегося в нижней лобной извилине.

Тема 2. Вегетативная нервная система, основные функции, анатомо-физиологические данные

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. При поражении симпатического ствола возникают:

1. эпилептические припадки
2. вазомоторные нарушения
3. нарушения сна
4. нарушение чувствительности по проводниковому типу
5. нижний парапарез. Правильный ответ: 2.

2. Для поражения гипоталамической области характерно:

1. вегетососудистые пароксизмы
2. нарушения потоотделения
3. нейроэндокринные расстройства
4. гипалгезия по проводниковому типу
5. нарушения в эмоциональной сфере

Правильный ответ: 1,3,5.

3. Для синдрома Горнера характерны:

1. экзофтальм
2. птоз
3. миоз
4. энофтальм
5. расширение глазной щели
6. мидриаз.

Правильный ответ: 2,3,6.

4. Для синдрома Перфюр-Дюпти характерно:

1. экзофтальм
2. птоз
3. миоз
4. энофтальм
5. расширение глазной щели
6. мидриаз.

Правильный ответ: 1,5,6.

5. Для психовегетативного синдрома характерно:

1. нарушение сна и бодрствования
2. вегетативные кризы
3. эмоциональные нарушения
4. нарушения терморегуляции
5. нарушения мотиваций и поведения.

Правильный ответ: 2,3.

6. Для вегетативных кризов характерно:

1. постепенное начало
2. острое начало
3. гемодинамические нарушения
4. головные боли
5. эмоциональные нарушения. Правильный ответ: 3,4,5

7. Какие из перечисленных клинических проявлений характерны для поражения гипоталамической области?

1. Вегетососудистые пароксизмы.
2. Нарушения потоотделения.
3. Несахарный диабет.
4. Парез лицевого нерва.
5. Гипалгезия по проводниковому типу.
6. Нарушения в эмоциональной сфере.
7. Бессонница.
8. Нейродермиты.

Правильный ответ: 1,2,3,6,7,8

8. Какие из перечисленных признаков характерны для поражения звездчатого узла?

1. Нарушение ритма сердечной деятельности.
2. Жгучие боли в области половины лица, шеи и верхней конечности.
3. Парезы рук.
4. Нарушения адаптации к боли.
5. Патологические симптомы,
6. Отеки в области половины лица, шеи и верхней конечности.
7. Трофические нарушения кожи верхних конечностей и половины лица.
8. Вазомоторные нарушения в области половины лица. Правильный ответ:

1,2,4,6,7,8

9. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для вагоинсулярного кризов?

1. повышение артериального давления;
2. тахикардия;
3. побледнение;
4. брадикардия;
5. диарея;
6. полиурия

Правильный ответ: 4,5,6

10. Какие нейроэндокринные нарушения могут быть при гипоталамическом синдроме?

1. несахарный диабет
2. синдром Иценко-Кушинга
3. адипозо-генитальное ожирение
4. галакторея-аменорея
5. синдром Фрея. Правильный ответ: 1,2,3,4

11. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для поражения симпатического ганглия?

1. висцеральные кризы;
2. нарушение терморегуляции;
3. пастозность, трофические нарушения кожи и ногтей руки;
4. жгучие боли в руке. Правильный ответ: 3,4

12. Какие из перечисленных симптомов свидетельствуют о поражении солнечного сплетения?

1. спастический колит, метеоризм;
2. приступы опоясывающих болей в животе, особенно в области пупка;
3. приступы нарушения ритма сердечной деятельности;
4. жгучие боли в области лица, шеи и верхней конечности. Правильный ответ:

1,2

13. Какие из перечисленных симптомов обусловлены поражением симпатических клеток цилиоспинального центра?

1. экзофтальм;
2. миоз;
3. энофтальм;
4. мидриаз;
5. синдром Аргайлла-Робертсона. Правильный ответ: 2,3

14. Какие из перечисленных симптомов не являются признаками поражения симпатического ганглия?

1. Жгучие боли.
2. Трофические нарушения кожи, ногтей.
3. Парезы.
4. Повышение мышечного тонуса по спастическому типу. Правильный ответ:

3,4

15. Какие из перечисленных симптомов обусловлены поражением парасимпатических ядер глазодвигательного нерва?

1. Мидриаз.
2. Синдром Аргайла-Робертсона.
3. Экзофтальм.
4. Диплопия.

5. Энофтальм.

Правильный ответ: 1,2,3

16. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для симпатикотонии:

1. тахикардия,
2. брадикардия,
3. ослабление перистальтики кишечника,
4. усиление перистальтики кишечника,
5. побледнение кожных покровов,
6. покраснение кожных покровов, 7. повышение артериального давления, 8.

понижение артериального давления. Правильный ответ: 1,3,5,7

17. Укажите, какие из перечисленных заболеваний являются проявлениями ваготонии?

1. бронхиальная астма;
2. отек Квинке;
3. крапивница;
4. спастические формы облитерирующего эндоартериита; 5. мигрень.

Правильный ответ: 1,2,3

18. Что такое вегетативный тонус?

1. изменение показателей (пульс, давление, влажность и цвет кожи и т.д.) в ответ на нагрузку

2. состояние пульса, давления, цвета и влажности кожи, ширины зрачков на момент осмотра

3. изменение показателей (пульс, давление, влажность и цвет кожи и т.д.) в ответ на различные пробы, проводимые исследователями

4. покраснение кожи в ответ на штриховое раздражение тупым предметом на симметричных участках

5. все выше изложенное. Правильный ответ: 2

19. Что такое вегетативная реактивность?

1. изменение показателей (пульс, давление, влажность и цвет кожи и т.д.) в ответ на нагрузку

2. состояние пульса, давления, цвета и влажности кожи, ширины зрачков на момент осмотра

3. изменение показателей (пульс, давление, влажность и цвет кожи и т.д.) в ответ на различные пробы, проводимые исследователями

4. покраснение кожи в ответ на штриховое раздражение тупым предметом на симметричных участках

5. все выше изложенное. Правильный ответ: 3

20. Что такое вегетативное обеспечение деятельности?

1. изменение показателей (пульс, давление, влажность и цвет кожи и т.д.) в ответ на нагрузку

2. состояние пульса, давления, цвета и влажности кожи, ширины зрачков на момент осмотра
3. изменение показателей (пульс, давление, влажность и цвет кожи и т.д.) в ответ на различные пробы, проводимые исследователями
4. покраснение кожи в ответ на штриховое раздражение тупым предметом на симметричных участках
5. все выше изложенное. Правильный ответ: 1

21. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:

1. C5-Th10;
2. Th1-Th12;
3. C8-L3; 4. Th6-L4.

Правильный ответ: 3

22. Сегментарный парасимпатический аппарат включает в себя:

1. боковые рога спинного мозга;
2. паравертебральную цепочку;
3. вегетативные ядра таламуса и лимбического мозга;
4. вегетативные ядра ствола мозга и спинальный тазовый центр; 5. гипоталамус

и вегетативные клетки коры головного мозга. Правильный ответ: 4

23. Вегетативной структурой спинного мозга является:

1. передние рога;
2. боковые рога;
3. задние рога;
4. задние столбы; 5. передняя спайка.

Правильный ответ: 2

24. К надсегментарному отделу вегетативной нервной системы относятся все перечисленные, кроме: 1. гипоталамус;

2. пограничный симпатический ствол;
3. лимбическая система; 4. ретикулярная формация. Правильный ответ: 2

25. К сегментарному отделу вегетативной нервной системы относятся все перечисленные, кроме:

1. боковые рога спинного мозга;
2. гипоталамус;
3. пограничный симпатический ствол;
4. вегетативные ядра ствола головного мозга. Правильный ответ: 2

Ситуационные задачи

Задача № 1

У больного с воспалением лицевого нерва отмечается усиленное слезотечение и

выделения из носа на пораженной стороне. Какой вегетативный узел вовлечен в воспалительный процесс?

Ответ:

В воспалительный процесс вовлечен крылонебный парасимпатический узел (ganglion pterygopalatinum). Постганглионарные парасимпатические волокна, отходящие от этого узла обеспечивают иннервацию слезной железы. Преганглионарные парасимпатические волокна подходят к крылонебному узлу в составе n. petrosus major - ветви лицевого нерва (VII пара).

Задача №2

Больной жалуется на сухость во рту, уменьшение выделения слюны. Какие нервы повреждены?

Ответ:

Иннервацию поднижнечелюстной, подъязычной и мелких слюнных желез дна полости рта обеспечивают барабанная струна - ветвь VII пары черепных нервов. Парасимпатические волокна барабанной струны стимулируют выработку слюны, поэтому при их поражении выделение слюны уменьшается (сухость во рту).

Задача №3

У больного наблюдается нарушение функции околоушной слюнной железы. Какой нерв усиливает ее секрецию?

Ответ:

Усиление секреции околоушной слюнной железы обеспечивается парасимпатической составляющей языкоглоточного нерва (IX пара ЧН), а именно - его парасимпатической ветвью - малым каменистым нервом (n. petrosus minor). Малый каменистый нерв формируется из преганглионарных парасимпатических волокон барабанного нерва (ветвь IX пары) после образования барабанного сплетения. Выйдя из черепа через клиновиднокаменистую щель малый каменистый нерв подходит к ушному узлу. Постганглионарные ветви в составе ушно-височного нерва (ветвь V пары ЧН) направляются к железе.

Задача №4

После операции на желудке у больного выявлены осложнения: замедлилась перистальтика и секреция желез и ослабился сфинктер привратника. Какой нерв был поврежден при операции?

Ответ:

Секреторную активность желез слизистой и тонус гладкой мускулатуры пищеварительного тракта обеспечивает парасимпатический отдел нервной системы. Парасимпатическую иннервацию желудка выполняет блуждающий нерв (X пара ЧН). Замедление перистальтики, снижение секреции желез и расслабление сфинктера привратника желудка обусловлено повреждением ветвей переднего или заднего блуждающих стволов, которые проходят по передней и задней стенкам желудка.

Задача №5

При подкожном введении 1 мл 1 %-го раствора адреналина у исследуемого через 10 мин отмечается побледнение кожи, дрожание рук, учащение пульса, подъем АД, увеличение сахара крови. Возбудимостью какой части нервной системы обусловлены эти симптомы? Объясните механизм их появления.

Ответ:

Указанные симптомы характерны при активации симпатической нервной системы, вызванной введением раствора адреналина. Адреналин является медиатором проведения нервных импульсов по постганглионарным симпатическим волокнам.

Тема 3. Периферическая нервная система, основные функции, анатомо-физиологические данные

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для радикулопатий поясничнокрестцовой локализации:

- 1) Анталгическая поза.
- 2) Боли в поясничной области.
- 3) Нижний спастический паразез.
- 4) Симптом Нери.
- 5) Отсутствие ахиллова рефлекса.
- 6) Симптом Ласега.

Правильный ответ: 1,2,4,5,6

2. Отметьте признаки поражения лицевого нерва:

- 1) Боль в заушной области.
- 2) Снижение поверхностной чувствительности на половине лица.
- 3) Парез мимической мускулатуры.
- 4) Слезотечение или сухость глаза.
- 5) Расходящееся косоглазие.
- 6) Снижение вкуса на передних двух третях языка.
- 7) Гиперакузия.
- 8) Снижение надбровного рефлекса.

Правильный ответ: 1,3,4,6,7,8

3. Укажите характерные для полинейропатий симптомы: 1) Гемипарез.

2) Проводниковые нарушения чувствительности. 3) Боли по ходу нервных стволов.

- 4) Вялые парезы кистей и стоп.
- 5) Мышечная гипотония.
- 6) Снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей.
- 7) Симптомы натяжения нервных стволов.
- 8) Вегетативно-трофические расстройства в дистальных отделах конечностей.
- 9) Патологические стопные рефлексы.
- 10) Снижение сухожильных и периостальных рефлексов.

Правильный ответ: 3,4,5,6,7,8,10

4. Какие из перечисленных симптомов спины характерны для радикулопатии:
- 1) боли в проксимальном отделе конечности;
 - 2) боли в дистальных отделах конечностей
 - 3) расстройства чувствительности по корешковому типу;
 - 4) расстройства чувствительности по невритическому типу;
 - 5) симптомы сочетанного поражения периферических нервов, входящих в состав определенного сплетения;
 - 6) сколиоз выпуклостью в сторону поражения;
 - 7) сглаженность поясничного лордоза;
 - 8) напряжение длинных мышц
- Правильный ответ: 1,3,6,8

5. Укажите симптомы, характерные для нейропатии бедренного нерва:
- 1) Парез подвздошно-поясничной, четырёхглавой и портняжной мышц.
 - 2) Паралич икроножной мышцы.
 - 3) Отсутствие подошвенного рефлекса.
 - 4) Отсутствие коленного рефлекса.
 - 5) Гипестезия по передней поверхности бедра и передненаружной поверхности голени.
 - 6) Гипестезия по задней поверхности бедра.
 - 7) Симптомы Вассермана и Мацкевича.
 - 8) Симптом Ласега.
- Правильный ответ: 1,4,5,8

6. Укажите симптомы, характерные для алкогольной полинейропатии: 1) Проксимальные парезы конечностей.
- 2) Проводниковые расстройства чувствительности.
 - 3) Дистальные парезы конечностей.
 - 4) Парестезии и боли в конечностях.
 - 5) Болезненность при пальпации по ходу нервных стволов.
 - 6) Нарушение функции блуждающего и диафрагмального нервов.
 - 7) Снижение поверхностной и глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей.
- Правильный ответ: 3,4,5,6,7

7. При поражении какого периферического нерва характерен симптом «когтистой лапы» и невозможность царапающего движения мизинцем?
- 1) срединного,
 - 2) лучевого,
 - 3) локтевого,
 - 4) плечевого,
 - 5) мышечно-кожного.
- Правильный ответ: 3

8. Какие из перечисленных симптомов характерны для нижнего плечевого плексита?
- 1) Боли в кисти, в надключичной области и по ходу нервных стволов.

- 2) Гипестезия по внутренней поверхности предплечья и кисти.
- 3) Повышение карпорадиального рефлекса.
- 4) Атрофия мелких мышц предплечья.
- 5) Боли в области шеи.
- 6) Парез дистального отдела верхней конечности.
- 7) Снижение карпорадиального рефлекса.
- 8) Расстройства чувствительности по проводниковому типу.
- 9) Вазомоторные расстройства в кисти.
- 10) Синдром Горнера. Правильный ответ: 1,2,4,6,7,9,10

9. Укажите, какие из перечисленных синдромов могут возникать при остеохондрозе шейного отдела позвоночника:

- 1) Корешковый.
- 2) Вертебрально-базилярной недостаточности.
- 3) Лестничной мышцы.
- 4) Гемипарез,
- 5) Менингеальный.
- 6) Гипертонически-гипокинетический. Правильный ответ: 1,2,3

10. Перечислите симптомы, наиболее характерные для полинейропатий:

- 1) нарушение чувствительности по типу «перчаток и носков»,
- 2) гемигипестезия,
- 3) периферический парапарез,
- 4) периферический тетрапарез в дистальных отделах конечностей,
- 5) периферический парез конечностей (руки и ноги) с одной стороны.

Правильный ответ: 1,4

11. Выберите этиологические факторы, наиболее часто приводящие к развитию вторичных полинейропатий:

- 1) травматический,
- 2) инфекционно-аллергический,
- 3) сосудистый, 4) токсический,
- 5) наследственный. Правильный ответ: 2,3,4

12. При поражении какого периферического нерва наблюдается симптом «конской стопы»?

1. большеберцового,
2. малоберцового,
3. бедренного,
4. седалищного, 5. запирательного. Правильный ответ: 1

13. При поражении какого нерва наблюдается симптом «свисающей руки»?

1. срединного,
2. лучевого,
3. локтевого,

- 4. плечевого,
- 5. мышечно-кожного. Правильный ответ: 2

14. Для невралгии тройничного нерва характерно:

- 1) длительные мучительные ноющие боли в зоне иннервации соответствующей ветви тройничного нерва,
- 2) кратковременные простреливающие боли в зоне иннервации соответствующей ветви тройничного нерва,
- 3) пульсирующие ночные боли в лице,
- 4) наличие триггерных (курковых) зон,
- 5) отек лица и обильное слезотечение и гиперсаливация. Правильный ответ: 2,4

15. Длительность приступа боли при невралгии тройничного нерва:

- 1) несколько часов, 2) несколько суток,
- 3) 30-40 мин.,
- 4) 15-20 мин.,
- 5) от нескольких секунд до 1-2 минут. Правильный ответ: 5

16. Определите характер боли при невралгии тройничного нерва:

- 1) ноющий,
- 2) ломящий,
- 3) пульсирующий,
- 4) простреливающий, 5) распирающий. Правильный ответ: 4

17. Рентгенография позвоночника выявляет:

- 1) грыжу межпозвонкового диска,
- 2) спондилолистез,
- 3) перелом тела позвонка,
- 4) остеопороз,
- 5) компрессию спинного мозга. Правильный ответ: 2,3,4

18. Наиболее частые причины болей в спине из ниже перечисленных:

- 1) дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника,
- 2) компрессионный перелом позвоночника,
- 3) миофасциальный синдром, 4) фибромиалгия, 5) остеопороз.

Правильный ответ: 1,3,4,5

19. Наиболее частое проявление остеохондроза позвоночника:

- 1) мышечно-тонический синдром,
- 2) дискогенная радикулопатия,
- 3) вертеброгенная миелопатия на шейном уровне,
- 4) вертеброгенная миелопатия на грудном уровне,
- 5) спинальный инсульт. Правильный ответ: 1

20. Больной после ранения левой голени потерял способность удерживать стопу

в пронированном положении. Какой нерв поврежден?

- 1) Глубокий малоберцовый.
- 2) Поверхностный малоберцовый.
- 3) Большеберцовый.
- 4) Седалищный.
- 5) Общий малоберцовый. Правильный ответ: 5

21. Перечислите методы лечения невралгии тройничного нерва:

1. алкоголизация ветвей тройничного нерва,
2. новокаиновые блокады с гидрокортизоном,
3. оперативное лечение с перерезкой ветви тройничного нерва, 4. назначение финлепсина (препарат группы карбомазепина),
5. назначение мочегонных средств. Правильный ответ: 1,3,4

22. Для компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны:

- 1) слабость IV, V пальцев кисти;
- 2) атрофия мышц возвышения мизинца; 3) боли на ульнарной поверхности кисти; 4) всё перечисленное. Правильный ответ: 4

23. Пострадавший в аварии водитель госпитализирован в стационар с повреждением медиального надмыщелка плечевой кости. Какой нерв при этом может быть поврежден? 1) N. radialis

- 2) N. axillaris
- 3) N. medianus
- 4) N. musculocutaneus
- 5) N. ulnaris

Правильный ответ: 5

24. В травматологическое отделение поступил мужчина 35 лет с травмой в участке правого плеча. При осмотре установлен перелом диафиза правой плечевой кости в средней трети со смещением отломков; пальцы правой кисти не разгибаются. Какой нерв поврежден? 1) Локтевой.

- 2) Лучевой.
- 3) Серединный.
- 4) Мышечно – кожный.
- 5) Подмышечный. Правильный ответ: 2

25. Больному поставлен диагноз – неврит большеберцового нерва. Какая из перечисленных функций будет нарушена?

- 1) Тыльное сгибание стопы.
- 2) Разгибание в коленном суставе.
- 3) Сгибание в коленном суставе.
- 4) Подошвенное сгибание стопы.
- 5) Разгибание пальцев стопы. Правильный ответ: 4

Ситуационные задачи

Задача №1

После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Консультация каких специалистов может потребоваться?
- 5) Лечение?
- 6) Предложите план реабилитационных мероприятий.
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 8)

Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

Ответ:

- 1) Корешок S1 слева
- 2) Рентгенография или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- 3) Спондилогенная радикулопатия S1 слева. Мышечно-тонический синдром.
- 4) Невролог, нейрохирург.
- 5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП):

при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; Иглорефлексотерапия.

6) Реабилитационные мероприятия в стадии обострения заболевания имеют преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая, дезадаптирует больного. Ведущими средствами реабилитации являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия.

7) Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде). Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гирудотерапия, антигомотоксическая терапия, психотерапия, направленная на обучения способам произвольного уменьшения болевых ощущений.

8) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

Задача №2

Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

Задания:

- 1) Какое заболевание можно предположить?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Перечислите факторы внешней среды, которые могут вызвать данное заболевание.
- 4) Какие мероприятия должны быть предприняты на производстве?
- 5) Какие обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?
- 6) Тактика лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 8) Предложите профилактические мероприятия.

Ответ:

- 1) Полинейропатия при экзогенной интоксикации, сенсорно-моторно-вегетативная.
- 2) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей
- 3) Промышленные яды, используемые при производстве. Наиболее частыми причинами развития интоксикаций являются соединения тяжелых металлов, ФОС, отравление СО.
- 4) Обследование предприятия на предмет соблюдения безопасности технологического процесса, и использования средств индивидуальной защиты работниками подразделения.
- 5) Токсикологическое исследование, ЭНМГ, ЭКГ.
- 6) Дезинтоксикационная терапия, тиамин, и другие витамины группы В., при необходимости коррекция дефицита магния (магне-В6,) при сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспапон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. При парезах: препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин).
- 7) ФТЛ, физические упражнения (ЛФК).
- 8) Первичная профилактика должна быть связана с экспертизой гигиены труда, выявлением проф.вредности на производстве и соблюдением технологического процесса.

Задача №3

У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе

позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега угол 40° справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Нуждается ли в экстренной госпитализации? 4) План обследования?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 7) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение? 9) Возможные исходы заболевания?

Ответ:

- 1) Корешок L5 справа.
- 2) Спондилогенная радикулопатия L5 справа. Мышечно-тонический синдром.
- 3) Нет
- 4) МРТ пояснично-крестцового отдела.
- 5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма).
- 6) Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия.
- 7) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.
- 8) Показано в специализированных лечебных учреждениях.
- 9) а) Благоприятный (полное восстановление), б) При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение трех месяцев и при выявлении пролапса диска возможно оперативное лечение с последующим курсом реабилитации.

Задача №4

Мужчина 32 лет обратился к врачу с жалобами на боль в шейном отделе

позвоночника, иррадиирующую в плечо, по лучевому краю предплечья, к большому пальцу правой руки. При осмотре выявлены слабость и гипотрофия двуглавой мышцы плеча, тенара, снижение бицепс-рефлекса справа. Гипостезия в области лучевого края предплечья.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Предложите методы обследования. 4) План лечения?

Ответ:

- 1) Корешок С6 справа
- 2) Спондилогенная радикулопатия С6 справа.
- 3) МРТ шейного отдела спинного мозга.
- 4) Медикаментозное: НПВП: при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: (целебрекс). Антikonвульсанты; Миорелаксанты центрального действия; Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции); Салуретики (для снятия отека). Паравертебральные блокады, витамины группы В. Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия.

Задача №5

После подъема тяжести, у мужчины 40 лет возникла сильная боль в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра и голени, доходящая до большого пальца стопы слева. При осмотре: напряжение мышц поясничной области, слабость разгибателей I пальца. Рефлексы на ногах сохранены, симметричны. Симптом Лассега слева, с угла 40°.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Какие методы обследования 4) Составьте план лечения

Ответ:

- 1) Корешок L5 слева.
- 2) Спондилогенная радикулопатия L5 слева.
- 3) МРТ пояснично-крестцового отдела.
- 4) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП):

при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гомеопатическое лечение.

Тема 4. Оболочки головного и спинного мозга, анатомо-физиологические данные, ликвор, его состав в норме и при патологии

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какие клинические синдромы входят в менингеальный синдромокомплекс?
- 1) Общеинфекционный
 - 2) Очаговый
 - 3) Менингеальный
 - 4) Общемозговой

Правильный ответ: 1,3,4

2. Какие симптомы относятся к менингеальным?

- 1) Ригидность мышц затылка
- 2) Симптом Нери
- 3) Симптом Брудзинского
- 4) Симптом Вассермана
- 5) Симптом Кернига
- 6) Симптом Лесажа 7) Симптом Лассега

Правильный ответ: 1,2,4

3. Какие симптомы относятся к общемозговым?

- 1) Головная боль
- 2) Ригидность мышц затылка
- 3) Рвота
- 4) Параличи и парезы
- 5) Гиперестезия
- 6) Нарушение витальных функций

Правильный ответ: 4,6,8,9

4. Чем продуцируется спинномозговая жидкость?

- 1) сосудистым сплетением мозговых желудочков;
- 2) пахионовыми грануляциями;
- 3) мягкой мозговой оболочкой;
- 4) паутинной мозговой оболочкой; 5) твердой мозговой оболочкой.

Правильный ответ: 1

5. Укажите нормальные показатели спинномозговой жидкости.

- 1) белок — 0,1 г/л, цитоз — 70 в 1 мкл;
- 2) белок — 0,45 г/л, цитоз — 4 в 1 мкл; 3) давление ликвора 100 мм водного столба.

Правильный ответ: 2,3

6. Ликвор вытекает под повышенным давлением, кровянистый. После центрифугирования — ксантохромный. Белок — 3 г/л, в осадке 70 эритроцитов в поле

зрения.

- 1) нормальный состав;
- 2) гнойный менингит;
- 3) серозный менингит;
- 4) субарахноидальное кровоизлияние; 5) опухоль головного мозга. Правильный

ответ: 4

7. Белок — 0,33 г/л, цитоз — 4 в 1 мкл (1 нейтрофил, 3 лимфоцита).

- 1) нормальный состав;
- 2) гнойный менингит;
- 3) серозный менингит;
- 4) кровоизлияние;
- 5) опухоль головного мозга. Правильный ответ: 1

8. Белок — 0,66 г/л, цитоз — 2000 в 1 мкл (85 % — нейтрофилы).

- 1) серозное воспаление;
- 2) гнойное воспаление;
- 3) кровоизлияние; 4) нормальный состав. Правильный ответ: 2

9. Белок — 0,45 г/л, цитоз — 400 в 1 мкл (90 % — лимфоциты).

- 1) серозное воспаление;
- 2) гнойное воспаление;
- 3) кровоизлияние;
- 4) нормальный состав.

Правильный ответ: 1

10. Укажите симптомы, характерные для раздражения мозговых оболочек.

- 1) ригидность мышц затылка;
- 2) симптом Кернига;
- 3) верхний, средний и нижний симптомы Брудзинского; 4) светобоязнь.

Правильный ответ: 1,2,3,4

11. Белок — 0,66 г/л, цитоз — 3000 в 1 мкл (80 % — нейтрофилы).

- 1) серозное воспаление;
- 2) гнойное воспаление;
- 3) нормальный состав жидкости;
- 4) кровоизлияние;
- 5) опухоли головного или спинного мозга. Правильный ответ: 2

12. Какой симптом не возникает при менингите?

- 1) головная боль;
- 2) рвота;
- 3) паралич;
- 4) ригидность затылочных мышц; 5) симптом Кернига. Правильный ответ: 3

13. Какой из перечисленных симптомов не является менингеальным симптомом?
- 1) симптом Кернига;
 - 2) ригидность мышц затылка;
 - 3) симптом Брудзинского; 4) светобоязнь; 5) симптом Ласега.

Правильный ответ: 5

14. Какой из перечисленных симптомов является общемозговым симптомом?
- 1) афазия;
 - 2) двоение;
 - 3) нарушение сознания; 4) симптом Кернига; 5) гемипарез.

Правильный ответ: 3

15. Укажите анатомические образования, располагающиеся в эпидуральном пространстве позвоночного канала.

- 1) спинномозговая жидкость;
- 2) жировая клетчатка;
- 3) венозное сплетение; 4) спинномозговые нервы. Правильный ответ: 2,3,4

16. Укажите структуры мозга, секретирующие спинномозговую жидкость.

- 1) паутинная оболочка;
- 2) сосудистое сплетение боковых желудочков;
- 3) сосудистое сплетение третьего желудочка; 4) сосудистая основа четвертого желудочка. Правильный ответ: 2,3,4

17. Укажите, из какой полости мозга спинномозговая жидкость оттекает в подпаутинное пространство.

- 1) из четвертого желудочка;
- 2) из третьего желудочка;
- 3) из боковых желудочков; 4) из водопровода мозга. Правильный ответ: 1

18. Укажите особенности, характеризующие строение твердой оболочки головного мозга.

- 1) тесное сращение с костями основания черепа;
- 2) наличие венозных синусов;
- 3) наличие выростов (отростков); 4) наличие зубчатых связок. Правильный ответ: 1,2,3

19. Укажите анатомические образования, обеспечивающие отток спинномозговой жидкости из подпаутинного пространства:

- 1) зубчатые связки;
- 2) цистерны паутинной оболочки;
- 3) грануляции паутинной оболочки;
- 4) отростки твердой оболочки головного мозга. Правильный ответ: 3

20. У здорового человека общий белок в ликворе определяется в концентрации:

- 1) 0,15-0,45 г/л
- 2) 1,3-1,5 г/л
- 3) 0,01-0,03 г/л
- 4) 2,1-2,8 г/л
- 5) 3,3-5,5 г/л

Правильный ответ: 1

21. Повреждения оболочек головного мозга обязательны:

- 1) при повреждении всех слоев кожи,
- 2) при образовании эпидуральной гематомы,
- 3) при открытой проникающей черепно-мозговой травме, 4) при черепно-мозговой открытой травме, 5) при образовании субдуральной гематомы.

Правильный ответ: 3

22. Белок — 1,32 г/л, цитоз — 666 в 1 мкл (90 % лимфоциты).

- 1) нормальный состав;
- 2) гнойный менингит;
- 3) серозный менингит;
- 4) кровоизлияние;
- 5) опухоль головного мозга. Правильный ответ: 3

23. Белок — 0,45 г/л, цитоз — 2 в 1 мкл.

- 1) гнойный менингит;
- 2) серозный менингит;
- 3) нормальный состав;
- 4) кровоизлияние;
- 5) опухоль головного или спинного мозга. Правильный ответ: 3

24. Какой симптом не возникает при менингите?

- 1) головная боль;
- 2) рвота;
- 3) паралич;
- 4) ригидность затылочных мышц; 5) симптом Кернига.

Правильный ответ: 3

25. В норме ликворное давление при люмбальной пункции колеблется в пределах (в положении лежа)

- 1) 100-200 мм вод. ст.
- 2) 250-300 мм вод. ст.
- 3) 300-350 мм вод. ст.
- 4) 10-50 мм вод. ст.
- 5) выше 400 мм вод. ст. Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи

Задача №1

Больная К., 6 лет, поступила в приемное отделение детской городской больницы с жалобами на головные боли, возникающую на высоте головной боли рвоту, повышение температуры до 39,50 С, повышенную возбудимость. При осмотре кожные покровы бледные, геморрагическая сыпь на внутренних поверхностях бедер, ригидность затылочных мышц. Ликвор при люмбальной пункции вытекает очень частыми каплями, отмечается явление опалесценции в проходящем свете, цитоз 50 клеток в 1 мм³ с преобладанием нейтрофилов. Какой патологический процесс мог привести к развитию обнаруженных у ребенка нарушений? Каков патогенез основных проявлений?

Эталон ответа.

Воспаление мозговых оболочек – менингит. При воспалении данной локализации увеличивается продукция ликвора, и может нарушаться циркуляция спинномозговой жидкости, что сопровождается повышением внутричерепного давления. Последнее проявляется головными болями и возникающей на высоте головных болей рвотой, а также тем, что при люмбальной пункции ликвор вытекает очень частыми каплями. Следствием инфекционного воспаления является лихорадка и наличие в ликворе большого количества нейтрофилов. Опалесценция ликвора свидетельствует об увеличении содержания в нем фибриногена. Вовлечение в патологический процесс мозговых оболочек проявляется появлением менингеального симптома – ригидности затылочных мышц

Задача №2

Пациент за последние 6 месяцев отмечает слабость в ногах, больше слева и онемение в теле и правой ноге. Считает себя больным в течение 2-3 лет. В начале была боль в грудной клетке опоясывающего характера, которая после приема анальгетиков уменьшалась. Пациент отмечает нарастающую слабость в левой ноге и онемение в правой ноге и туловище.

Объективно: Спастический парез левой ноги, с повышением коленного и Ахиллова рефлекса и наличием пирамидных знаков (Симптом Бабинского и Россолимо), с клонусом левой стопы. Нарушена чувствительность с уровня 10 грудного сегмента справа.

При люмбальной пункции на боку давление ликвора 120 мм. Вод. Ст. Белок- 3,2 г/л, ксантохромия. Цитоз – 3 кл в 1 мкл.

На рентгенограмме грудного отдела позвоночника – деструкция дужек 6-7 позвонков (Симптом Эльсберга-Дайка). При нисходящей миелографии отмечена остановка контраста на уровне 6 грудного позвонка.

Решение: Где локализуется патологический процесс?

Установите предварительный диагноз и обоснуйте его. С какими заболеваниями проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа.

В верхнегрудном отделе позвоночника

Экстрamedулярная опухоль спинного мозга с развитием синдрома Броун-Секара. С интрамедуллярной опухолью спинного мозга.

Задача №3

У пациента в течение 10 месяцев отмечалась стреляющая боль по задней

поверхности правой голени и наружной поверхности правой стопы. Затем боль распространилась на левую ногу, область промежности и заднего прохода. Вместе с болью выросла слабость мышц в правой голени и стопе.

Объективно: свисание правой стопы, атрофия и гипотония мышц правой голени, коленные рефлексы живые, равномерные, Ахиллов - справа отсутствует, слева – ослаблен. Снижение чувствительности в зоне иннервации L5 и S1 корешков справа. Нарушения мочеиспускания.

При люмбальной пункции ликвор ксантохромный с образованием в пробирке сгустка, белок – 7,8 г/л, цитоз 2 кл в 1 мкл, резко положительные реакции Панди и Альперта. После люмбальной пункции появился вялый паралич правой ноги и парез левой ноги. На рентгенограмме позвоночника – без патологии.

Решение: Где локализуется патологический процесс? Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.

Эталон ответа.

На уровне конуса спинного мозга в месте отхождения корешков.

Опухоль конского хвоста, что подтверждается характером развития процесса, данными, полученными при люмбальной пункции, отсутствием изменений на рентгенограммах позвоночника.

Остеохондроз позвоночника с грыжей межпозвонкового диска.

Задача №4

Больной Л., 56 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (упал с высоты 3-го этажа). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками, выраженный менингеальный синдром. На рентгенограммах черепа определяется линейный перелом левой теменной кости. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено. При люмбальной пункции получен ликвор интенсивно окрашенный кровью, давление 240 мм водн.ст.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования.

Эталон ответа.

Открытая травма черепа с наличием кожно-апоневротической раны теменной области, сотрясение головного мозга.

Рентгенография черепа, люмбальная пункция.

Задача №5

Больной 34 лет, гражданин Вьетнама. За 2 недели до поступления больного беспокоили катаральные явления в виде кашля, боли в горле, умеренная головная боль диффузная и по типу гемикрании больше слева. Принимал перорально ампициллин. Накануне поступления утром на фоне головной боли появилась слабость в правой руке, заметил, что изменился подчерк. На следующий день слабость в руке выросла, присоединилась слабость в правой ноге, вечером того же дня присоединились нарушения речи (не говорил, но понимал окружающих). Госпитализирован “скорой помощью” с

направительным диагнозом ОНМК. При осмотре состояние тяжелое, больной в сознании, но вял, сонлив. Контакт с больным затруднен из-за нарушения речи т.к. языкового барьера нет. Общая гиперестезия. Легкая ригидность затылочных мышц. Скуловой симптом Бехтерева с двух сторон, больше слева. Болевая гримаса при перкуссии по скуловой дуге и виску слева. Со стороны ЧМН выявляется полуптоз, больше слева, легкое расходящееся косоглазие по вертикали (OD ↓, OS - симптом Гертвига-Мажанди), недоведение глазных яблок в стороны. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Правосторонний гемипарез с тенденцией повышения мышечного тонуса по спастическому типу. Мышечная сила в правых конечностях до 2,5 Б в руке и 3 Б в ноге. Анизорефлексия D>S. Симптом Бабинского справа. Клонусы стоп D>S. Рефлексы орального автоматизма. Сопровождающие больного родственники и друзья сообщают что родную речь больной понимает полностью. Собственная речевая продукция отсутствует. Произведенная МР-томография в T2-режиме выявляет группу множественных мелких, округлых очагов повышенного МР-сигнала с признаками перифокального отека и компрессионного воздействия на желудочковую систему локализующихся в белом веществе лучистого венца, больше слева. Анализ ликвора прилагается. Анализ ликвора: Прозрачность неполная. Цитоз 35/3. Клеточный состав: лимфоциты 20, нейтрофилы 15, белок 0,33%. Реакция Панди+. Ваш диагноз. Какие дополнительные методы обследования следует провести больному для уточнения диагноза?

Эталон ответа

Лейкоэнцефалит неизвестной этиологии. Следует провести иммунологические тесты крови и ликвора направленные на поиск антител к нейротропным вирусам и бактериям (вирусу кори, краснухи, боррелиям и др), тесты на ВИЧ, сифилис.

Раздел 3. Топическая диагностика заболеваний нервной системы

Тема 1. Двигательные нарушения

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какой из перечисленных симптомов не характерен для поражения периферического двигательного нейрона?

1. спастический тонус;
2. гипотония мышц;
3. снижение сухожильных рефлексов;
4. гипотрофия мышц;
5. "биоэлектрическое молчание" на ЭМГ. Правильный ответ: 1

2. Какой из перечисленных симптомов не наблюдается при поражении пирамидного пути?

1. гемипарез;
2. повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах;
3. повышение сухожильных рефлексов;
4. снижение мышечного тонуса;
5. снижение кожных рефлексов. Правильный ответ: 4

3. Какие пути образует центральный нейрон двигательного пути?

1. Кортико-спинномозговой путь
2. Спинно-церебеллярный
3. Кортико-ядерный путь
4. Рубро-спинальный

Правильный ответ: 1,2

4. Локализация коркового отдела пути произвольного движения?

1. Передняя центральная извилина
2. Задняя центральная извилина
3. Верхняя височная извилина
4. Верхняя лобная извилина

Правильный ответ: 1

5. Где проходит корково-ядерный путь во внутренней капсуле?

1. Передняя ножка
2. Задняя ножка
3. Колено

Правильный ответ: 3

6. Где проходит корково-спинномозговой путь во внутренней капсуле?

1. Передняя ножка
2. Задняя ножка
3. Колено

Правильный ответ: 1

7. В каких рогах спинного мозга находится тело периферического нейрона двигательного пути?

1. Передних
2. Задних
3. Боковых

Правильный ответ: 1

8. Для клиники центрального паралича характерны (несколько ответов):

1. Мышечный гипотонус
2. Мышечный гипертонус
3. Патологические стопные рефлексy
4. Патологические синкинезии
5. Повышение глубоких рефлексов
6. Снижение глубоких рефлексов
7. Патологические защитные рефлексy
8. Атрофия

Правильный ответ: 2,3,4,5,7

9. Какие из перечисленных патологических стопных рефлексов относятся к разгибательным?

1. Рефлексы орального автоматизма
2. Бабинского
3. Мендель-Бехтерева
4. Гордона
5. Россолимо
6. Оппенгейма

Правильный ответ: 2,4,6

10. Какие признаки центрального паралича у детей первых месяцев жизни являются физиологическими?

1. Стопные патологические рефлексы
 2. Гипотонус
 3. Гипертонус
 4. Рефлексы орального автоматизма
- Правильный ответ: 1,3,4

11. Для клиники периферического паралича характерны:

1. Мышечный гипотонус
2. Мышечный гипертонус
3. Патологические стопные рефлексы
4. Реакция перерождения в нерве
5. Гиперрефлексия
6. Гипорефлексия
7. Патологические защитные рефлексы
8. Атрофия

Правильный ответ: 1,4,6,8

12. Какие клинические синдромы характерны для поражения двигательного пути в области внутренней капсулы?

1. Гомолатеральный центральный гемипарез
 2. Гетеролатеральный центральный гемипарез
 3. Центральный парез мимической мускулатуры
 4. Центральный парез жевательной мускулатуры
 5. Центральный парез мышц языка
 6. Джексоновская эпилепсия
- Правильный ответ: 2,3, 5

13. Какие клинические синдромы характерны для поражения двигательного пути в области передней центральной извилины?

1. Гомолатеральный центральный гемипарез
 2. Гетеролатеральный центральный гемипарез
 3. Центральный парез мимической мускулатуры
 4. Центральный парез жевательной мускулатуры
 5. Центральный парез мышц языка
 6. Джексоновская эпилепсия
- Правильный ответ: 2,3,5,6

14. Какие клинические синдромы характерны для поражения двигательного пути в

передних рогах спинного мозга?

1. Мышечный гипотонус
2. Мышечный гипертонус
3. Патологические стопные рефлекс
4. Реакция перерождения в нерве
5. Гиперрефлексия
6. Гипорефлексия
7. Патологические защитные рефлекс
8. Атрофия
9. Фибриллярные подергивания в мышцах. Правильный ответ: 1,4,6,8,9

15. У больного снижена сила в руке, выявляется атония, атрофия и фибриллярные подергивания в мышцах, арефлексия. Где локализуется патологический очаг?

1. Плечевое сплетение
2. Средняя треть передней центральной извилины
3. Передние рога шейного утолщения спинного мозга
4. Задние рога шейного утолщения спинного мозга Правильный ответ: 3

16. У больного снижена сила в левых конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлекс, патологическими стопными рефлексами, пониженными брюшными рефлексами, с периодическими судорожными подергиваниями в руке. Где локализуется патологический очаг?

1. Ствол мозга
 2. Верхняя и средняя треть передней центральной извилины слева
 3. Боковые канатики на уровне C1-C4 спинного мозга
 4. Верхняя и средняя треть передней центральной извилины справа
- Правильный ответ: 4

17. Вследствие инсульта (кровоизлияния в головной мозг) у больного отсутствуют волевые движения мышц головы и шеи. Обследование головного мозга с помощью ЯМР показало, что гематома находится в колоне внутренней капсулы. Какой проводящий путь поврежден у больного?

1. Tr. cortico-fronto-pontinus.
2. Tr. cortico-spinalis.
3. Tr. cortico-thalamicus.
4. Tr. cortico-nuclearis.
5. Tr. thalamo-corticalis. Правильный ответ: 4

18. Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения пирамидного пути:

1. Гемипарез.
2. Альтернирующие синдромы.
3. Повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах.
4. Повышение сухожильных рефлекс.
5. Снижение мышечного тонуса.
6. Снижение кожных рефлекс.
7. Защитные рефлекс. Правильный ответ: 1,2,3,4,6,7

19. Укажите симптомы двустороннего поражения пирамидных путей в грудном отделе:

1. Спастический тонус,
2. Клонусы стоп,
3. Гипотония мышц,
4. Отсутствие коленных и ахилловых рефлексов,
5. Парез нижних конечностей. Правильный ответ: 1,2,5

20. Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения передних рогов спинного мозга:

1. Гипотония мышц.
2. Фибриллярные подергивания
3. Отсутствие сухожильных рефлексов.
4. Гипотрофия мышц.
5. "Ритм частотола" на ЭМГ.
6. Патологические рефлексы.
7. Отсутствие кожных рефлексов. Правильный ответ: 1,2,3,4,5,7

21. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для поражения переднего корешка спинного мозга?

1. Гипотония мышц,
2. Повышение сухожильных рефлексов,
3. Отсутствие брюшных рефлексов,
4. Патологические рефлексы. Правильный ответ: 1

22. Патологический очаг находится в области передней центральной извилины справа (клиническая картина):

1. нижний спастический парапарез;
2. вялый тетрапарез;
3. периферический паралич глазодвигательного нерва справа и центральный гемипарез слева;
4. приступы типа «джексоновских судорог» в левых конечностях;
5. периферический паралич верхней и центральный нижней конечностей слева.

Правильный ответ: 4

23. Центральным нейроном для двигательного пути является:

1. красное ядро;
2. ядро шатра;
3. пирамидные клетки передней центральной извилины;
4. двигательные ядра ствола головного мозга;
5. двигательные клетки передних рогов спинного мозга. Правильный ответ: 3

24. Периферическим нейроном для кортико-спинального пути является:

1. клетки задних рогов спинного мозга;
2. клетки боковых рогов спинного мозга;
3. клетки передних рогов спинного мозга;
4. паравертебральная цепочка;

5. превертебральный ганглий. Правильный ответ: 3

25. Периферическим нейроном для кортико-нуклеарного пути является:

1. клетки таламуса;
2. клетки гипоталамуса;
3. двигательные ядра ствола;
4. красное ядро и чёрная субстанция;
5. клетки передних рогов спинного мозга.

Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи

Задача №1

У больного с нижним парапарезом, развившимся после падения на спину определяются: в ногах спастический тонус, повышение сухожильных рефлексов, рефлекс Бабинского, защитные рефлексы, отсутствуют брюшные рефлексы.

1. Какого характера парапарез? 2. Где локализируются поражения?

Эталон ответа:

1. Нижний центральный парапарез
2. Поражение двигательных путей на уровне спинного мозга между шейным и поясничным утолщениями (грудной уровень)

Задача №2

У больного после падения с высоты 3 метров в неврологическом статусе определяется тетрапарез: на руках – гипотрофия, гипотония мышц, отсутствие рефлексов; в ногах – спастичность мышц, высокие сухожильные рефлексы, рефлекс Бабинского.

1. Какого характера парез? 2. Где локализуется поражение?

Эталон ответа:

1. В руках периферический парапарез, в ногах – центральный парапарез. 2. Поражение спинного мозга на уровне шейного утолщения.

Задача №3

У больного после 5 дней высокой температуры в мае месяце развился паралич правой руки со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, фибриллярными, гипотрофией мышц.

1. Какого характера паралич? 2. Где локализуется поражение?

Эталон ответа:

1. Периферический верхний правосторонний монопарез. 2. Поражение двигательных клеток передних рогов шейного утолщения справа.

Задача №4

Больной М., 17 лет нырнул вниз головой, появилась слабость всех конечностей. На рентгенограмме отмечается оскольчатый перелом тела С5 со смещением. Ответьте на

следующие вопросы:

1. Одинаковый ли характер паралича верхних и нижних конечностей?
2. Перечислите основные симптомы паралича ног у данного больного.
3. Какова диагностическая ценность защитных рефлексов.

Эталон ответа:

1. Нет. В руках будет периферический парез, в ногах – центральный.
2. В ногах будет повышен тонус мышц, повышены сухожильные рефлексы, появятся клonusы стоп, патологические стопные знаки, защитные рефлексы.
3. Появление защитных рефлексов свидетельствует о тяжести поражения двигательных путей.

Задача №5

Больной А., 45 лет страдает головными болями в течение года. Утром почувствовал сильную головную боль, появились судороги мышц лица справа, которые затем распространились на правую руку. Приступ длился 1 минуту.

1. Определите очаг поражения.
2. Какие изменения рефлекторной сферы можно наблюдать у больного?
3. Может ли у больного развиться паралич?

Эталон ответа:

1. Очаг поражения – нижняя и средняя часть левой передней центральной извилины.
2. В левой руке у пациентки могут быть повышены сухожильные рефлексы.
3. Может.

Тема 2. Чувствительность, проводящие пути поверхностной и глубокой чувствительности, локализация нейронов Тестовый контроль Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какие составные части выделяют в анализаторе чувствительности?

1. Корковый отдел
2. Ганглий
3. Рецептор
4. Проводящие пути

Правильный ответ: 1,3,4

2. Какие виды рецепторов выделяют?

1. Экстерорецепторы
2. Сложные
3. Интерорецепторы
4. Проприорецепторы

Правильный ответ: 1,3,4

3. Как называется проводящий путь поверхностной чувствительности?

1. Корково-спинномозговой

2. Спинно-церебеллярный
3. Кортико-ядерный
4. Рубро-спинальный
5. Спинно-таламический Правильный ответ: 5

4. Как называются проводящие пути глубокой чувствительности?

1. Кортико-спинномозговой
2. Спинно-церебеллярный
3. Кортико-ядерный
4. Тонкий
5. Спинно-таламический
6. Клиновидный

Правильный ответ: 4,6

5. Где локализуется корковый отдел анализатора общих видов чувствительности?

1. Передняя центральная извилина
2. Задняя центральная извилина
3. Верхняя височная извилина
4. Верхняя лобная извилина 5. Верхняя теменная долька Правильный ответ: 2,5

6. Какие виды нарушения чувствительности относятся к количественным?

1. Гиперестезия
2. Дизестезия
3. Гипостезия
4. Анестезия
5. Аллохейрия

Правильный ответ: 1,3,4

7. Какие виды нарушения чувствительности относятся к качественным?

1. Гиперестезия
2. Дизестезия
3. Гипостезия
4. Анестезия
5. Аллохейрия
6. Полиестезия 7. Аллоестезия

Правильный ответ: 2,5,6,7

8. Для периферического типа нарушения чувствительности характерно:

1. Нарушение всех видов чувствительности
2. Диссоциированное нарушение чувствительности
3. Поражение периферической нервной системы
4. Нарушение чувствительности ниже уровня поражения
5. Нарушение чувствительности в зоне иннервации
6. Поражение проводящих путей в ЦНС
7. Нарушение чувствительности на уровне пораженного сегмента Правильный

ответ: 1,3,5

9. Для сегментарного типа нарушения чувствительности характерно:
1. Нарушение всех видов чувствительности
 2. Диссоциированное нарушение чувствительности
 3. Нарушение чувствительности на уровне пораженного сегмента
 4. Нарушение чувствительности ниже уровня поражения
 5. Нарушение чувствительности в зоне иннервации
 6. Поражение функционального сегмента
- Правильный ответ: 2,3,6

10. Для проводникового типа нарушения чувствительности характерно:
1. Поражение проводящих путей в ЦНС
 2. Диссоциированное нарушение чувствительности
 3. Нарушение чувствительности на уровне пораженного сегмента
 4. Нарушение чувствительности ниже уровня поражения
 5. Нарушение чувствительности в зоне иннервации
 6. Поражение функционального сегмента
- Правильный ответ: 1,4

11. Для коркового типа нарушения чувствительности характерно:
1. Нарушение всех видов чувствительности
 2. Диссоциированное нарушение чувствительности
 3. Нарушение чувствительности на уровне пораженного сегмента
 4. Нарушение чувствительности ниже уровня поражения
 5. Нарушение чувствительности в зоне иннервации
 6. Джексоновская эпилепсия
 7. Гемипарез или моноанестезия
 8. Поражение функционального сегмента
 9. Поражение задней центральной извилины
- Правильный ответ: 1,6,9

12. Какой симптом наиболее характерен для «полиневритического» типа расстройства чувствительности?

1. Расстройства чувствительности в соответствующих дерматомах;
 2. Анестезия в дистальных отделах конечностей;
 3. Гемипарез;
 4. «Диссоциированный» тип расстройства чувствительности;
 5. Фантомные боли.
- Правильный ответ: 2

13. Укажите, где перекрещиваются проводники поверхностной чувствительности?

1. Передняя серая спайка спинного мозга.
 2. Межолливный слой продолговатого мозга.
 3. Варолиев мост.
- Правильный ответ: 1

14. Укажите, при поражении каких образований мозга возникает астереогноз?

1. Задние рога спинного мозга.
2. Задние столбы спинного мозга.

3. Боковые столбы спинного мозга.
4. Внутренняя капсула.
5. Задняя центральная извилина.
6. Теменная доля.
7. Височная доля. Правильный ответ: 2,4,5,6

15. Укажите, при поражении каких образований мозга возникает сегментарный тип расстройства чувствительности?

1. Задние рога спинного мозга.
2. Задние столбы спинного мозга.
3. Передняя белая спайка спинного мозга.
4. Внутренняя капсула. Правильный ответ: 1,3

16. Какие из перечисленных симптомов характерны для поражения чувствительных путей во внутренней капсуле?

1. гемианестезия,
2. гемиатаксия,
3. гемианопсия,
4. гемиальгии,
5. гиперпатия

Правильный ответ: 1,2,3

17. Отметьте, какие из перечисленных симптомов наиболее характерны для поражения задних корешков?

1. Боли.
2. Диссоциированное расстройство чувствительности.
3. Парестезии.
4. Нарушение глубокой чувствительности.
5. Нарушение поверхностной чувствительности. Правильный ответ: 1,3,4,5

18. Укажите, при поражении каких образований мозга может быть нарушение чувствительности по проводниковому типу?

1. Задние корешки.
2. Поражение серого вещества спинного мозга,
3. Поражение боковых столбов спинного мозга
4. Поражение половины поперечника спинного мозга,
5. Поражение всего поперечника спинного мозга. Правильный ответ: 3,4,5

19. Укажите, при поражении каких образований мозга может возникать гемианопсия в сочетании с гемианестезией?

1. Внутренняя капсула.
2. Зрительный бугор.
3. Задняя центральная извилина.
4. Затылочная доля. Правильный ответ: 1,2

20. Какие из перечисленных симптомов характерны для поражения зрительного бугра?

1. моноанестезия,
2. гемианестезия,
3. парестезии в противоположной очагу половине тела,
4. гемиатаксия,
5. гемианопсия,
6. гемиалгии,
7. гиперпатия

Правильный ответ: 2,4,5,6,7

5

21. У мужчины 60 лет при профилактическом обследовании обнаружено снижение всех видов чувствительности на правой половине туловища. Дополнительное обследование с помощью ЯМР обнаружило у больного небольшую опухоль головного мозга, которая локализована в задней ножке внутренней капсулы слева. Повреждение какого проводящего пути было причиной отмеченной симптоматики? 1. Центральный зрительный путь.

2. Tr. cortico-spinalis.
3. Tr. cortico-nuclearis.
4. Центральный слуховой путь.
5. Tr. spino-thalamicus.

Правильный ответ: 5

22. Вследствие перенесенной травмы позвоночника у больного отсутствует болевая и температурная чувствительность левой половины и туловища. Повреждение какого проводящего пути может быть причиной этого явления?

1. Tr. spino-thalamicus anterior справа.
2. Tr. spino-thalamicus lateralis слева.
3. Tr. spino-thalamicus lateralis справа.
4. Tr. spino-thalamicus anterior слева.
5. Пучка Голля и Бурдаха слева.

Правильный ответ: 3

23. После производственной травмы пострадавший доставлен в больницу с повреждением позвоночника. Выявлено поражение задних канатиков спинного мозга на уровне 1-го грудного позвонка. Какие проводящие пути пострадали при этом?

1. Болевой и температурной чувствительности.
2. Кортико-спинномозговые.
3. Спинномозжечковые.
4. Тактильной и проприоцептивной чувствительности.
5. Экстрапирамидные

Правильный ответ: 5

24. При обследовании больного с нарушением мышечно-суставной чувствительности было установлено, что патологический процесс локализован на уровне белого вещества спинного мозга. Где в норме проходят ведущие пути проприоцептивной чувствительности коркового направления?

1. Задний канатик спинного мозга.
2. Передний канатик спинного мозга.
3. Боковой канатик спинного мозга.
4. Столб Кларка спинного мозга.
5. Область вокруг центрального канала. Правильный ответ: 1

25. В нейрохирургическое отделение поступил мужчина 30 лет с ножевым ранением в области нижнегрудного отдела позвоночника. При обследовании было установлено, что лезвие ножа прошло между остистыми отростками 10 и 11 грудных позвонков и повредило задние канатики спинного мозга. Волокна каких проводящих путей были повреждены в данном случае?

1. Тонкого и клиновидного пучков.
2. Кортикоспинального переднего путей.
3. Спино-таламического пути.
4. Заднего спинно-мозжечкового пути.
5. Переднего спинно-мозжечкового пути. Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи

Задача №1

На приеме женщина 46 лет, с жалобами на боль, онемение и жжение в стопах и голених обеих ног; симптомы усиливаются в ночное время и стихают после хождения.

Из анамнеза известно, что заболевание началось с онемения, жжения и боли в стопах обеих ног, с постепенным распространением чувствительных нарушений на голени.

В неврологическом статусе: снижение болевой и тактильной чувствительности по типу носков, снижение глубокой чувствительности.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Перечислить виды чувствительности.
5. Поражение каких образований нервной системы сопровождается сегментарными расстройствами чувствительности.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, гипестезия, вегетативно-ирритативные проявления в дистальных отделах ног.
2. Совокупность клинических проявлений характерна для синдрома сенсорной полиневропатии.
3. Топический диагноз – поражение аксонов чувствительных и вегетативных волокон нижних конечностей.
4. Виды чувствительности: поверхностная и глубокая.
5. Сегментарные расстройства чувствительности возникают при поражении задних столбов спинного мозга.

Задача №2

На приеме женщина 37 лет, с жалобами на онемение, парестезии и боли, начавшиеся

с небольшой зоны на губе слева, с последующим, в течение 3-х месяцев, распространением на всю половину лица. Движения нижней челюсти не нарушены. В анамнезе у больной системная красная волчанка.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Какие раздражения воспринимают инкапсулированные чувствительные окончания Краузе.
5. Где расположен корковый конец чувствительного анализатора.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, гипестезия, парестезии в правой половине лица.
2. Совокупность клинических проявлений характерна для сенсорной невропатии тройничного нерва.
3. Топический диагноз – поражение чувствительных волокон тройничного нерва.
4. Инкапсулированные чувствительные окончания Краузе воспринимают холодовые раздражения.
5. Корковый конец чувствительного анализатора расположен в задней центральной извилине.

Задача №3

На приеме женщина 54 лет с жалобами на боль в шее, надключичной области, плече, грудной клетке и лопатке слева. Боль носит жгучий характер, распространяется на медиальную поверхность предплечья и кисть до мизинца. В неврологическом статусе: слабость и похудание мышц гипотенара, межкостных мышц, мышц тенара, гипотрофия сгибателей кисти, снижение чувствительности по медиальному краю предплечья и кисти, синдром Горнера. На рентгенограмме обнаружено шейное ребро – гипертрофированный поперечный отросток позвонка CVII.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Чем представлена внутренняя капсула.
5. При поражении каких образований возникает астереогноз.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: боль, вегетативно-ирритативно-трофические проявления, гипестезия в дерматомах C8-Th11 справа.
2. Совокупность клинических проявлений характерна для плечевой плексопатии (синдрома верхней апертуры грудной клетки).
3. Топический диагноз – поражение нижней части плечевого сплетения (корешков C8Th11) справа.
4. Внутренняя капсула - это прослойка белого вещества головного мозга, находящаяся между подкорковыми ядрами.
5. Астереогноз возникает при поражении верхней теменной доли.

Задача №4

На приеме мужчина 62 лет, с жалобами на парестезии, боль и зуд по локтевому краю кисти, в пятом и локтевой половине четвертого пальца, по внутренней поверхности локтевого сустава справа.

В неврологическом статусе: пальпация и перкуссия ствола локтевого нерва на уровне локтевого сустава сопровождается его болезненностью и парестезиями в области внутреннего края предплечья и кисти. Выявлена слабость мышц, отводящих и приводящих V и IV пальцы, гипотрофия мышц гипотенара и межкостных мышц.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Какие симптомы характерны для поражения таламуса.
5. В чем заключается особенность хода проводников поверхностной чувствительности.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: чувствительные (боль, парестезии) и двигательные (паралич мышц) расстройства в зоне иннервации локтевого нерва справа.
2. Совокупность клинических проявлений характерна для невропатии локтевого нерва.
3. Топический диагноз – поражение локтевого нерва справа.
4. Для поражения таламуса характерны: гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия.
5. Волокна поверхностной чувствительности в составе задних корешков вступают в задние рога спинного мозга и перекрест совершают в передней серой спайке.

Задача №5

На приеме больной 62 лет с жалобами на нарушение зрения, неловкость в левых руке и ноге, нарушение чувствительности в них, затруднения при самообслуживании и ходьбе.

При неврологическом осмотре выявлено: выпадение левых половин полей зрения, левосторонняя гемиплегия, контрактура Вернике-Манна и гемианестезия.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Чем проявляются нарушения дискриминационной чувствительности.
5. Перечислить симптомы поражения бокового столба (канатика) спинного мозга.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: зрительные (левосторонняя гомонимная гемианопсия), двигательные (центральный паралич конечностей слева) и чувствительные (отсутствие болевой чувствительности в левых конечностях) расстройства.
2. Совокупность клинических проявлений характерна для синдрома внутренней капсулы.
3. Топический диагноз – поражение переднего бедра внутренней капсулы

справа.

4. Нарушения дискриминационной чувствительности проявляются нарушением восприятия двух одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела.

5. Для поражения бокового канатика характерны: расстройство поверхностной чувствительности (болевой и температурной) по проводниковому типу на противоположной очагу стороне, ниже места поражения. Верхняя граница нарушения чувствительности определяется на 2-3 сегмента ниже места поражения.

Тема 3. Экстрапирамидная система, основные функции, анатомо-физиологические данные. Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Укажите основные анатомические структуры экстрапирамидной системы:

1. Структуры коры больших полушарий
 2. Передние рога спинного мозга
 3. Мозжечок
 4. Стриопаллидарная система
- Правильный ответ: 1

2. Укажите анатомические образования стриарной системы:

1. Хвостатое ядро
2. Черное вещество
3. Красное ядро
4. Скорлупа
5. Субталамическое ядро
6. Бледный шар
7. Льюисово тело

Правильный ответ: 1

3. Укажите морфо-функциональные особенности стриарной системы:

1. Содержит большое количество нервных волокон и крупные клетки
2. Обеспечивает движения мощные и относительно точные
3. Филогенетически более старое образование
4. Определяет второй двигательный период развития ребенка
5. Филогенетически более молодое образование
6. Обеспечивает «рационализацию» движения
7. Определяет первый двигательный период развития ребенка
8. Содержит большое количество мелких клеток и мало нервных волокон

Правильный ответ: 1

4. Укажите анатомические образования паллидарной системы:

1. Хвостатое ядро
2. Скорлупа
3. Бледный шар
4. Черное вещество

5. Субталамическое ядро
6. Красное ядро
7. Льюисово тело

Правильный ответ: 1

5. Укажите морфо-функциональные особенности паллидарной системы:

1. Содержит большое количество нервных волокон и крупные клетки
2. Филогенетически более молодое образование
3. Определяет первый двигательный период развития ребенка
4. Содержит большое количество мелких клеток и мало нервных волокон
5. Обеспечивает движения мощные и относительно точные
6. Определяет второй двигательный период развития ребенка
7. Филогенетически более старое образование
8. Обеспечивает «рационализацию» движения

Правильный ответ: 1

6. Как называется симптомокомплекс поражения паллидум?

1. Гипотонически-гипокинетический
2. Гипертонически-гипокинетический
3. Гипотонически-гиперкинетический

Правильный ответ: 1

7. Как называется симптомокомплекс поражения стриатум?

1. Гипотонически-гиперкинетический
2. Гипертонически-гипокинетический
3. Гипотонически-гипокинетический

Правильный ответ: 1

8. Назовите клинические признаки поражения стриарной системы:

1. Мышечная гипертония
2. Гиперкинезы
3. Олигокинезия
4. Брадикинезия
5. Брадипсихия
6. Микрография
7. Брадилалия

9. Мышечная гипотония

Правильный ответ: 1

9. Назовите клинические признаки поражения паллидарной системы:

1. Мышечная гипертония
2. Гиперкинезы
3. Олигокинезия
4. Брадикинезия
5. Поза восковой куклы
6. Микрография
7. Брадилалия
9. Мышечная гипотония
10. Брадипсихия

Правильный ответ: 1

10. Назовите основные признаки хореического гиперкинеза:

1. Локальный
2. Стереотипный
3. Быстрый
4. Распространенный
5. Медленный
6. Проксимальный
7. Высокоамплитудный
8. Дистальный
9. Нестереотипный

Правильный ответ: 1

11. Назовите основные признаки тиков:

1. Локальный
2. Медленный
3. Быстрый
4. Распространенный
5. Стереотипный
6. Нестереотипный

Правильный ответ: 1

12. Назовите основные признаки атетоидного гиперкинеза:

1. Локальный
2. Стереотипный
3. Быстрый
4. Распространенный
5. Медленный
6. Проксимальный
7. Червеобразный
8. Дистальный
9. Нестереотипный

Правильный ответ: 1

13. Назовите основные признаки торсионной дистонии:

1. «Штопорообразный»
2. Стереотипный
3. Быстрый
4. Провоцируется движением
5. Медленный
6. Мышцах туловища
7. Мышцах конечностей
8. Червеобразный
9. Нестереотипный

Правильный ответ: 1

14. У больного ребенка наблюдаются быстрые, аритмичные, непроизвольные движения конечностей, туловища. Он гримасничает, причмокивает, высовывает язык. Тонус мышц снижен. Где локализуется очаг поражения, как называется гиперкинез?

1. Хвостатое ядро
2. Тик
3. Бледный шар
4. Скорлупа
5. Черное вещество 6. Хореический

Правильный ответ: 1

15. Больной ходит мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Речь монотонная, затухающая, тихая. Дистальный гиперкинез покоя. Тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса». Где локализуется очаг поражения, как называется синдром?

1. Хвостатое ядро
 2. Гипотонически-гипокинетический
 3. Бледный шар
 4. Скорлупа
 5. Черное вещество
 6. Гипертонически-гипокинетический
- Правильный ответ: 1

16. Какой симптом не возникает при поражении паллидо-нигральной системы?

1. Амимия
2. Пластическая ригидность мышц;
3. Спастическая ригидность мышц; 4. Брадикинезии;
5. Тремор покоя. Правильный ответ: 1

17. Как нарушается походка при поражении паллидонигральной системы?

1. Спастическая.
2. Спастико-атактическая.
3. Гемипаретическая.
4. Шаркающая, мелкими шажками. Правильный ответ: 1

18. Какое расстройство речи возникает при поражении экстрапирамидной системы?

1. Дизартрия.
2. Тихая, монотонная.
3. Скандированная.
4. Афония.

Правильный ответ: 1

19. Какие подкорковые ядра поражаются при стриарном синдроме.

1. Бледный шар.
2. Хвостатое ядро.

3. Скорлупа. Правильный ответ: 1

20. Как изменяется мышечный тонус при паллидонигральном синдроме 1
Гипотония.

2. Гипертония. Правильный ответ: 1

21. Повреждение стриопаллидарной системы привело к развитию атетоза (ритмические движения конечностей). Какие ядра повреждены?

1. Передние ядра гипоталамуса.
2. Медиальное коленчатое тело.
3. Латеральное коленчатое тело.
4. Полосатое тело.
5. Задние ядра гипоталамуса. Правильный ответ: 4

22. Отношение экстрапирамидной системы к эмоциональной сфере:

- 1) осуществляет выразительные мимические двигательные акты
- 2) осуществляет так называемые психорефлексы
- 3) формирует эмоциональные проявления (смех, плач)
- 4) выраженные вегетативные реакции
- 5) все вышеперечисленные Правильный ответ: 5

23. Основной нисходящий путь экстрапирамидной системы:

- 1) оливо-церебеллярный, вестибуло-спинальный пути
- 2) рубро-спинальный путь
- 3) оливо – церебеллярный
- 4) кортико – спинальный
- 5) спино – таламический Правильный ответ: 2

24. Различие в онтогенетической и филогенетической зрелости стриатума и паллидума:

- 1) наиболее древним образованием является стриатум, тогда как паллидум является более молодым образованием
- 2) паллидум является более древним образованием, тогда как стриатум является более молодым образованием
- 3) разницы нет
- 4) паллидум и стриатум развиваются одновременно Правильный ответ: 2

25. Участие экстрапирамидной системы в произвольной моторике человека:

- 1) подготавливает произвольные движения человека
- 2) принимает участие в формировании мышечного тонуса и позы
- 3) создает предуготованность мышц для выполнения произвольных движений
- 4) обеспечивает скорость, ритм, плавность и гибкость движений
- 5) все вышеперечисленные

Правильный ответ: 5

Ситуационные задачи

Задача №1

На приеме больной 35 лет, жалуется на быстрые, неожиданные, размашистые движения, совершаемые без напряжения и лишённые стереотипности, усиливающиеся при волнении и уменьшающиеся в покое, во время сна. В движения вовлекаются не только мышцы конечностей, но и лицевая мускулатура. При осмотре выявлено, что эмоционально-мимические и реактивные движения резко усилены. Мышечный тонус понижен.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Какие образования головного мозга входят в состав экстрапирамидной системы.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: гиперкинез мимической мускулатуры лица и конечностей.
2. Клинический синдром – хореический гиперкинез.
3. Топический диагноз – поражение хвостатого ядра и скорлупы.
4. В состав экстрапирамидной системы входят: кора головного мозга, базальные ядра (бледный шар, хвостатое ядро, скорлупа, чечевицеобразные ядра), образования среднего мозга (черная субстанция, красное ядро), субталамическое ядро Льюиса.

Задача №2

На приеме женщина 67 лет, жалуется на затруднения при передвижении и самообслуживании по причине скованности мышц конечностей и туловища. При осмотре выявлено, что движения выполняются в замедленном темпе, отличаются выраженной бедностью, параличи и парезы отсутствуют.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром. 3. Поставить топический диагноз.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: повышение мышечного тонуса, ограничение объема движений, замедленность движений, бедность их.
2. Клинический синдром: гипертонически-гипокинетический. 3. Топический диагноз – поражение черного вещества, бледного шара.

Задача №3

У больной в возрасте 63 лет отмечается изменение походки – ходит мелкими шажками, руки не участвуют в акте ходьбы, туловище наклонено вперед; имеется замедление движений, скованность, гипомимия, ритмичное дрожание в пальцах кистей по типу счета монет.

При обследовании выявляется повышение тонуса мышц, симптом «зубчатого колеса».

1. Назовите патологический синдром. 2. Определите локализацию патологического очага.

Эталон ответа:

1. Синдром паркинсонизма (синонимы: гипертонически-гипокинетический синдром, акинетико-ригидный синдром).
2. Очаг поражения – бледный шар (область подкорковых узлов) и черная субстанция (средний мозг).

Задача №4

У мужчины в возрасте 56 лет постепенно появились насильственные беспорядочные произвольные движения в лице (зажмуривает глаза, облизывает губы, гримасничает), в руках и ногах (импульсивно меняет положение конечностей), постоянно изменяет позу. Отмечается снижение мышечного тонуса.

1. Назовите патологический синдром.
2. Определите локализацию патологического очага.

Эталон ответа:

1. Гиперкинетически-гипотонический синдром в виде хореического гиперкинеза.
2. Очаг поражения – стриатум.

Задача №5

Девочка 15 лет, год назад перенесла острую вирусную инфекцию с сильной головной болью и высокой температурой. Спустя год стала отмечать, что голову тянет вправо и назад (ретроколлис), позднее стала отмечаться судорога в правой руке – руку „разгибало“, и тянуло в сторону кзади в разогнутом виде. Через 2 года к имеющимся насильственным движениям присоединилось напряжение жевательных мышц: стала хуже открывать рот, изменилась речь.

Объективно: голова фиксирована мышечной контрактурой вправо, произвольные движения головой резко ограничены, жевательные мышцы напряжены, нижняя челюсть слегка выдвинута вперед и прижата к верхней. Рот открывает самостоятельно на 1-2 см. мышцы правой руки ригидны, рука отведена в сторону и назад, произвольные движения в ней почти невозможны. Периодически совершает штопорообразные движения вокруг своей оси. сухожильные рефлексы на правой руке вызываются с трудом из-за мышечной контрактуры, на ногах сухожильные рефлексы с низким фоном.

Определить, какие виды гиперкинезов развились у девочки в области шеи, лица, руки, туловища? При поражении каких структур мозга возникают гиперкинезы?

Эталон ответа:

У ребенка имеются смешанные гиперкинезы: тортиколлис, тризм, торсионная дистония.

Гиперкинезы появляются при поражении стриарной системы, а именно хвостатого ядра, скорлупы, ограда, льюисова тела, красного ядра.

Тема 4. Мозжечок, основные функции, анатомо-физиологические данные
Тестовый контроль Выберите один или несколько правильных ответов

1. Назовите основные функции мозжечка:

1. Координация движений
2. Память
3. Регуляция мышечного тонуса
4. Равновесие
5. Праксис

Правильный ответ: 1,3,4

2. Укажите клинические признаки поражения червя мозжечка:

1. Статическая атаксия
2. Дисметрия
3. Динамическая атаксия
4. Астазия, абазия
5. Скандированная речь
6. Атактическая походка
7. Интенционный тремор 8. Макрография

Правильный ответ: 1,4,6

3. Укажите клинические признаки поражения полушарий мозжечка.

1. Статическая атаксия
2. Дисметрия
3. Динамическая атаксия
4. Адиадохокинез
5. Скандированная речь
6. Атактическая походка
7. Интенционный тремор 8. Макрография

Правильный ответ: 2,3,4,5,7,8

4. Какая бывает походка при поражении мозжечка?

1. Спастическая
2. Гемипаретическая
3. Атактическая (пьяная)
4. Мелкими шажками (шаркающая)
5. Штампующая

Правильный ответ: 3

5. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм, при отведении глазных яблок в стороны. Походка шаткая, с нарастанием шаткости при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечается промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой пробы справа, адиадохокинез справа, изменение почерка (мегалография). Снижен мышечный тонус справа. Парезов конечностей нет. Где локализуется очаг поражения?

1. Левое полушарие мозжечка
2. Червь мозжечка
3. Лобная доля слева

4. Правое полушарие мозжечка
5. Лобная доля справа Правильный ответ: 4

6. У больного отмечается горизонтальный нистагм, при отведении глазных яблок в стороны. Парезов нет. Самостоятельно ходить и стоять не может, в позе Ромберга падает. Диффузная мышечная гипотония. Чувствительность сохранена. Где локализуется очаг поражения?

1. Левое полушарие мозжечка
2. Червь мозжечка
3. Лобная доля слева
4. Правое полушарие мозжечка
5. Лобная доля справа Правильный ответ: 2

7. Какой симптом наблюдается при поражении мозжечка?

1. Мышечная гипертония;
2. Мышечная гипотония;
3. Парез мышц; 4. Двоение;
5. Аффония.

Правильный ответ: 2

8. Какое расстройство речи возникает при поражении мозжечка?

1. скандированная речь;
2. афония;
3. монотонная речь; 4. амнестическая афазия;
5. эхолалия.

Правильный ответ: 1

9. Какой симптом не наблюдается при поражении мозжечка?

1. мышечная гипотония
2. миоклонии;
3. интенционный тремор;
4. скандированная речь;
5. неустойчивость в пробе Ромберга. Правильный ответ: 2

10. По каким путям поступают импульсы от проприорецепторов в мозжечок?

1. Спиноталамический путь.
2. Путь Флексига.
3. Путь Говерса.
4. Вестибулоспинальный путь. Правильный ответ: 2,3

11. Через какие ножки мозжечка проводятся импульсы от коры больших полушарий?

1. Верхние.
2. Средние.
3. Нижние.

Правильный ответ: 2

12. Какой из перечисленных проводящих путей относится к эфферентным связям мозжечка.

1. дентато-рубро-спинальный,
2. путь Флексига,
3. лобно-мостомозжечковый,
4. затылочно-височно-мозжечковый,
5. путь от ядер задних столбов,
6. вестибуло-мозжечковый путь,
7. оливо-мозжечковый путь,
8. путь Говерса

Правильный ответ: 1

13. Укажите, какой из перечисленных проводящих путей проходит через нижние ножки мозжечка.

1. оливо-мозжечковый путь;
 2. дентато-рубро-спинальный путь;
 3. путь от ядер задних столбов;
 4. спинно-мозжечковый путь Говерса;
 5. ретикуло-мозжечковый путь;
 6. лобно-мосто-мозжечковый,
 7. вестибуло-мозжечковый;
 8. спинно-мозжечковый путь Флексига;
 9. затылочно-височно-мосто-мозжечковый путь
- Правильный ответ: 1,3,5,7,8

14. Какой вид нарушения координации движений возникает при поражении червя мозжечка?

1. динамическая атаксия;
2. статическая атаксия.

Правильный ответ: 2

15. Укажите, какие симптомы характерны для поражения мозжечка.

1. мышечная гипотония;
2. миоклонии;
3. интенционный тремор;
4. скандированная речь;
5. пластическая ригидность;
6. асинергия Бабинского;
7. неустойчивость в позе Ромберга.

Правильный ответ: 1,3,4,6,7

16. Перечислите методы исследования динамической координации движений.

1. проба Ромберга;
2. пальценосовая проба;
3. указательная проба;

4. походка;
5. исследование почерка;
6. диадохокинез;
7. проба на соразмерность движений;
8. пяточно-коленная проба. Правильный ответ: 2,3,5,6,7,8

17. Перечислите способы выявления нарушений статики.

1. пальце-носовая проба;
2. проба Ромберга;
3. пяточно-коленная проба;
4. походка;
5. исследование почерка;
6. диадохокинез. Правильный ответ: 2,4

18. Укажите симптомы поражения полушарий мозжечка.

1. скандированная речь;
2. адиадохокинез;
3. гипотония мышц;
4. промахивание при выполнении координационных проб. Правильный ответ: 1,2,3,4

19. Укажите, какие симптомы наблюдаются при поражении мозжечка?

1. Мышечная гипотония.
2. Миоклонии.
3. Интенционный тремор.
4. Скандированная речь.
5. Пластическая ригидность.
6. Неустойчивость в пробе Ромберга.
7. Асинергия Бабинского. Правильный ответ: 1,3,4,6,7

20. Какие из перечисленных проводящих путей относятся к афферентным связям мозжечка.

1. дентато-рубро-спинальный,
2. путь Флексига,
3. лобно-мостомозжечковый,
4. затылочно-височно-мозжечковый,
5. путь от ядер задних столбов,
6. вестибуло-мозжечковый путь,
7. оливо-мозжечковый путь, 8. путь Говерса

Правильный ответ: 1,2,3,4,5,6,7,8

21. В какую сторону отклоняется больной в позе Ромберга при поражении правого полушария мозжечка?

1. вперед; 2. назад;
3. вправо;

4. влево;
5. во все стороны. Правильный ответ: 3

22. Какой признак не характерен для опухоли мозжечка?

1. статическая атаксия;
2. скандированная речь;
3. интенционный тремор; 4. адиадохокинез;
5. апраксия. Правильный ответ: 5

23. Следующий тип тремора характерен для поражения мозжечка:

1. покоя
2. психогенный
3. интенционный (кинетический)
4. физиологический 5. эссенциальный

Правильный ответ: 3

24. Следующие пробы используют для обследования функций мозжечка:

1. пальце-носовая
2. на дисметрию
3. на дисграфию
4. тест рисования часов 5. поза Ромберга

Правильный ответ: 1,2,5

25. Анатомическое строение мозжечка:

1. имеет два полушария и червь
 2. в нем имеется серое и белое вещество
 3. серое вещество расположено в коре мозжечка, а также в его ядрах: зубчатом, пробковидном, шаровидном и ядре шатра
 4. кора мозжечка имеет 3-слойное строение
 - 5 все вышеперечисленные
- Правильный ответ: 5

Ситуационные задачи

Задача №1

На приеме больной 29 лет, жалуется на затруднения при ходьбе, падения, шаткость при ходьбе.

В неврологическом статусе: ходьба с широко расставленными ногами, шаткость и отклонение вправо, в позе Ромберга – тенденция к падению вправо, гиперметрия, миопопадание и интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах справа, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, адиадохокинез правой руки, снижение тонуса мышц правых конечностей, скандированная речь.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром. 3. Поставить топический диагноз.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: статическая и динамическая атаксии, мышечная гипотония, горизонтальный нистагм вправо, речевые расстройства по типу скандированной речи.

2. Совокупность клинических проявлений характерна для мозжечковой атаксии. 3. Топический диагноз – поражение червя и правого полушария мозжечка.

Задача №2

В отделение поступил ребенок 13 лет с жалобами на шаткость при ходьбе, усиливающуюся при поворотах. Изменения почерка.

Объективно: горизонтальный нистагм в крайних отведениях, снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено, парезов параличей конечностей нет. Походка шаткая («пьяная») больной ходит, широко расставив ноги, шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. В позе Ромберга падает в правую сторону. Отмечается промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой пробы справа, не может выполнить пяточно-коленную пробу справа. Адиадохокинез справа, мегалография.

1. Поставить и обосновать топический диагноз.
2. При каких заболеваниях могут выявляться описанные симптомы?
3. Какие пути проходят в верхних ножках мозжечка?
4. Какие виды атаксии существуют? 5. Описать методику исследования пальце-носовой пробы.

Эталон ответа:

1. Поражено правое полушарие мозжечка.
Неустойчивость при пробе Ромберга, шаткая походка с уклонением вправо, горизонтальный нистагм, нарушение координации движений правой руки и ноги, а также гипотония мышц правых конечностей являются основанием топического диагноза.
2. Описанные симптомы могут выявляться при опухоли, гематоме, кисте, абсцессе мозжечка.
3. Верхние ножки мозжечка – соединяют мозжечок и четверохолмие, содержат в своем составе афферентный передний спинно-мозжечковый путь и нисходящий мозжечково-красноядерно-спинномозговой путь.
4. Основные виды атаксий: Лобная;
Мозжечковая: статическая или динамическая;
Височная; Вестибулярная;
Заднестолбовая.
5. Больной вначале с открытыми, а затем с закрытыми глазами указательным пальцем из положения выпрямленной и отведенной в сторону верхней конечности пытается прикоснуться к кончику носа. При поражении мозжечковых систем наблюдаются промахивание, мимопопадание и появление дрожания кисти при приближении к цели — интенционный тремор. Если промахивание пальцем возникает при выполнении пробы только с закрытыми глазами, то это характерно для сенситивной атаксии

Задача №3

В приемный покой поступила больная Н. 32 лет, находится на лечении у врача отоларинголога по поводу обострения хронического левостороннего гнойного отита. Гноетечение усилилось в последние 4 дня, повысилась температура до 39,0о. Два дня назад появилась приступообразная головная боль в области затылка.

Объективно: не критична к обстановке, болтлива. Глазные щели симметричные, Горизонтальный нистагм при взгляде влево. Гипотония мышц левых конечностей. В позе Ромберга устойчива, но при выполнении пальце-носовой и коленно-пяточной проб слева имеется промахивание и интенционное дрожание. Адиадохокинез слева. Менингеальных симптомов нет.

В ликворе белок 0,66 г/л, ликворное давление 270 мм рт.ст.

1. Поставить топический диагноз.
2. Обосновать топический диагноз?
3. При каком заболевании развилась данная клиника?
4. Описать методику исследования пяточно-коленной пробы.
5. Какие пути проходят в средних ножках мозжечка?

Эталон ответа:

1. Патологический процесс находится в левом полушарии мозжечка.
2. Гипотония мышц левых конечностей, динамическая атаксия слева, адиадохокинез слева, горизонтальный нистагм являются обоснованием топического диагноза.
3. Принимая во внимание хронический отит в анамнезе, фебрильную температуру, изменение в ликворе, очаговую неврологическую симптоматику можно думать об абсцессе головного мозга.
4. В положении лежа на спине больной, сгибает нижнюю конечность в тазобедренном суставе, причем он должен поставить пятку одной стопы на область колена другой. Затем, слегка прикасаясь (или почти на весу), сделать движение вдоль передней поверхности голени вниз до стопы и обратно. Эту пробу больной проделывает с открытыми и закрытыми глазами. При мозжечковой атаксии больной промахивается, попадая пяткой в область колена, и затем пятка соскальзывает в стороны при проведении ее по голени.
5. Средние ножки мозжечка - соединяют мозжечок и мост мозга, содержат в своем составе часть волокон корково-мосто-мозжечковых путей.

Задача №4

На приеме больной К. 43 лет, с жалобами на приступообразные головные боли, с тошнотой и рвотой. Головокружения и шаткость при ходьбе.

Из анамнеза: 4 месяца назад утром после сна впервые почувствовал сильную боль в области затылка. Спустя 1 час боль прекратилась, но потом периодически приступообразно стала повторяться, до 3-4 раз в неделю. Последние 3 недели появились головокружение и пошатывание при ходьбе. Приступы головной боли стали продолжительнее по времени и интенсивнее по характеру боли, сопровождаются рвотой, после которой самочувствие улучшается.

Объективно: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм в обе стороны. Признаки системного головокружения. Сила левых конечностей снижена до 4,5 баллов. Гипотония мышц правой руки и ноги. Гиперрефлексия сухожильных и надкостничных рефлексов слева. Кожные брюшные рефлексы слева снижены. Положительный патологический рефлекс Бабинского слева. В позе Ромберга пошатывание в правую сторону. При ходьбе даже с открытыми глазами пошатывается. Пальценосовую пробу выполняет с интенцией справа. Адиадохокинез и

гиперметрия справа. Правой ногой неуверенно выполняет пяточно-коленную пробу.

1. Поставить топический диагноз.
2. Обосновать топический диагноз?
3. Какие пути проходят в средних ножках мозжечка?
4. Какие симптомы поражения мозжечка существуют? 5. Описать методику исследования на диадохокинез.

Эталон ответа:

1. Поражены: правое полушарие мозжечка и частично пирамидный путь в стволе мозга (справа).
2. О данном поражении свидетельствуют горизонтальный нистагм, гипотония мышц и нарушение координации движений правой руки и ноги, а также центральный парез левых конечностей.
3. Нижние ножки мозжечка - соединяют мозжечок и продолговатый мозг, содержат в своем составе афферентные и эфферентные пути к червю мозжечка.
4. Симптомы поражения мозжечка:
Атаксия (статическая или динамическая)
Промахивание и мимопопадание при выполнении целенаправленных движений, координаторных проб
Адиадохокинез - затруднение чередования противоположных движений
Интенционный тремор - дрожание конечностей в конце целенаправленного движения, усиливающееся при приближении к цели
Нистагм (тремор глазных яблок)
Мозжечковая дизартрия (замедленная, скандированная речь)
Мышечная гипотония
Асинергия
Мегаллография
Гиперметрия - чрезмерность движений.
5. Верхняя конечность согнута в локтевом суставе до прямого угла, пальцы разведены и слегка согнуты. В таком положении быстро совершаются пронация и супинация кисти (имитация вкручивания электрической лампочки). При поражении мозжечка наблюдаются неловкие, размашистые и несинхронные движения — адиадохокинез. Нередко при этом выявляется замедленный темп движений — брадикинезия.

Задача №5

На приеме пациент М. 22 лет с жалобами на шаткость при ходьбе, неловкость в движениях, затруднения речи, изменения почерка.

Из анамнеза: данные симптомы появились шесть месяцев назад, постепенно симптомы усиливаются.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентируется. Речь по типу скандированной, мегаллография, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальце-носовой и коленно-пяточной пробах, положительная проба Шильдера.

1. Какая форма атаксии у пациента?

2. Поставить топический диагноз.
3. Описать методику исследования больного в позе Ромберга. Какие изменения выявляются в позе Ромберга при поражении мозжечка?
4. Какие виды атаксии существуют?
5. Описать симптом Стюарта-Холмса.

Эталон ответа:

1. Двухсторонняя мозжечковая атаксия.
2. Поражены оба полушария мозжечка.
3. В позе Ромберга проверяется устойчивость пациента. Больному, находящемуся в положении стоя, предлагают плотно сдвинуть стопы; голова слегка приподнята, верхние конечности опущены вдоль туловища (иногда позу Ромберга усложняют, предлагая вытянуть верхние конечности до горизонтального уровня или стопы поставить одну перед другой на одной линии — в этом положении удерживать равновесие труднее). Вначале больной находится в позе Ромберга с открытыми глазами, а затем с закрытыми.

При поражении мозжечковых систем больной в позе Ромберга покачивается в соответствующую сторону (в обе — при двустороннем поражении), либо вообще не сможет стоять со сдвинутыми стопами. Это будет как при открытых, так и при закрытых глазах. При стоянии в позе Ромберга может наблюдаться пошатывание в передне-заднем направлении (при поражении передних отделов червя мозжечка). Если неустойчивость в позе Ромберга значительно усиливается при закрывании глаз, то это более характерно для сенситивной атаксии.

4. Основные виды атаксий: Лобная;
Мозжечковая: статическая или динамическая;
Височная; Вестибулярная; Заднестолбовая.
5. Симптом Стюарта-Холмса - отсутствие симптома "обратного толчка" при исследовании силы мышц.

Тема 5. Черепные нервы, основные функции, анатомо-физиологические данные, локализация ядер в стволе мозга

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какой нерв осуществляет иннервацию сфинктера зрачка?

- 1) III;
- 2) IV; 3) VI.

Правильный ответ: 1

2. Ядра черепных нервов располагаются в стволе:

- 1) в крыше,
- 2) в покрышке,
- 3) в основании, 4) вариант а и б, 5) вариант а, б и в. Правильный ответ: 2

3. Укажите локализацию ядер IX-XII пар черепных нервов:

- 1) продолговатый мозг,
- 2) ножки мозга,
- 3) мост,
- 4) рассеяны по всему стволу, 5) не знаю.

Правильный ответ: 1

4. Где располагаются тела 1-х нейронов обонятельного нерва?

- 1) в слизистой оболочке верхнего и частично среднего носового хода,
- 2) в слизистой оболочке нижнего и частично среднего носового хода,
- 3) обонятельной луковице, 4) обонятельном треугольнике, 5)

парагиппокампальной извилине. Правильный ответ: 1

5. У больного периодически возникают кратковременные ощущения весьма неприятного запаха, которые обычно завершаются эпилептическим припадком. Назовите локализацию патологического процесса:

- 1) раздражение слизистой оболочки носа,
- 2) обонятельная луковица,
- 3) «первичные» обонятельные центры,
- 4) раздражение крючка и парагиппокампальной извилины, 5) правильно а и в.

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-1

6. В *chiasma nervorum opticus* перекресту подвергаются только:

- 1) волокна от латеральных половин сетчатки,
- 2) волокна от медиальных половин сетчатки,
- 3) перекрещиваются волокна от верхних половин сетчатки, 4) волокна от нижних половин сетчатки, 5) перекреста нет. Правильный ответ: 1

7. Зрительные тракты заканчиваются в:

- 1) верхних холмиках среднего мозга,
- 2) нижних холмиках среднего мозга,
- 3) латеральных коленчатых телах, 4) медиальных коленчатых телах, 5) верно а

и в.

Правильный ответ: 5

8. У больного установлена верхнеквадратная гемианопсия. При поражении на каком уровне возможно такое расстройство?

- 1) поражение зрительного нерва,
- 2) поражение перекрещивающихся волокон на уровне зрительного перекреста,
- 3) поражение перекрещивающихся волокон на уровне зрительного перекреста,
- 4) поражение зрительного тракта, 5) поражение язычной извилины. Правильный ответ: 5

9. Ядро Якубовича-Эдингера-Вестфала обеспечивает: 1) конвергенцию глазных яблок,

- 2) движение глазных яблок вверх, вниз и кнутри,

3) «поднимает» верхнее веко, 4) реакцию зрачка на свет, 5) все ответы верны.

Правильный ответ: 4

10. Как называется дефект поля зрения, не сливающийся с его периферическими границами (в виде пятна)? 1) амавроз,

2) амблиопия,

3) гемианопсия, 4) скотома, 5) фотопсия.

Правильный ответ: 4

11. Чем отличается псевдобульбарный паралич от бульбарного?

1) наличием дизартрии,

2) отсутствием глоточного рефлекса,

3) появлением рефлексов орального автоматизма,

4) сохранностью глоточного рефлекса, 5) атрофией половины языка, 6)

правильно в и г. Правильный ответ: 6

12. Когда возникает бульбарный паралич?

1) при поражении обонятельной луковицы и зрительного нерва (I и II пары),

2) при поражении глазодвигательных нервов (III, IV и VI пары), обеспечивающих движение глазного яблока (bulbus oculi),

3) при поражении VI и VII пары,

4) при поражении IX, X, XII пары,

5) при поражении сосудов двигательного и дыхательного центров, расположенных в продолговатом мозге. Правильный ответ: 4

13. Назовите нервы мостомозжечкового угла:

1) I и II, 2) III, IV и VI,

3) IV и V,

4) V, VI, VII и VIII, 5) IX, X и XII.

Правильный ответ: 4

14. При поражении каких нервов возникает дисфония?

1) XII; 2) X; 3) XI.

Правильный ответ: 2

15. При поражении какого нерва наблюдается расходящееся косоглазие? 1) VI; 2) V; 3) III.

Правильный ответ: 3

16. Каким нервом иннервируются мимические мышцы?

1) VII;

2) XII; 3) V.

Правильный ответ: 1

17. При поражении какого нерва наблюдается симптом Белла?

- 1) III;
- 2) IV; 3) V; 4) VII.

Правильный ответ: 4

18. При поражении какого нерва наблюдается уклонение нижней челюсти в сторону? 1) VII;

- 2) III;
- 3) XI; 4) V.

Правильный ответ: 4

19. Укажите состав нервных волокон язычного нерва до вступления в него барабанной струны?

- 1) волокна общей чувствительности,
- 2) вкусовые волокна,
- 3) двигательные волокна, 4) парасимпатические волокна. Правильный ответ: 1

20. В результате ограниченного базального менингита оказались пораженными все нервы, проходящие через яремное отверстие. Укажите, какие черепные нервы пострадали.

- 1) языкоглоточный нерв;
- 2) добавочный нерв;
- 3) блуждающий нерв; 4) подъязычный нерв. Правильный ответ: 1,2,3

21. Поражение следующих отделов зрительного анализатора характеризуется возникновением гемианопсии:

- 1) зрительного нерва
- 2) зрительного бугра
- 3) зрительного тракта
- 4) зрительной лучистости
- 5) хиазмы

Правильный ответ: 2,3,4,5

22. Следующие симптомы характерны для поражения тройничного нерва:

- 1) паралич мимической мускулатуры
- 2) паралич жевательной мускулатуры
- 3) боли в области лица
- 4) отсутствие корнеального рефлекса
- 5) отсутствие рефлекса с мягкого неба Правильный ответ: 2,3,4

23. Поражение следующих черепных нервов характеризуется нарушением вкуса:

- 1) лицевого
- 2) тройничного
- 3) языко-глоточного
- 4) блуждающего 5) подъязычного

Правильный ответ: 1,3

24. Установите соответствие:

Черепной нерв: Локализация ядер в стволе головного мозга:

- 1) глазодвигательный а) продолговатый мозг
- 2) лицевой б) средний мозг
- 3) подъязычный в) варолиев мост

Правильный ответ: 1-б, 2-в, 3-а

25. Установите соответствие:

Название синдрома: Характерные симптомы:

- 1) бульбарный а) симптомы орального автоматизма
- 2) псевдобульбарный б) мягкое небо подвижно
в) дисфагия
г) дизартрия

Правильный ответ: 1-в,г; 2-а,б,в,г

Ситуационные задачи

Задача №1

На приеме мужчина 56 лет, с жалобами на невозможность закрыть правый глаз, затруднения при разговоре, приеме пищи и жидкости.

В анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, случившееся 2 года назад, гипертоническая болезнь III, риск 4. Неврологический осмотр выявил, что при попытке больного закрыть глаза правое глазное яблоко закатывается вверх и слегка кнаружи, в незамкнутой глазной щели видна белковая оболочка. При нахмуривании правая бровь остается неподвижной. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, асимметрия оскала.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Чем представлена двигательная часть лицевого нерва. **Эталон ответа:**

1. Ведущие клинические симптомы: паралич круговой мышцы глаза, симптом Белла, паралич мимической мускулатуры лица справа.

2. Клинический синдром – правосторонний прозопарез.

3. Топический диагноз –поражение лицевого нерва справа на уровне шилососцевидного отверстия с развитием периферического паралича мимической мускулатуры справа.

4. Двигательная часть лицевого нерва представлена корковым двигательным отделом лицевого нерва (нижняя четверть предцентральной извилины - I нейрон), аксоны которого в составе лучистого венца идут через колесо внутренней капсулы в мост (II нейрон), где большая их часть перекрещивается. Задняя часть ядра иннервирует верхнюю половину лицевой мускулатуры, передняя часть – мускулатуру нижней части лица одноименной стороны.

Задача №2

На приеме женщина 59 лет с жалобами на асимметрию лица, нарушения движения в правых конечностях, затруднения при передвижении и самообслуживании в условиях дома и вне его.

В анамнезе – острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, случившееся 1 год назад.

В неврологическом статусе выявлены: паралич мимических мышц слева и центральный паралич правых конечностей.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз. **Эталон ответа:**

1. Ведущие клинические симптомы: паралич мимических мышц слева, центральный паралич конечностей справа.

2. Клинический синдром - альтернирующий синдром Мийара-Гюблера.

3. Топический диагноз – поражение мозгового ствола с вовлечением ядра лицевого нерва слева.

Задача №3

На приеме мужчина 67 лет с жалобами на расстройство движений в левых руке и ноге, слабость в них, невозможность опоры на левую ногу и осуществления даже простейших манипуляций левой рукой; на двоение предметов, асимметрию лица.

В анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, гипертоническая болезнь III, риск 4.

В неврологическом статусе: сходящееся косоглазие, периферический паралич лицевого нерва справа, левосторонний центральный гемипарез.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз. **Эталон ответа:**

1. Ведущие клинические симптомы: сходящееся косоглазие, периферический паралич лицевого нерва справа, левосторонний гемипарез.

2. Клинический синдром - альтернирующий синдром Фовилля.

3. Топический диагноз – поражение корешков и ядер отводящего и лицевого нервов справа в сочетании с поражением пирамидного тракта на уровне моста.

Задача №4

На приеме мужчина 52 лет с жалобами на расстройство речи, затруднения при приеме пищи (жидкая пища при глотании изливается через нос, кусочки твердой пищи попадают в трахею и вызывают приступы кашля).

В анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, случившееся 1 месяц назад.

В неврологическом статусе: определяются: охриплость и слабость голоса, элементы дизартрии, ограничение движений языка, усиление глоточного рефлекса, рефлексы орального автоматизма и насильственный плач.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз. **Эталон ответа:**

1. Ведущие клинические симптомы: дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственный плач, усиление глоточного рефлекса.
2. Клинический синдром - псевдобульбарный синдром.
3. Топический диагноз – поражение корково – ядерных пирамидных путей с обеих сторон.

Задача №5

На приеме мужчина 69 лет с жалобами на двоение в глазах, нарушение движения в левых конечностях, затруднения при передвижении и самообслуживании. В неврологическом статусе определяется мидриаз с утратой зрачковых реакций, птоз верхнего века, отсутствие движений глазного яблока вверх, внутрь и вниз, расходящееся косоглазие, диплопия, парез аккомодации и конвергенции справа, а также спастический гемипарез слева.

1. Выделить ведущие клинические симптомы.
2. Назвать клинический синдром.
3. Поставить топический диагноз.
4. Когда возникает и чем обусловлена диплопия при взгляде двумя глазами.

Эталон ответа:

1. Ведущие клинические симптомы: зрительные (мидриаз, утрата зрачковых реакций, парез аккомодации), глазодвигательные (птоз, отсутствие движений глазного яблока вверх, внутрь, вниз, расходящееся косоглазие, диплопия, парез конвергенции справа) и двигательные (спастический левосторонний гемипарез) расстройства.
2. Клинический синдром – синдрома Вебера.
3. Топический диагноз – поражение части ножки мозга, захватывающее ядро глазодвигательного нерва и пирамидный тракт справа.
4. Двоение предметов при взгляде двумя глазами возникает при повреждении глазодвигательного нерва с одной стороны. Это обусловлено тем, что при сохранности бинокулярного зрения изображения фокусируемого предмета в обоих глазах получается не на корреспондирующих, а на диспаратных точках сетчатки, поэтому в коре изображение одновременно проецируется на два разных подслоя и предмет воспринимается двойным (по одному на каждом подслое коры зрительной области).

Тема 6. Ствол головного мозга и спинной мозг, основные функции, анатомо-физиологические данные.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Выберите симптомы, характерные для альтернирующего синдрома Вебера.
 - 1) контралатеральная гемиплегия;
 - 2) мидриаз;
 - 3) диплопия;
 - 4) лагофthalm;
 - 5) симптом Белла; 6) сходящееся косоглазие;
 - 7) птоз;

8) ограничение движения глазного яблока кнаружи; 9) ограничение движения глазного яблока кнутри. Правильный ответ: 1,2,3,7,9

2. Какие симптомы характерны для альтернирующего синдрома Фовилля?

- 1) сходящееся косоглазие;
- 2) мидриаз;
- 3) расходящееся косоглазие;
- 4) диплопия;
- 5) лагофthalm;
- 6) контрлатеральная гемиплегия;
- 7) симптом Белла;
- 8) птоз;
- 9) ограничение движения глазного яблока кнаружи.

Правильный ответ: 1,4,5,6,7,9

3. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:

- 1) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- 2) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
- 3) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
- 4) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
- 5) с полиневритическими расстройствами чувствительности

Правильный ответ: 3

4. Какие симптомы характерны для альтернирующего синдрома Мийяра — Гублера?

- 1) диплопия;
- 2) лагофthalm;
- 3) расходящееся косоглазие;
- 4) контрлатеральная гемиплегия;
- 5) невозможность свиста;
- 6) симптом Белла;
- 7) паралич подъязычного нерва; 8) дизартрия;
- 9) асимметрия лица. Правильный ответ: 2,4,5,6,9

5. Какие симптомы характерны для альтернирующего синдрома Джексона?

- 1) паралич лицевого нерва;
- 2) контрлатеральный гемипарез;
- 3) атрофия половины языка;
- 4) нарушение глотания;
- 5) отклонение языка в сторону пораженного нерва;
- 6) снижен глоточный рефлекс;
- 7) фибриллярные подергивания мышц языка.

Правильный ответ: 2,3,5,7

6. При поражении спиноталамического пути в спинном мозге расстройства чувствительности выявляются на туловище с уровня:

- 1) поражения
- 2) на два сегмента выше поражения
- 3) на два сегмента ниже поражения
- 4) на четыре сегмента выше поражения
- 5) на четыре сегмента ниже поражения Правильный ответ: 3

7. При поражении шейного утолщения наблюдаются:

- 1) периферический парез верхних конечностей
- 2) проводниковый тип расстройств чувствительности
- 3) периферический парез нижних конечностей
- 4) нарушение функции тазовых органов
- 5) мозжечковая атаксия Правильный ответ: 1,2,4

8. проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении:

- 1) передних канатиков
- 2) боковых канатиков
- 3) задних канатиков
- 4) передних рогов
- 5) задних рогов Правильный ответ: 3

9. При поражении поясничного утолщения отмечаются:

- 1) расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу
- 2) расстройство поверхностной чувствительности по сегментарно-корешковому типу
- 3) парез нижних конечностей
- 4) утрата всех брюшных рефлексов
- 5) утрата коленных и ахилловых рефлексов Правильный ответ: 1,3,5

10. Синдром Броун-Секара возникает в результате поражения:

- 1) задних столбов спинного мозга
- 2) всего поперечника спинного мозга
- 3) половины поперечника спинного мозга Правильный ответ: 3

11. Где расположены тела клеток периферических мотонейронов, иннервирующих верхние конечности?

- 1) в передних рогах верхне-шейного отдела спинного мозга
- 2) в передних рогах шейного утолщения
- 3) в задних рогах верхне-шейного отдела спинного мозга
- 4) в задних рогах шейного утолщения Правильный ответ: 2

12. У больного резко снижена сила в ногах, отмечаются атония и атрофия мышц ягодичной области, задней поверхности бедер, голеней и стоп. Анальный рефлекс

вызывается, коленные рефлексы снижены, ахилловы отсутствуют. Выявляется «седловидная» анестезия по задней поверхности бедер, голеней и пяток, Отмечается задержка мочи стула. Где локализуется патологический очаг?

- 1) Спинной мозг на уровне S3-S5
- 2) Спинного мозга на уровне поясничного утолщения
- 3) Спинной мозг на уровне D1
- 4) Спинной мозг на уровне L4-S2

Правильный ответ: 4

13. Альтернирующие синдромы возникают при поражении:

- 1) Мозжечка
- 2) Ствола головного мозга
- 3) Коры больших полушарий
- 4) Подкорковых ядер

Правильный ответ: 2

14. Альтернирующий синдром Вебера возникает при поражении:

Среднего мозга

Моста

Коры больших полушарий

Продолговатого мозга

Правильный ответ: 1

15. Альтернирующий синдром Мийар-Гублера возникает при поражении:

- 1) Продолговатого мозга
- 2) Моста
- 3) Коры больших полушарий
- 4) Среднего мозга

Правильный ответ: 2

16. Альтернирующий синдром Авеллиса возникает при поражении:

- 1) Коры больших полушарий
- 2) Моста
- 3) Продолговатого мозга
- 4) Среднего мозга

Правильный ответ: 3

17. У больного отмечается уклонение языка влево, атрофия мышц левой его половины, центральный паралич правых конечностей. Определите топический диагноз, назовите синдром:

- 1) Вебера
- 2) Моста
- 3) Продолговатого мозга
- 4) Среднего мозга
- 5) Авеллиса
- 6) Коры больших полушарий
- 7) Джексона

Правильный ответ: 3,7

18. У больного отмечается диплопия, частичный птоз и расширение зрачка справа. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, ограничены движения его внутрь, вверх, вниз. Центральный паралич левых конечностей. Определите топический диагноз, назовите синдром:

- 1) Джексона
- 2) Моста
- 3) Продолговатого мозга
- 4) Среднего мозга
- 5) Авеллиса
- 6) Кору больших полушарий
- 7) Вебера

Правильный ответ: 4,7

19. При экстрамедуллярной опухоли нарушения поверхностной чувствительности возникают:

- 1) в нижних отделах тела и затем поднимаются кверху
- 2) в верхних отделах тела и затем распространяются книзу

Правильный ответ: 1

20. Укажите синдромы поражения грудного отдела (D2-S1) спинного мозга:
Периферический парез мышц шеи

Периферический верхний парапарез

Парез диафрагмы

Синдром Горнера

- 5) Центральный нижний парапарез
- 6) Центральный тетрапарез
- 7) Нарушение функции тазовых органов по центральному типу
- 8) Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу
- 9) Проводниковый тип нарушения всех видов чувствительности
- 10) Корковый тип нарушения чувствительности

Правильный ответ: 5,7,9

21. Укажите синдромы поражения поясничного утолщения (L2-S2) спинного мозга:

- 1) Периферический верхний парапарез
- 2) Периферический нижний парапарез
- 3) Синдром Горнера
- 4) Центральный тетрапарез
- 5) Центральный нижний парапарез
- 6) Нарушение функции тазовых органов по центральному типу
- 7) Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу
- 8) Проводниковый тип нарушения всех видов чувствительности
- 9) Корковый тип нарушения чувствительности

Правильный ответ: 2,5,6,8

22. Укажите синдромы поражения конуса (S3-S5) спинного мозга: 1) Синдром Горнера

- 2) Проводниковый тип нарушения всех видов чувствительности
 - 3) Центральный нижний парапарез
 - 4) Нарушение функции тазовых органов по центральному типу
 - 5) Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу
 - 6) Центральный тетрапарез
 - 7) Корковый тип нарушения чувствительности
 - 8) Периферический нижний парапарез
- Правильный ответ: 2,5

23. Укажите синдромы поражения конского хвоста спинного мозга.

- 1) Болевой
- 2) Периферический верхний парапарез
- 3) Нижний периферический парапарез
- 4) Периферический тип нарушения чувствительности
- 5) Центральный тетрапарез
- 6) Центральный нижний парапарез
- 7) Нарушение функции тазовых органов по центральному типу
- 8) Нарушение функции тазовых органов по периферическому типу
- 9) Проводниковый тип нарушения всех видов чувствительности

Правильный ответ: 1,3,4,8

24. У больного отсутствуют активные движения в ногах. Мышечный тонус и сухожильные рефлексy в них повышены, клонус стоп и надколенных чашечек, патологические рефлексy Бабинского и Россолимо с двух сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок. Отмечена задержка мочи и кала. Где локализуется патологический очаг?

Ствол мозга

Спинного мозга на уровне С4

Верхняя треть передней центральной извилины с двух сторон Спинной мозг на уровне D12

Правильный ответ: 2,4

25. У больного определяется симпатический птоз, энофтальм и миоз, с обеих сторон. Активные движения рук и ног отсутствуют. Наблюдаются атония и атрофия мышц плечевого пояса и рук, со снижением сухожильных рефлексов. Тонус мышц и сухожильные рефлексy в ногах повышены, клонусы стоп и надколенных чашечек. Вызываются патологические рефлексy группы Бабинского и Россолимо с двух сторон. Утрачены все виды чувствительности с области надплечий книзу. Задержка мочи и стула. Где локализуется патологический очаг?

- 1) Ствол мозга
- 2) Спинного мозга на уровне шейного утолщения
- 3) Спинной мозг на уровне D1
- 4) Спинной мозг на уровне C1-C4

Правильный ответ: 2

Ситуационные задачи

Задача №1.

К невропатологу обратилась женщина 30 лет с жалобами на невозможность закрыть правый глаз, перекошенность лица вправо, вываливание пищи изо рта.

Из анамнеза известно, сто 2 недели назад лечилась дома по поводу острого респираторного заболевания, а вчера присоединились вышеуказанные жалобы.

При осмотре не морщит лоб, не хмурит брови, не закрывает правую глазную щель. Сглажена правая носогубная складка и опущен угол рта. Двусторонний горизонтальный нистагм. Сила мышц снижена до 4 баллов в левых конечностях. Мышечный тонус повышен в левых конечностях. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. Патологические стопные знаки 2-сторонние, но ярче слева.

Определить где расположен очаг. Обосновать топический диагноз.

Эталон ответа:

Очаг поражения расположен в области варолиева моста справа. В процесс вовлечены: ядро лицевого нерва и центральный нейрон пирамидного пути справа. Периферический парез лицевого нерва справа, центральный гемипарез слева позволяют обосновать топический диагноз. Вышеуказанная симптоматика соответствует альтернирующему синдрому МийарГублера.

Задача №2.

У больного Г. 42 лет развилась слабость в левой руке, а через месяц присоединилась слабость в левой в правой ноге.

При объективном исследовании выявлено снижение силы в левой руке до 2 баллов, в правой ноге до 3 баллов. Мышечный тонус повышен по пирамидному типу в левой руке и правой ноге.

Сухожильные рефлексы на руках слева выше, на ногах выше справа. Патологические кистевые рефлексы слева, стопные знаки.

Определить где находится очаг поражения?

Обосновать топический диагноз.

Эталон ответа:

Очаг поражения находится на уровне перекреста пирамидного пути, т.е. на границе продолговатого и спинного мозга. На это указывает имеющаяся у больного перекрестная гемиплегия (гемипарез) центрального характера-глубокий парез левой руки и правой ноги.

Задача №3

В реанимационное отделение доставлен мужчина 34 лет после оказания неотложных мероприятий на берегу реки.

Из анамнеза известно, что после прыжка в воду вышки наступила внезапная обездвиженность.

Объективно: одышка до 40 в мин. Движения в конечностях отсутствуют, сила 0 баллов. Мышечный тонус низкий во всех сегментах. Сухожильные рефлексы с рук и ног в течение первых 2 дней были низкие, потом стали высокие с расширенными зонами, появились патологические стопные рефлексы сгибательного и разгибательного типа. Брюшные рефлексы отсутствуют. Утрачены все виды поверхностной и глубокой чувствительности с уровня СIII к низу. Задержка мочи.

Определить где находится уровень поражения?

Обосновать топический диагноз. **Эталон ответа:**

Поражен поперечник спинного мозга в верхнешейном отделе на уровне СII-III сегментов.

Спастическая тетраплегия, расстройство функции тазовых органов тотальная анестезия с уровня третьего шейного сегмента дают основание для обоснования топического диагноза.

Дуга верхнего брюшного рефлекса замыкается на уровне D7 - D8 сегментов, среднего брюшного – D9 - D10,, нижнего брюшного - D11 - D12 сегментов.

Задача №4

У мужчины 58 лет в течении полгода отмечалась дважды преходящая слабость в правой ноге. В последнее время появилась боль в поясничной и правой подвздошной области.

Объективно: болезненна перкуссия остистого отростка IX грудного позвонка. Напряжены длинные мышцы спины, больше справа.

Снижена сила правой ноги, стопа свисает. Повышен тонус разгибателя правой голени. Коленный и ахиллов рефлексы справа выше, чем слева. Нижний брюшной рефлекс справа отсутствует. Вызывается симптом Бабинского справа. Снижены все виды чувствительности в виде узкого полупояса в подвздошной области справа. От паховых областей книзу выявляется снижение справа тактильной и суставно-мышечной чувствительности, слева – болевой и температурной.

Определить топический диагноз.

Эталон ответа:

Поражен 11-12-ый задние грудные корешки и половина спинного мозга (задний и боковой столбы) на этом уровне справа (экстравентрикулярная опухоль).

Обоснованием топического диагноза служит наличие корешкового синдрома справа в зоне иннервации 11-12-го задних грудных корешков (боль, гипестезия, отсутствие нижнего брюшного рефлекса) и синдрома Броун-Секара (центральный парез правой ноги, снижение по проводниковому типу от паховых областей справа тактильной и суставно-мышечной, слева- болевой и температурной чувствительности).

Задача №5

Поступил больной 45 лет с жалобами на слабость в ногах, похудание мышц нижних конечностей, задержку мочи и стула.

При осмотре выявляется атония и атрофия мышц ягодичной области, задней поверхности бедер, голеней и стоп. Анальный рефлекс вызывается, коленные рефлексы снижены, ахилловы и подошвенные отсутствуют. Седловидная анестезия по задней поверхности бедер, голеней и пяток. Нарушена функция тазовых органов в виде задержки мочи и стула.

Определить, где находится очаг поражения? Обосновать топический диагноз.

Эталон ответа:

Поражен эпиконус (4-5 поясничные и 1-2 крестцовые сегменты) спинного мозга. О поражении эпиконуса свидетельствуют периферический парез ног, "седлообразная" анестезия, задержка мочи и стула. **Раздел 4. Лабораторные и инструментальные методы диагностики** Выберите один или несколько правильных ответов.

1.Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать

- а) гипоксию и гипокапнию
 - б) гипероксию и гипокапнию
 - в) гипоксию и гиперкапнию
 - г) гипероксию и гиперкапнию
- Ответ: а

2.При локализации опухоли в глубинных отделах полушария головного мозга очаговые изменения электрической активности головного мозга наблюдаются в виде

- а) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся на несколько областей коры противоположного очагу полушария
 - б) низкоамплитудных колебаний, локализующихся в одной из областей коры гомолатерального очагу полушария
 - в) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария
 - г) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры как больного, так и здорового полушария
 - д) низкоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария
- Ответ: д

3.Патологическим ритмом ЭЭГ считается

- а) а-ритм амплитудой до 100 мкВ
 - б) b-ритм амплитудой до 15 мкВ
 - в) q-ритм амплитудой свыше 40 мкВ
 - г) m-ритм амплитудой до 50 мкВ
- Ответ: б

4.Проявлению эпилептической активности на ЭЭГ способствуют

- а) ритмическая фотостимуляция
 - б) гипервентиляция
 - в) депривация (лишение) сна
 - г) сонная активация
 - д) все перечисленное
 - е) верно а) и б)
- Ответ: д

5.Электроэнцефалографическим признаком эпилептиформной активности является наличие пароксизмальных:

- а) ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазонах
 - б) ритмических феноменов в дельта-диапазоне
 - в) ритмических феноменов в тета-диапазоне
 - г) комплекса пик-волна
 - д) сочетание ритмических феноменов в бета- и тета-диапазонах.
- Ответ: г

6.Эпилептиформную активность позволяет верифицировать:

- а) эхоэнцефалоскопия
- б) электромиография
- в) электроэнцефалография

- г) магнитно-резонансная томография
- д) позитронно-эмиссионная томография. Ответ: в

7. К функциональным пробам при проведении электроэнцефалографии относятся:

- а) проба гипервентиляцией;
- б) проба с поворотами и наклонами головы;
- в) проба с нитроглицерином;
- г) проба с фоностимуляцией;
- д) проба с фотостимуляцией. Ответ: а, г, д

8. Для выявления нарушений электрической активности мозга при эпилепсии применяют

- а) классическую электроэнцефалографию
- б) компрессионно-спектральный метод регистрации ЭЭГ (с преобразованием по Берг - Фурье)
- в) исследование зрительных вызванных потенциалов
- г) исследование слуховых вызванных потенциалов
- д) все перечисленное. Ответ: а

9. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя а) 1 ч от начала кровоизлияния

- б) 3 ч от начала кровоизлияния
 - в) 6 ч от начала кровоизлияния
 - г) 12 ч от начала кровоизлияния
 - д) 24 ч от начала кровоизлияния
- Ответ: а

10. При компьютерно-томографической диагностике рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является а) перивентрикулярное белое вещество

- б) субкортикальное белое вещество
- в) мост мозга
- г) мозжечок. Ответ: б

11. Компьютерная томография головного мозга не позволяет

- а) дифференцировать гистологическую структуру опухоли
 - б) дифференцировать серое и белое вещество мозга
 - в) определить состояние ликворных путей
 - г) определить области ишемии и кровоизлияния
 - д) определить зону перифокального отека
- Ответ: а

12. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли
- а) в полушариях головного мозга
 - б) в базальной зоне головного мозга
 - в) в задней черепной ямке
 - г) в краниовертебральной области

Ответ: а

13. Компьютерная томография мозга противопоказана, если у больного с поражением головного мозга

- а) диагностирован инфаркт миокарда
- б) появились признаки поражения ствола
- в) бессознательное состояние
- г) лучевая болезнь
- д) все перечисленное

Ответ: а

14. Компьютерная томография имеет преимущества перед магнитно-резонансной томографией в диагностике:

- а) геморрагического инсульта;
- б) проходящих нарушений мозгового кровообращения;
- в) ишемического инсульта;
- г) повреждения (переломы и др.) плотных костей.

Ответ: а, г

15. Всегда ли томографическая плоскость параллельна пленке? а) да

б) нет

в) в некоторых случаях Ответ: а

16. Ультразвуковое исследование дает информацию о:

- а) Форме, положении, размерах, структуре органа
 - б) Прохождения бария в органах пищеварительной системы
 - в) Легочной вентиляции
- Ответ: а

17. Кровоток в позвоночной артерии не определяется при цветовом доплеровском картировании

- а) При окклюзии позвоночной артерии в устье
 - б) При окклюзии подключичной артерии в устье
 - в) При окклюзии плечеголового ствола
- Ответ: а

18. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью а) поверхностных электродов

- б) игольчатых электродов
 - в) мультиполярных электродов
 - г) всего перечисленных
 - д) верно 2 и 3
- Ответ: б

19. М-ответ - это
а) потенциал, возникающий при электрическом раздражении двигательных волокон нерва
б) рефлекторный, возникающий в мышце при ее раздражении низкопороговых чувствительных волокон нерва
Ответ: а
20. На каком этапе медицинской эвакуации проводят электронейромиографию:
а) первая медицинская помощь
б) специализированная медицинская помощь
в) квалифицированная помощь
Ответ: в
21. Противопоказания для проведения ЭНМГ:
а) беременность
б) пожилой возраст
в) детский возраст
г) нет возрастных противопоказаний
Ответ: г
22. Нарушение функции миелиновой оболочки (демиелинизирующий процесс) проявляется:
а) снижением СРВ по нерву,
б) повышением порога вызывания М-ответа
в) увеличением резидуальной латентности.
Ответ: а, б, в
23. При исследовании проводящей функции моторных нервов анализируют все, кроме:
а) амплитуду М-ответа;
б) F-волну;
в) наличие блоков проведения, декремент амплитуды и площади М-ответа;
г) порог вызывания М-ответа;
д) СРВ по моторным (двигательным) волокнам, латентность М-ответа;
е) резидуальную латентность.
Ответ: б
24. Амплитуду М-ответа оценивают по:
а) негативной фазе
б) позитивной фазе
Ответ: а
25. Снижение амплитуды М-ответа — электрофизиологическое отражение:
а) увеличения количества сокращающихся мышечных волокон в мышце
б) уменьшения количества сокращающихся мышечных волокон в мышце.
Ответ: б
26. МРТ служит наиболее информативным методом прижизненной диагностики:
а) инфаркта мозга
б) острой фокальной ишемии мозга
в) кровоизлияния
Ответ: а, б

27. На МР-томограммах при хронической ишемии мозга визуализируются:

- а) явления перивентрикулярного лейкоареоза (разрежение, снижение плотности ткани
- б) внутренняя и наружная гидроцефалия (расширение желудочков и субарахноидального пространства
- в) серповидные очаги повышенной плотности
- г) мелкие кисты (лакуны),
- д) крупные кисты,
- е) глиоз
- ж) кольцевидные очаги пониженной плотности

Ответ: а, б, г, д, е

28. У пациентов с рассеянным склерозом выявляют следующие МРТ – признаки:

- а) наличие 3х и более очагов (участков) с высокой интенсивностью сигнала
- б) размеры очагов преимущественно от 1 до 3 мм.
- в) размеры очагов преимущественно от 3х до 15 мм.
- г) преимущественная локализация очагов – в перивентрикулярной зоне в сочетании с наличием одиночных бляшек в других отделах головного мозга. Ответ: а, в, г

29. Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет

- а) г-сцинтиграфия
 - б) ангиография
 - в) компьютерная томография
 - г) доплеросонография
 - д) реоэнцефалография
- Ответ: б

30. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий шеи диагностирует стеноз внутренней сонной артерии:

- а) гемодинамически незначимый
 - б) гемодинамически значимый
- Ответ: б

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

Пациент Э., 5 лет. Эпилепсия с комплексными парциальными приступами. Фрагмент (интериктальный) ЭЭГ ночного сна. Сделайте заключение результатов исследования.



Ответ:

Эпилептиформная активность в виде острых волн и комплексов острая-волна-медленная волна в центрально-теменных отделах. ЭКГ артефакт под электродом F7, из-за которого формируются дополнительные ложные "комплексы острая-медленная волна"

Задача № 2

Пациентка В., 72 лет. Запись на фоне депривации сна



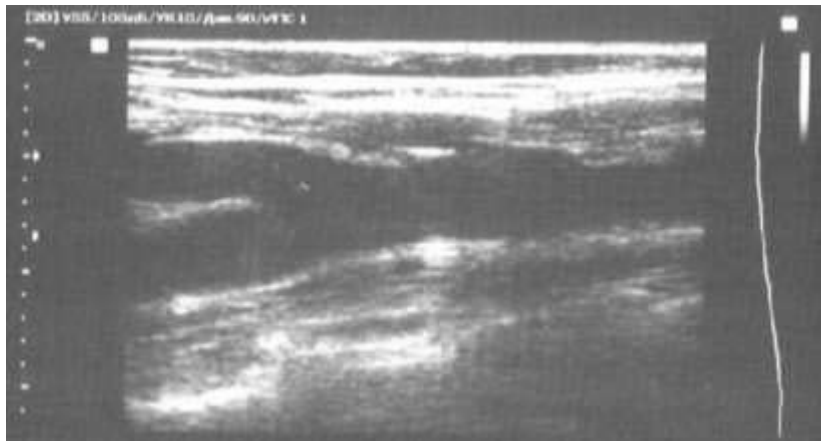
Сделайте заключение данных ЭЭГ **Ответ:**

эпилептиформная активность «острая-медленная волна» в правой височно-теменной

области на фоне выраженной межполушарной асимметрии и относительной сохранности фоновой ЭЭГ в интактном левом полушарии головного мозга.

Задача № 3.

Сделайте заключение проведенного ультразвукового исследования бифуркации сонной артерии



Ответ: Отклонений от нормы не определяется

Задача № 4.



Оцените представленную томограмму, сделайте заключение

Ответ: Ишемический инсульт в правой теменно-височной области (острый период)

Задача № 5.



Оцените представленную томограмму, сделайте заключение

Ответ: Острый геморрагический инсульт. Паренхиматозно-вентрикулярное^[SEP] кровоизлияние. Медиальная таламо-капсулярная гематома с прорывом крови в желудочковую систему^[SEP] Тампонада IV желудочка. Постишемическая киста в проекции скорлупы левого полушария

Задача 6

Пациент С.Д., 20 лет. Отмечает небольшую слабость в ногах. Клинически отсутствие ахилловых рефлексов, гипестезии нет.

" Стимуляционная миография. СРВ моторная

1к: s, Abductor pollicis brevis, Medianus, сб-тl

Амплитуда М-ответа при стимуляции в дистальной точке 1.97 мВ (норма 3.5-8 мВ). Резидуальная латентность 2.95 мс (норма 1.75 мс). Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 14.8 м/с. Скорость на отрезке локтевой сгиб-нижняя треть плеча 7.77 м/с. Норма скорости

50-70 м/с. Динамика амплитуды и скорости по сегментам сохранена.

1к: s, Abductor pollicis brevis, Medianus, сб-тl

Амплитуда М-ответа при стимуляции в дистальной точке 1.99 мВ (норма 3.5-8 мВ). Резидуальная латентность 4.22 мс (норма 1.75 мс). Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 15.9 м/с. Скорость на отрезке локтевой сгиб-нижняя треть плеча 9.11 м/с. Норма скорости

50-70 м/с. Динамика амплитуды и скорости по сегментам сохранена. 1к: й, Extensor digitorum brevis, Peroneus, 14 15 SI М-ответ не получен.

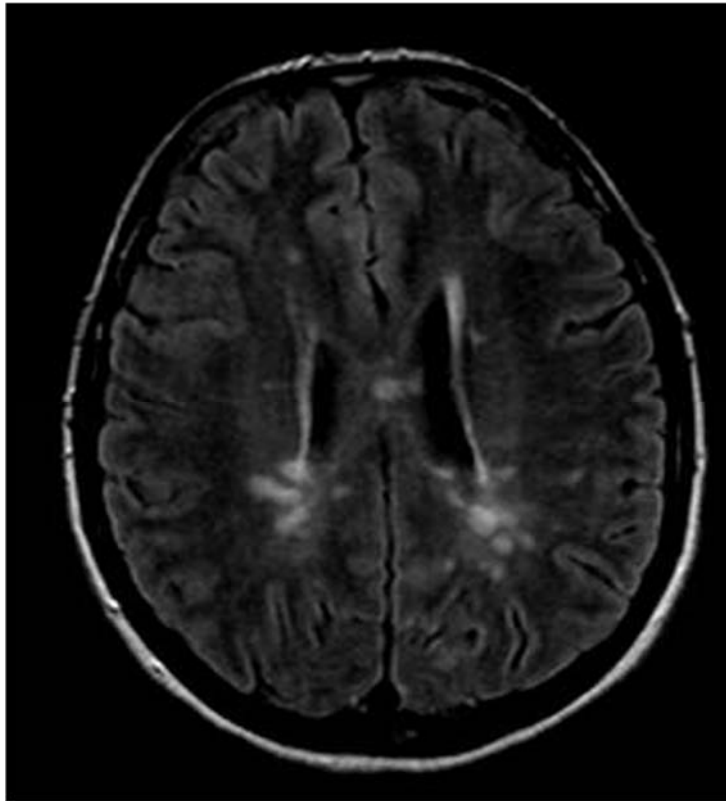
1к: d, Abductor hallucis, Tibialis, 14 1.5 SI

Амплитуда М-ответа 0.0473 мВ (норма 3-10 мВ). Терминальная латентность 20.2 мс. С подколенной ямки М-ответ не получен. Стимуляционная миография. СРВ сенсорная 1к: d, Abductor pollicis brevis, Medianus, сб-тl Сенсорный ответ не получен.

Оцените результаты исследования, сделайте заключение

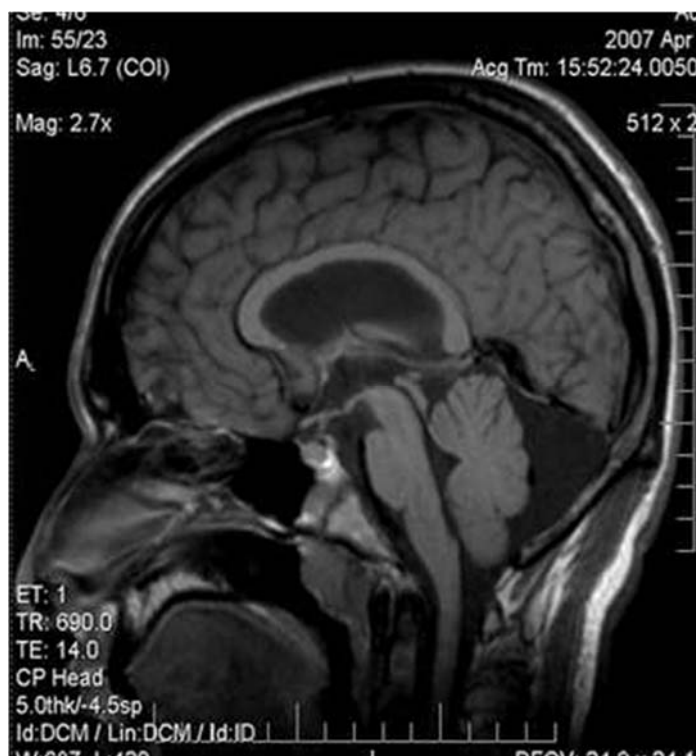
Ответ: Признаки грубой мотосенсорной полиневропатии.

Задача 7



Оцените томограмму. Сделайте заключение Ответ:
Рассеянный склероз

Задача 8



Оцените томограмму. Сделайте заключение

Ответ: Гипоплазия мозжечка

Раздел 5. Основные неврологические синдромы Тема 1. Болевые синдромы спины и конечностей.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Боль в спине может быть вызвана раздражением болевых рецепторов:
 - 1) фиброзного кольца межпозвоночного диска,
 - 2) пульпозного ядра межпозвоночного диска, 3) фасеточных суставов позвонков, 4) задней продольной связки.
 - 5) передних рогов спинного мозга. Правильный ответ: 1,3,4

2. Симптомы дискогенной радикулопатии С6:
 - 1) боль по передней поверхности плеча, лучевой поверхности предплечья,
 - 2) снижение рефлекса с двуглавой мышцы,
 - 3) парез мышцы, отводящей мизинец,
 - 4) мышечно-тонический синдром,
 - 5) синдром Горнера на стороне радикулопатии. Правильный ответ: 1,2,4

3. Рентгенография позвоночника выявляет:
 - 1) грыжу межпозвоночного диска,
 - 2) спондилолистез,
 - 3) перелом тела позвонка,
 - 4) остеопороз,
 - 5) компрессию спинного мозга. Правильный ответ: 2,3,4

4. Отраженные боли в спине характерны для: 1) анемии,
2) эритремии.
3) ишемической болезни сердца. 4) мочекаменной болезни, 5) аднексита.
Правильный ответ: 3,4,5

5. Симптом дискогенной радикулопатии L5:
1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра, 2) положительные симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича.
3) слабость длинного разгибателя большого пальца стопы, 4) утрата коленного рефлекса, 5) утрата ахиллова рефлекса. Правильный ответ: 3

6. Наиболее часто грыжа межпозвоночного диска возникает в отделе:
1) шейном,
2) верхнегрудном,
3) нижнегрудном, 4) верхнепоясничном, 5) нижнепоясничном. Правильный ответ: 5

7. Для миофасциального синдрома характерно:
1) отсутствие связи боли с движением,
2) болезненность при пальпации заинтересованной мышцы,
3) триггерные точки в заинтересованной мышце,
4) лихорадка,
5) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности.
Правильный ответ: 2,3

8. Симптомы дискогенной радикулопатии L4:
1) боли по задней поверхности бедра и голени,
2) утрата коленного рефлекса,
3) боли по передней поверхности бедра и внутренней поверхности голени,
4) парез мышц сгибателей стопы,
5) императивные позывы на мочеиспускание. Правильный ответ: 2,3

9. Профилактика неврологических осложнений остеохондроза:
1) занятие силовыми видами спорта,
2) сон на мягком матрасе,
3) лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц спины, 4) плавание.
5) прыжки в высоту.
Правильный ответ: 3,4

10. Фибромиалгия характеризуется:
1) хронической диффузной болью в спине и конечностях,
2) наличием триггерных точек в мышцах,
3) утратой коленного рефлекса, 4) утратой ахиллова рефлекса, 5) депрессией.
Правильный ответ: 1,2,5

11. Симптомы компрессии корешков конского хвоста:
1) симптом Бабинского,
2) онемение в ногах и аногенитальной области,
3) слабость в проксимальных отделах ног, 4) нарушение функции тазовых органов, 5) утрата коленного рефлекса. Правильный ответ: 2,4

12. Для лечения хронической люмбалгии наиболее эффективны:
1) транквилизаторы,
2) ноотропные средства,
3) антидепрессанты, 4)нейролептики, 5) психостимуляторы. Правильный ответ:

3

13. Наиболее частые причины болей в спине из ниже перечисленных:

- 1) дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника,
- 2) компрессионный перелом позвоночника,
- 3) миофасциальный синдром, 4) фибромиалгия, 5) остеопороз.

Правильный ответ: 1,3,4,5

14. Грыжа межпозвонкового диска L4-L5 может:

- 1) вызвать радикулопатию L5,
- 2) вызвать радикулопатию S1,
- 3) вызвать гипестезию по наружной поверхности голени, 4) вызвать компрессию спинного мозга, 5) протекать бессимптомно. Правильный ответ: 1,2,3,5

15. Лечение дискогенной компрессии корешков конского хвоста:

- 1) вытяжение позвоночника,
- 2) рефлексотерапия,
- 3) мануальная терапия, 4) антидепрессанты, 5) хирургическое лечение.

Правильный ответ: 5

16. Симптомы вертеброгенной миелопатии на уровне шейного утолщения:

- 1) острая задержка мочи,
- 2) периферический верхний парапарез,
- 3) спастический нижний парапарез,
- 4) боли в шейной области,
- 5) дизартрия, дисфония и дисфагия. Правильный ответ: 2,3,4

17. Спондилолистез обычно возникает на уровне:

- 1) C3-C4,
- 2) C5-C6,
- 3) Th3-Th4,
- 4) Th6-Th7, 5) L4-L5.

Правильный ответ: 5

18. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска:

- 1) выраженный острый болевой синдром,
- 2) нарушение функции тазовых органов,
- 3) спондилолистез, 4) утрата ахиллова рефлекса, 5) утрата коленного рефлекса.

Правильный ответ: 2

19. Наиболее часто грыжа межпозвонкового диска возникает в отделе:

- 1) шейном,
- 2) верхнегрудном,
- 3) нижнегрудном, 4) верхнепоясничном, 5) нижнепоясничном. Правильный

ответ: 5

20. Наиболее частое проявление остеохондроза позвоночника:

- 1) мышечно-тонический синдром,
- 2) дискогенная радикулопатия,
- 3) вертеброгенная миелопатия на шейном уровне,
- 4) вертеброгенная миелопатия на грудном уровне, 5) спинальный инсульт.

Правильный ответ: 1

21. Для остеохондроза в молодом возрасте характерны

- 1) выраженный болевой корешковый синдром
- 2) выраженный остеопороз позвоночника
- 3) выраженные явления остеохондроза на рентгенограмме позвоночника
- 4) клиновидная деформация позвонков
- 5) выраженные явления спондилеза на рентгенограмме позвоночника

Правильный ответ: 1

22. Для спондилоартрита (болезни Бехтерева) характерны

- 1) остеопороз позвонков
- 2) сакроилеит
- 3) сколиоз грудного отдела позвоночника
- 4) деструкция тел позвонков поясничного отдела
- 5) грыжи Шморля

Правильный ответ: 2

23. Больной М.. 44 лет, шофер, в течение года отмечал периодические боли в пояснице. 3 дня назад в результате автодорожного столкновения перенес удар в область поясницы, в результате возникли боли по передней поверхности бедра и внутренней поверхности голени левой ноги. Развилась слабость в левой ноге (затруднения при подъеме по лестнице). При осмотре выявлены парез четырехглавой мышцы бедра и выпадение коленного рефлекса слева, гипестезия на передне-внутренней поверхности бедра, внутренней поверхности голени и стопы левой ноги. Данные КТ указывают на грыжу диска L3-L4. Поставьте предполагаемый диагноз:

- 1) люмбаго;
- 2) поясничный остеохондроз с компрессией корешка слева L4;

- 3) поясничный остеохондроз с компрессией L5 слева;
4) поясничный остеохондроз с компрессией корешка S1 слева. Правильный ответ: 2

24. Под грыжей Шморля подразумевают:

- 1) выпячивание межпозвонкового диска в сторону спинного мозга
 - 2) выпячивание межпозвонкового диска в сторону корешка
 - 3) выпячивание межпозвонкового диска в губчатое вещество тела позвонка
 - 4) кистозное поражение тела позвонка
 - 5) грыжевое выпячивание спинного мозга
- Правильный ответ: 3

25. Установите нестрогое соответствие (каждой цифре может соответствовать несколько вариантов ответа)

Заболевание:

Симптомы:

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. экстремедулярная опухоль | А. корешковые боли |
| 2. радикулопатия вертеброгенного генеза | Б. прогрессирующее течение |
| | В. обратимость симптомов при |

консервативном лечении

Г. белково-клеточная диссоциация в ликворе

Д. распространение чувствительных нару-

шений снизу вверх

Правильный ответ: 1 - А,Б,Г,Д. 2 - А,В.

Ситуационные задачи

Задача №1

После подъема тяжести, у мужчины 40 лет возникла сильная боль в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра и голени, доходящая до большого пальца стопы слева. При осмотре: напряжение мышц поясничной области, слабость разгибателей I пальца. Рефлексы на ногах сохранены, симметричны. Симптом Лассега слева, с угла 40°.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Какие методы обследования целесообразно провести?
- 4) Тактика лечения? **Эталон ответа:**

1) Корешок L5 слева.

2) Спондилогенная радикулопатия L5 слева. 3) МРТ пояснично-крестцового отдела.

4) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма).

Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гомеопатическое лечение.

Задача №2

У больного 39 лет в течение двух месяцев сохраняются интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра, до IV,V пальцев справа. Боль не купируется нестероидными противовоспалительными препаратами, миорелаксантами, антиконвульсантами, антидепрессантами, медикаментозными блокадами, методами физиотерапии и мануальной терапии. На МРТ выявлена грыжа диска L5-S1, размером 11 мм., компримирующая дуральный мешок.

Задания:

- 1) Сформулируйте клинический диагноз.
- 2) Нужна ли консультация каких-либо специалистов и цель консультаций?
- 3) Тактика лечения?
- 4) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 5) Показано ли санаторно-курортное лечение? **Эталон ответа:**

1) Радикулопатия S1, вследствие грыжи диска L5-S1, с выраженным болевым синдромом.

- 2) Консультация нейрохирурга, для решения вопроса тактики лечения.
- 3) Хирургическое лечение.
- 4) Да
- 5) На текущий момент - нет.

Задача №3

У мужчины 26 лет, на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Других нарушений при осмотре не выявлено.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный диагноз.
- 2) Предложите наиболее целесообразные методы терапии.
- 3) Нужны ли дополнительные методы обследования (какие и для чего)?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**

1) Люмбагия.

2) Сухое тепло, согревающая мазь местно. Упражнения для постизометрической релаксации мышц, миорелаксанты. При выраженном болевом синдроме и отсутствии противопоказаний – короткий курс НПВС.

3) При купировании болевого синдрома – не целесообразно. При длительном сохранении болевого синдрома КТ поясничного отдела позвоночника для исключения травматического повреждения.

- 4) Ограничительный на период острой и интенсивной боли.

- 5) Да
- 6) Нет 7) Полное восстановление.

Задача №4

Пациентка 55 лет длительное время (более 4 месяце) страдает болевым синдромом на фоне спондилогенной компрессионной радикулопатия С6 справа. Повторные курсы терапии НПВП, миорелаксантов, хондропротекторов, ФТЛ, ЛФК, перестали оказывать достаточный терапевтический эффект.

Задания:

- 1) Предложите дальнейшую тактику лечения.
- 2) Нужны ли какие-то методы дополнительного обследования и с какой целью?
- 3) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Эталон ответа:

- 1) Дополнить терапию препаратами из группы антидепрессантов, а при наличии невропатического характера боли – антиконвульсантами.
- 2) КТ или МРТ шейного отдела позвоночника и спинного мозга для исключения неопластического процесса, патологического травматического повреждения, формирования пролапса межпозвонкового диска.
- 3) Вопрос может быть решен после дообследования пациентки и отсутствия противопоказаний к санаторно-курортному лечению.

Задача №5

Пациенту 39 лет. Диагноз: «Дорсопатия, Грыжи дисков L4-L5, L5-S1 с компрессией корешков конского хвоста, нижним периферическим парапарезом, нарушением функций тазовых органов».

Задания:

- 1) Предложите тактику лечения.
 - 2) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 3) Показано ли санаторно-курортное лечение
- Эталон ответа:**

1) Хирургическое лечение. НПВС, салуретики, антиагреганты до хирургического вмешательства.

Отказ от оперативного вмешательства грозит стойкой утратой функций вплоть до отсутствия движений в ногах и утратой контроля над работой тазовых органов, трофическими нарушениями в области крестца.

2) Да

3) Нет

Тема 2. Полинейропатический синдром.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Перечислите симптомы, наиболее характерные для полинейропатий:

- 1) нарушение чувствительности по типу «перчаток и носков»,
- 2) гемипарестезия,
- 3) периферический парапарез,
- 4) периферический тетрапарез в дистальных отделах конечностей,

5) периферический парез конечностей (руки и ноги) с одной стороны.

Правильный ответ: 1

2. Выберите этиологические факторы, наиболее часто приводящие к развитию вторичных полинейропатий:

- 1) травматический,
- 2) инфекционно-аллергический,
- 3) сосудистый, 4) токсический, 5) наследственный.

Правильный ответ: 2,3,4

3. Сопутствующим симптомом полинейропатии при пернициозной анемии является

- 1) снижение сывороточного железа в крови
- 2) фуникулярный миелоз 3) гиперацидный гастрит
- 4) все перечисленное

Правильный ответ: 2

4. Полинейропатии, связанные с недостаточностью витамина В1, возникают

- 1) при хроническом алкоголизме
- 2) при порфирии
- 3) при пеллагре
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 1) и 3)

Правильный ответ: 1

5. Для диабетической полинейропатии не характерно :

- 1) поражение черепных нервов
- 2) вегетативные расстройства
- 3) преимущественное поражение нервов верхних конечностей
- 4) нарушение вибрационной чувствительности

Правильный ответ: 3

6. Полинейропатии при лейкозах возникают в результате

- 1) эндолумбального введения преднизолона
- 2) приема цитостатиков внутрь
- 3) сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

Правильный ответ: 5

7. Для уремической полинейропатии характерно :

- 1) снижение скорости проведения возбуждения по нервам
- 2) поражение черепных нервов
- 3) преобладание аксональной дегенерации
- 4) все перечисленное

Правильный ответ: 1

8. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются:

- 1) выраженность сенсорной атаксии

- 2) выраженность болевого синдрома
 - 3) тяжесть вялых параличей конечностей
 - 4) черный цвет кала
 - 5) красный цвет мочи
- Правильный ответ: 5

9. Характерными сопутствующими симптомами полинейропатии, вызванной миеломной болезнью, являются:

- 1) упорные боли в костях
- 2) клеточно-белковая диссоциация в ликворе
- 3) патологические переломы костей
- 4) верно 2) и 3)
- 5) верно 1) и 3)

Правильный ответ: 5

10. Причиной наследственно обусловленной нейропатии может быть :

- 1) амилоидоз
- 2) порфирия
- 3) гепато-церебральная дистрофия
- 4) все перечисленное
- 5) верно 1) и 2)

Правильный ответ: 5

11. Укажите не характерный для полинейропатии симптом:

1. вялые парезы кистей и стоп;
 2. снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей;
 3. вегетативно-трофические расстройства в дистальных отделах конечностей;
 4. патологические стопные рефлексы;
 5. снижение сухожильных и периостальных рефлексов.
- Правильный ответ: 4

12. Для диабетической полинейропатии характерно:

1. симметричность поражения;
 2. преимущественное поражение нервов верхних конечностей;
 3. преимущественное поражение нервов нижних конечностей;
 4. преимущественное поражение черепно-мозговых нервов;
 5. всё перечисленное.
- Правильный ответ: 5

13. Синдром полинейропатии проявляется:

1. слабостью дистальных отделов конечностей;
 2. расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей;
 3. вегетативными нарушениями в кистях и стопах;
 4. всем перечисленным.
- Правильный ответ: 4

14. При каких заболеваниях не развивается полинейропатия:

1. сахарный диабет;
2. системная красная волчанка;

3. узелковый периартериит; 4. вибрационная болезнь;
5. тиреотоксикоз.

Правильный ответ: 5

15. Нарушение походки при дифтерийной полинейропатии обусловлено:

1. нижним спастическим парапарезом;
2. мозжечковой атаксией;
3. экстрапирамидной ригидностью;
4. сенситивной атаксией. Правильный ответ: 4

16. Для полинейропатий при узелковом периартериите характерно:

1. асимметричность поражения нервных стволов
2. малая выраженность болевого синдрома
3. поражение черепных нервов
4. верно 2) и 3)
5. все перечисленное Правильный ответ: 1

17. Высокий риск летального исхода полиневропатии при дифтерии определяется поражением:

1. бульбарных черепных нервов, диафрагмы
2. диафрагмы, миокарда
3. миокарда, периферических нервов
4. черепных и периферических нервов
5. бульбарных черепных нервов, диафрагмы, миокарда Правильный ответ: 4

18. Среди диабетических полиневропатий наиболее часто клинической формой является:

1. дистальная симметричная полиневропатия;
2. проксимальная симметричная моторная невропатия;
3. вегетативная полиневропатия;
4. изолированные мотоневропатии;
5. множественные мотоневропатии. Правильный ответ: 1

19. В развитии алкогольной полиневропатии особое значение имеет:

1. прямое токсическое воздействие алкоголя на периферические нервы;
2. дефицит витамина В1;
3. дисфункция сегментарных вегетативных аппаратов; 4. дисфункция надсегментарных вегетативных аппаратов. Правильный ответ: 2

20. Для алкогольной полиневропатии обычно характерно:

1. острое начало; 2. подострое начало. Правильный ответ: 2

21. Укажите симптомы, характерные для алкогольной полиневропатии:

- 1) проксимальные парезы конечностей;
- 2) проводниковые расстройства чувствительности;

- 3) дистальные парезы конечностей;
- 4) парестезии и боли в конечностях;
- 5) болезненность нервных стволов;
- 6) поражение блуждающего и диафрагмального нервов;
- 7) дистальный тип нарушения чувствительности; 8) психические расстройства.

Правильный ответ: 3,4,7

22. Какие методы исследования более всего значимы для диагностики полиневропатии?

- 1) клинический анализ крови;
- 2) миелография;
- 3) исследование сахара крови и мочи;
- 4) электромиография;
- 5) дискография;
- 6) спондилография;
- 7) исследование состава ликвора. Правильный ответ: 2,4

23. Для аксональной полиневропатии характерно нарушение поверхностной чувствительности

- 1) проводникового типа.
- 2) типа «перчаток и носков»
- 3) сегментарного типа
- 4) «мозаичного» типа
- 5) гемигипестезия Правильный ответ: 2

24. Для демиелинизирующей полиневропатии характерно:

- 1) повышение глубоких рефлексов
- 2) исчезновение глубоких рефлексов
- 3) появление патологических стопных рефлексов
- 4) появление симптомов орального автоматизма
- 5) защитные рефлексy Правильный ответ: 2

25. Установите нестрогое соответствие (каждой цифре может соответствовать несколько вариантов ответа)

Заболевание:

1. Алкогольная полиневропатия
2. Синдром Гийена-Барре

Симптомы:

- А. Парез в дистальных отделах конечностей
- Б. Парез в проксимальных отделах конечностей
- В. Парез лицевых мышц
- Г. белково-клеточная диссоциация в ЦСЖ
- Д. Парестезии

Правильный ответ: 1- А,Д 2- Б,В,Г,Д

Ситуационные задачи

Задача №1

На приеме мужчина 40 лет, с жалобами на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, парестезии, постоянные жгущего характера боли в стопах

и голених, которые развивались постепенно.

В анамнезе хронический алкоголизм.

В неврологическом статусе: симметричные парезы и атрофия мышц с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев (степпаж), выявляется незначительная слабость проксимальных мышц ног. Ахилловы рефлексы отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Нижние конечности отечны и гиперпигментированы.

- 1) Выделить ведущие клинические симптомы.
- 2) Назвать клинический синдром.
- 3) Поставить топический диагноз.
- 4) Поставить клинический диагноз.
- 5) Назначить лечение. **Эталон ответа:**

1. Ведущие клинические симптомы: боль, слабость, парестезии в дистальных отделах ног, двигательные (периферический паралич проксимальных мышц ног), чувствительные (снижение поверхностных и глубоких видов чувствительности), вегетативно-трофические расстройства (отечность, гиперпигментация нижних конечностей) в нижних конечностях.

2. Клинический синдром - полиневритический синдром.
3. Поражение периферических нервов дистальных отделов обеих ног.
4. Клинический диагноз - алкогольная полиневропатия.
5. Отказ от алкоголя

Диета, богатая витаминами, витамины группы В (В1, В6, В12), ЛФК, антиконвульсанты, антидепрессанты.

Задача №2

Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

- 1) Какое заболевание можно предположить?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Перечислите факторы внешней среды, которые могут вызвать данное заболевание.

- 4) Какие мероприятия должны быть предприняты на производстве?
- 5) Какие обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?
- 6) Тактика лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Предложите профилактические мероприятия. **Эталон ответа:**

1) Полинейропатия при экзогенной интоксикации, сенсорно-моторно-вегетативная.

- 2) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей

3) Промышленные яды, используемые при производстве. Наиболее частыми причинами развития интоксикаций являются соединения тяжелых металлов, ФОС, отравление СО.

4) Обследование предприятия на предмет соблюдения безопасности технологического процесса, и использования средств индивидуальной защиты работниками подразделения.

5) Токсикологическое исследование, ЭНМГ, ЭКГ.

6) Дезинтоксикационная терапия, тиамин, и другие витамины группы В., при необходимости коррекция дефицита магния (магне-В6,) при сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. При парезах: препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин).

7) ФТЛ, физические упражнения (ЛФК).

8) Первичная профилактика должна быть связана с экспертизой гигиены труда, выявлением проф.вредности на производстве и соблюдением технологического процесса.

Задача №3

Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голени, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились около 5ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками. Врач выявил: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлекс не вызываются, снижены карпорадиальные рефлекс. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп.

1) Топический диагноз?

2) Предположительный клинический диагноз?

3) Требуется ли экстренная госпитализация?

4) План обследования?

5) Лечение?

6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?

7) Предложите профилактические мероприятия. **Эталон ответа:**

1) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей.

2) Полинейропатия нижних и верхних конечностей алкогольная (сенсорно-моторная).

3) Экстренная госпитализация не требуется.

4) Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ билирубин, глюкоза).

При необходимости УЗИ печени, поджелудочной железы. ЭНМГ.

5) Полный отказ от алкоголя и обеспечение адекватной богатой витаминами диетой. Парентеральное введение тиамина, и других витаминов группы В., с последующим переходом на прием внутрь, прием фолиевой кислоты. Коррекция дефицита магния (магне-В6,). При сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфалипоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. Антиконвульсанты (габапентин) и антидепрессанты (амитриптилин, тебантин) для купирования боли. При выраженном парезе препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин), ФТЛ, физические упражнения, для укрепления мышц, предотвращения развития «конской стопы».

6) ФТЛ, физические упражнения, для укрепления мышц.

7) Полный отказ от алкоголя под руководством нарколога, участие в реабилитационной группе, основанной по принципу групп общества «Анонимные алкоголики», семейная психотерапия.

Задача №4

Женщина 72 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. Пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. При осмотре: суставы стоп деформированы, больше справа, кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены.

- 1) Поставьте синдромальный и топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Предложите план обследования?
- 4) Нужны ли консультации каких-либо специалистов?
- 5) Предложите план лечения? Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?

- 6) Предложите профилактические мероприятия.

Эталон ответа:

- 1) Множественное поражение нервов нижних конечностей
- 2) Диабетическая полинейропатия, с преимущественным поражением нижних конечностей, моторно-сенсорно-вегетативная. Диабетическая стопа
- 3) Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, суточные колебания глюкозы, ЭНМГ.

- 4) Консультация хирурга, эндокринолога.

5) Поддержание нормального содержания глюкозы крови, препараты инактивирующие свободные радикалы ; активирующие альтернативные метаболические пути: липоевая кислота (тиоктаcid, эспа-липон), мексидол, дезагреганты (пентоксифиллин) витамины B1, B6, E, ацетил-L-карнитин, коррекция болевого синдрома с использованием антидепрессантов (имипрамин, дулоксетин, цитопрам, параксетин), антиконвульсантов (габапентин, карбамазепин), коррекция вегетативной дисфункции.

Немедикаментозные методы лечения ФТЛ, ЛФК, ортопедические мероприятия.

- 6) Повышение комплаенса к лечению, коррекция диеты, ортопедическая обувь.

Задача №5

Мужчина 35 лет поступил с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. Два дня назад отметил затруднение при подъеме по лестнице. В неврологическом статусе: мышечный тонус в ногах снижен, снижена сила в дистальных отделах конечностей – до 4 баллов, в проксимальных отделах – до 3 баллов. Глубокие рефлексы с ног не вызываются. Патологических стопных рефлексов нет. Отмечается легкая слабость в проксимальных отделах рук. Глубокие рефлексы на руках снижены, больше в проксимальных отделах. Умеренно выражены симптомы натяжения (с-м Лассега с 50) с двух сторон, других чувствительных нарушений нет. Функция тазовых органов не нарушена.

- 1) Топический диагноз?
 - 2) Предположительный клинический диагноз?
 - 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
 - 4) Возможные осложнения и исходы заболевания? 5) План обследования 6) Лечение?
 - 7) План реабилитационных мероприятий.
 - 8) Может ли потребоваться экспертиза трудоспособности?
 - 9) Рекомендации после восстановления? **Эталон ответа:**
 - 1) Множественное поражение корешков и нервов конечностей.
 - 2) Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (синдром ГийенаБарре.)
 - 3) Да
 - 4) Летальный исход у больных, требующих ИВЛ. Непосредственной причиной смерти могут быть тяжелая дыхательная недостаточность, тяжелые нарушения ритма сердца (вплоть до остановки кровообращения), ТЭЛА. Может сформироваться стойкое остаточное явление в виде слабости и гипотрофии мышц, выраженных дизэстезий в дистальных отделах конечностей, болезненные мышечные спазмы, повышенная утомляемость. Часто – полное восстановление.
 - 5) Исследование ЦСЖ, клинический анализ крови, исследования уровня электролитов, печеночные пробы, тесты на СКВ, ВИЧ, ЭНМГ через 2-3 недели.
 - 6) Плазмаферез (4-6 сеансов, кратность: через 1-2 дня), иммуноглобулин в/в по 0,4 г/кг/сут в течение 5 суток, для профилактики тромбоза глубоких вен голени (при развитии плегии в ногах) введение фраксипарина 0,3 мл п/к 1-2 р/день, или гепарин 2,5-5 тыс ЕД п/к, 2р/день.
- Поддержание адекватного водно-электролитного баланса.
- При нарастании явлений дыхательной недостаточности – ИВЛ. При необходимости терапия, направленная на коррекцию кардиальных нарушений, осложнений со стороны ЖКТ.
- Ранняя реабилитация.
- 7) В раннем периоде - комплекс лечебных мероприятий, раннее расширение двигательного режима, в т.ч. пассивные движения.
 - 8)Да 9) Воздержаться от вакцинации, способной спровоцировать рецидив заболевания.

Тема 3. Головные боли, головокружение.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается:
 - а) спазм артерий вертебробазилярной системы
 - б) спазм артерий в системе наружной сонной артерии
 - в) спазм артерий в системе внутренней сонной артерии
 - г) дилатация ветвей внутренней сонной артерии
 - д) дилатация ветвей наружной сонной артерии
- Правильный ответ: д

2. Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличается наличием: а) предвестников
б) двусторонней локализации боли в височной области
в) рвоты на высоте приступа
г) преходящих очаговых неврологических симптомов
д) обильного мочеиспускания в конце приступа Правильный ответ: г
3. Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени:
а) классической (офтальмической)
б) ассоциированной
в) простой
г) ретинальной
д) различий в продолжительности приступа нет Правильный ответ: в
4. Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно:
а) расходящееся косоглазие
б) сходящееся косоглазие
в) птоз
г) "мерцающие" скотомы
д) нистагм
Правильный ответ: г
5. Приступы связанной с месячным циклом "менструальной" мигрени чаще бывают:
а) в течение предшествующей менструации недели
б) в первые дни менструации
в) в последние дни менструации
г) сразу после окончания менструации
д) в любой из указанных периодов
Правильный ответ: а
6. Пучковая (кластерная) головная боль:
а) чаще бывает у мужчин
б) чаще бывает у женщин
в) приступ обычно ночью
г) приступ обычно днем
д) верно а) и в)
е) верно б) и г) Правильный ответ: д
7. При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен: а) аспирин
б) индометацин
в) эрготамин
г) анаприлин

д) резерпин Правильный ответ: б

8. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль:

- а) распирающего характера
- б) распирающего характера в затылочной части
- в) пульсирующего характера по всей голове
- г) сдавливающего характера в лобно-теменной области Правильный ответ: а

9. Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима - Адамса) проявляется триадой симптомов:

- а) головная боль, снижение памяти, дезориентированность
- б) головная боль, снижение зрения, атаксия
- в) нарушение походки, недержание мочи, деменция
- г) головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия Правильный ответ: в

10. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся: а) снижение обоняния

- б) головная боль
- в) снижение зрения
- г) альтернирующий синдром Вебера
- д) все перечисленные Правильный ответ: в

11. Медикаментозно индуцированная головная боль возникает вследствие злоупотребления:

- а) Препаратами эрготомина
- б) Антибиотиками
- в) Анальгетиками.
- г) Витаминами группы «В»
- д) Антиоксидантами Правильный ответ: а, в

12. Мигренью болеют:

- а) до пубертатного периода с одинаковой частотой мальчики и девочки
- б) только взрослые
- в) во всех возрастных группах только лица женского пола
- г) девочки в два раза чаще мальчиков Правильный ответ: а

13. Гемияноптический дефект поля зрения при ауре офтальмической мигрени наступает в результате дисциркуляции в области:

- а) сетчатой оболочки глаза
- б) зрительного тракта
- в) лучистого венца
- г) коры затылочной доли
- д) в любой из перечисленных областей Правильный ответ: г

14. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

- а) противосудорожные и противорвотные
 - б) дегидратирующие и глюкокортикоиды
 - в) антихолинергические и антихолинэстеразные
 - г) транквилизаторы и антидепрессанты
 - д) антигистаминные и анальгетики
- Правильный ответ: в

15. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты: а) эрготамина

- б) анальгетики
 - в) антигистаминовые
 - г) антисеротониновые
 - д) противосудорожные
- Правильный ответ: а

16. Для мигренозного статуса не характерны:

- а) серия тяжелых, следующих друг за другом приступов
 - б) повторная многократная рвота
 - в) тоникоклонические судороги
 - г) повышение внутричерепного давления
 - д) признаки раздражения оболочек мозга
- Правильный ответ: в

17. Дополните: Гипертензионная головная боль развивается чаще в _____ время суток.

Правильный ответ: утреннее, ночное

18. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является:

- а) носоресничная невралгия
 - б) крылонебная невралгия
 - в) невралгия большого каменистого нерва
 - г) пучковые (кластерные) головные боли
 - д) невралгия тройничного нерва
 - е) каротидиния
- Правильный ответ: г

19. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга не сочетается:

- а) с шумом в ушах
 - б) с шумом в голове
 - в) с неустойчивостью при ходьбе
 - г) с нистагмом
 - д) с ощущением дурноты
- Правильный ответ: г

20. Для головной боли напряжения характерна боль:

- а) давящая по типу «каска»
- б) пульсирующая с выпадением поля зрения
- в) односторонняя «гемикрания»

- г) стреляющая с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
д) ночная, сочетающаяся с застойным диском зрительного нерва Ответ: а.
Правильный ответ: а

21. Купирование приступа мигрени эффективно достигается:

- а) препаратами эрготомина
б) антикоагулянтами
в) нестероидными противовоспалительными препаратами
г) агонистами серотониновых рецепторов
д) антиоксидантами Правильный ответ: а, в, г

22. Головную боль напряжения характеризуют:

- а) Двусторонняя локализация
б) Односторонняя локализация
в) Продолжительность в течение нескольких дней
г) Продолжительность в течение нескольких минут
д) Умеренная интенсивность Правильный ответ: а, в, д

23. Установите нестрогое соответствие (каждой цифре соответствует несколько вариантов ответа)

Вид головной боли	Характеристики:
1. Напряжения	А. Возникает рано утром
2. Гипертензионная	Б. Возникает после психо-эмоциональной нагрузки В. Купируется антидепрессантами Г. Купируется диуретиками

Правильный ответ: 1—Б, В 2—А, Г

24. Приступы мигрени:

- а) появляются в молодом возрасте
б) часто сопровождаются тошнотой и /или рвотой
в) длятся не более 45 минут
г) провоцируются рядом продуктов
д) чаще встречаются у мужчин Правильный ответ: а, б, г

25. Абузусная головная боль развивается в результате:

- а) острого нарушения мозгового кровообращения
б) первичной опухоли головного мозга
в) злоупотребления анальгетиками
г) злоупотребления алкоголем
д) черепно-мозговой травмы

Правильный ответ: в

Ситуационные задачи

Задача №1

Женщина 25 лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто

сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

6) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

- 1) Мигрень без ауры.
- 2) Госпитализация не требуется.
- 3) Консультация офтальмолога, невролога, гинеколога.
- 4) Головная боль напряжения, объемный процесс головного мозга, сосудистая мальформация

5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.

6) Приступ купируется препаратами из группы триптанов (суматриптан, золмитриптан) или спорыньи (эрготамин, назальный спрей дигидроэрготамина) (индивидуальный подбор).

Задача №2

Муж вызвал неотложную помощь к своей 26-летней жене в связи с затянувшимся приступом головной боли. Рассказал приехавшему врачу, что последние 2 года ее беспокоили частые приступы головной боли, был поставлен диагноз мигрень. При возникновении приступа женщина принимала комбинированный анальгетик, иногда он помогал, иногда нет. Последний приступ развился 3 дня назад и продолжается без улучшения. Периодически боль уменьшается, но не проходит полностью, а затем возникает с еще большей интенсивностью, была многократная рвота. Врач нашел пациентку в темной комнате, в сознании, но заторможенную, лежащую с закрытыми глазами, стонущую. Пульс 92 уд. в мин., АД – 130/ 80 мм.рт.ст. При осмотре явных признаков поражения нервной системы врач не выявил, менингеальных симптомов не обнаружил.

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) САК, опухоль головного мозга, менингит
- 5) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

7) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

- 1) Мигрень без ауры. Мигренозный статус. 2) Требуется госпитализация.
- 3) Консультация невролога.
- 4) САК, опухоль головного мозга, менингит
- 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга, ЭЭГ.

б) Ввести препараты из группы спорыньи (дигидроэрготамин в/в), противорвотные (церукал), кортикостероиды (дексаметазон), транквилизаторы (седуксен), солевые растворы и мочегонные (лазикс) по результатам исследования электролитного баланса.

Задача №3

Женщина 36ти лет, бухгалтер, большую часть рабочего времени проводит за компьютером, часто берет работу на дом. Обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что последние 2 года ее часто (3-5 дней каждую неделю) беспокоят головные боли. Боль имеет стягивающий характер (похожа на «обруч»), средней интенсивности, во время головной боли ее сильно раздражают громкие звуки. Головная боль продолжается несколько часов, иногда целый день, полностью прекращается или уменьшается после приема комбинированного анальгетика.

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия. **Эталон**

ответа:

- 1) Хроническая головная боль напряжения.
- 2) Госпитализация не требуется
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции 5)

МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.

б) Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация, анальгетики или препараты группы НПВП (не допускается длительный ежедневный прием), при необходимости антидепрессанты.

Задача №4

Женщина 34 х лет обратилась к врачу в связи с тем, что в течение 10ти лет ее беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, средней интенсивности, двухсторонняя, тупая, последнее время головная боль усилилась. Несколько лет назад пациентка делала обследование: была осмотрена офтальмологом, выполнила МРТ головного мозга и ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. Патологии выявлено не было. Сама пациентка связывает ухудшение с плохими жилищными условиями, после развода с мужем, живет в коммунальной квартире и регулярно конфликтует с соседями. Перспектив на изменение жилищных условий пока нет. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики, последний год вынуждена принимать анальгин или пенталгин по два, иногда три раза в день. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы, кроме симметричного оживления глубоких рефлексов.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.

- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Нужно ли повторить обследования?
- 6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

Эталон ответа:

- 1) Хроническая головная боль напряжения. Абузусная головная боль.
- 2) Госпитализация не обязательна.
- 3) Консультация невролога, офтальмолога
- 4) Мигрень, опухоль головного мозга, синдром вегетативной дисфункции
- 5) Требуется повторить МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга.
- 6) Отменить прием анальгетиков. Препараты выбора антидепрессанты или миорелаксанты. Возможно лечение у психотерапевта, нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, постизометрическая релаксация.

Задача №5

Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью 40 минут, возникающих каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 5) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

- 1) Кластерная головная боль.
- 2) Госпитализация желательна.
- 3) Консультация невролога, офтальмолога, ЛОР врача.
- 4) МРТ головного мозга.

5) Триптаны, препараты спорыньи (эрготамин), назальный спрей с лидокаином, антиконвульсанты (прегабалин, габапентин)

Раздел 6. Неотложная неврология

Тема 1. Нейрореаниматология

1. Имеют право информировать больного о его здоровье, плане обследования и лечения
 - а) лечащий врач или заведующий отделением
 - б) медсестра
 - в) родственники
 - г) врач функциональной диагностики
 - д) любой врач отделения, не курирующий больного
- Правильный ответ: а

2. Врач к больному должен обращаться
- а) по имени
 - б) по имени и отчеству
 - в) по фамилии
 - г) "больной" Правильный ответ: б
3. При миоплегическом статусе назначают:
- а) антихолинэстеразные средства
 - б) антихолинергические средства
 - в) мышечные релаксанты
 - г) бензодиазепины
- Правильный ответ: а
4. При тетаническом статусе не следует вводить:
- а) транквилизаторы
 - б) нейролептики
 - в) антиконвульсанты
 - г) антихолинэстеразные средства Правильный ответ: в
5. Для лечения холинергического криза не следует назначать:
- а) антихолинэстеразные средства
 - б) седативные средства
 - в) кардиотоники
 - г) спазмолитики
 - д) периферические холинолитики Правильный ответ: д
6. Миастенический криз не сопровождается:
- а) пароксизмальным усилением мышечной слабости
 - б) угнетением глотания
 - в) гиперсаливацией, брадикардией
 - г) нарушением витальных функций
 - д) всем перечисленным Правильный ответ: в
7. Холинергический криз сопровождается всем перечисленным, кроме:
- а) сужения зрачков, слюнотечения, тошноты, диареи, болей в животе
 - б) пароксизмальной мышечной слабости, гипотонии
 - в) дрожания и фасцикулярных подергиваний, потливости
 - г) головной боли
 - д) тахикардии Правильный ответ: е
8. Объем помощи на догоспитальном этапе в случае неотложного состояния ограничивается назначением средств, необходимых:
- а) для купирования нарушений сердечной деятельности
 - б) для купирования нарушений дыхания

- в) для обеспечения безопасной транспортировки в стационар
- г) для снятия болевого синдрома
- д) для прекращения рвоты Правильный ответ: а

9. Для диагностики повреждения спинного мозга при травме позвоночника необходимо произвести:

- а) рентгенографию
- б) компьютерную томографию
- в) магнитно-резонансную томографию
- г) люмбальную пункцию
- д) все перечисленное
- е) достаточно а) и в) Правильный ответ: д

10. Потребность в искусственной вентиляции легких может возникнуть при всех перечисленных неврологических заболеваниях, кроме: а) пароксизмальных миоплегий

- б) полинейропатии Гийена - Барре
- в) бокового амиотрофического склероза
- г) миастении
- д) инфаркта каудального отдела продолговатого мозга Правильный ответ: в

11. Показанием к осуществлению искусственной вентиляции легких в режиме умеренной гипервентиляции служит следующее кислотно-щелочное состояние: а) метаболический ацидоз

- б) дыхательный алкалоз
- в) артериальная гипокапния
- г) артериальная гиперкапния
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в) Правильный ответ: а

12. Для коррекции метаболического ацидоза следует провести внутривенное капельное вливание:

- а) реополиглюкина
- б) гемодеза
- в) бикарбоната натрия
- г) альбумина
- д) изотонического хлорида натрия Правильный ответ: в

13. Содержанием интенсивной терапии является все перечисленное, кроме:

- а) восстановления утраченных жизненных функций
- б) коррекции нарушений сердечной деятельности
- в) коррекции нарушений дыхания
- г) восстановления нормального кислотно-щелочного состояния
- д) все перечисленное Правильный ответ: д

14. Решающую роль в эффективности интенсивной терапии играет введение

лекарств:

- а) способом, соответствующим особенностям фармакокинетики
 - б) обязательно в кровеносное русло
 - в) отвечающих требуемым особенностям фармакодинамики
 - г) длительно циркулирующих в крови
 - д) быстро выделяющихся из организма
- Правильный ответ: д

15. При тиреотоксическом кризе не наблюдается:

- а) подъем температуры
 - б) повышение артериального давления, тахикардия
 - в) жажда
 - г) делирий
 - д) судорожные подергивания
- Правильный ответ: д

16. Для поражения нервной системы при острой перемежающейся порфирии не характерны:

- а) бульбарный синдром
 - б) изменение психики
 - в) полинейропатия
 - г) пирамидный гемипарез
 - д) эпилептиформные припадки
- Правильный ответ: б

17. Острый полирадикулоневрит типа Ландри от других острых полирадикулоневритов отличают:

- а) вялые параличи дистальных отделов конечностей
- б) сухожильная арефлексия
- в) нарушение дыхания
- г) нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей
- д) восходящий тип последовательности появления неврологических симптомов

Правильный ответ: д

18. При катаплексии не наблюдается:

- а) потеря мышечного тонуса во всех конечностях
 - б) потеря сознания
 - в) выпадение сухожильных рефлексов
 - г) выпадение кожных рефлексов
 - д) возникновение пароксизма после эмоциональной реакции
- Правильный ответ: б

19. При симпатoadреналовом пароксизме обычно нет:

- а) артериальной гипертензии
 - б) тахикардии
 - в) головной боли
 - г) гипогликемии
- Правильный ответ: г

20. Для симпатoadреналового пароксизма характерно все перечисленное, кроме:

а) тахикардии

б) ознобоподобного дрожания

в) олигурии

г) мидриаза

д) страха, тревоги Правильный ответ: в

21. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:

а) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен

б) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку

в) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди

г) нарастанием неврологической симптоматики после пункции Правильный ответ: г

22. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит:

а) снижение артериального давления и замедление кровотока

б) повышение вязкости и агрегации

в) повышение коагуляционной активности крови

г) повышение фибринолитической активности крови Правильный ответ: г

23. Чтобы купировать мышечные проявления нейрогенного гипервентиляционного синдрома, назначают: а) прозерин

б) глюконат или хлорид кальция

в) хлорид натрия

г) хлорид калия

д) все перечисленное Правильный ответ: б

24. Мышечно-тонические пароксизмы сопровождают следующие формы вегетативных кризов:

а) симпатoadреналовый

б) вагоинсулярный

в) смешанный (вагосимпатический)

г) криз при гипервентиляционном синдроме

д) нейрогенный обморок Правильный ответ: г

25. Для холинергического криза не характерно наличие

а) мидриаза

б) гиперсаливации

в) усиления перистальтики кишечника

г) миофибрилляций

д) верно б) и г) Правильный ответ: а

Ситуационные задачи

Задача №1

Мужчина 59 лет, доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно упал,

утратил сознание, возникли тонико-клонические судороги. При осмотре: лицо гиперемировано, на вопросы не отвечает, команды не выполняет, глаза открывает только на громкий звук или болевые раздражители, защитные реакции координированы, ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

- 1) Определите тип нарушения сознания?
- 2) Какую помощь можно оказать на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Какое обследование необходимо провести?
- 5) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 6) Тактика лечения в стационаре?

Эталон ответа:

- 1) Сопор.
- 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, фиксировать голову, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
- 3) Контроль над функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.
- 4) Клинический анализ крови, исследование крови на уровень глюкозы, электролиты, консультация невролога, КТ головного мозга, офтальмоскопия, ЭКГ.
- 5) ОНМК по геморрагическому типу (субарахноидальное кровоизлияние).
- 6) Лечение основного заболевания, борьба с отеком головного мозга (нимотоп, маннитол), обеспечение витальных функций, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

Задача №2

Пенсионерка 70 лет, находилась в поликлинике, ожидала приема эндокринолога. Окружающие заметили, что женщина стала заторможена, на вопросы отвечала односложно, затем перестала реагировать на происходящее, завалилась на бок из положения сидя. Из анамнеза известно: длительное время страдает сахарным диабетом 2 типа, корректируемым диетой. Последние дни жаловалась на общую слабость, тошноту, жажду, снижение аппетита. При осмотре: без сознания, кожа сухая, дыхание учащенное, шумное, глаза не открывает, на болевые раздражители возникли тонические сокращения мышц, которые сменились атонией, глубокие рефлексy угнетены, двусторонние патологические рефлексy, менингеальных знаков нет. Уровень глюкозы крови 41 ммоль/л.

- 1) Определите тип нарушения сознания?
- 2) Какую помощь можно оказать на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Какое обследование необходимо провести?
- 5) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 6) Тактика лечения в стационаре?

Эталон ответа:

- 1) Кома 2 степени (глубокая).
- 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
- 3) Установка в/в доступа, в/в введение 0,9% раствора натрия хлорида и одновременное введение 10-12 Ед. инсулина, оксигенотерапию 10 л/мин с помощью маски.

Контроль над функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.

4) Клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование крови на уровень глюкозы, электролитов, молочной кислоты, кетонов, ЭКГ, офтальмоскопия.

5) Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация. Диабетическая кома.

6) Если уровень натрия в крови в пределах нормы, продолжить инфузию 0,9% раствора натрия хлорида, в/в или в/м введение инсулина по 10-12 Ед. каждые 1-2 часа. При снижении гликемии до 14 ммоль/л – вместо изотонического раствора натрия хлорида введение 5% глюкозы, обеспечение витальных функций, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

Задача №3

У мужчины 52 лет после бессонной ночи наблюдается серия судорожных тоникоклонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противосудорожные препараты принимает нерегулярно.

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз? 5) Лечение?

Эталон ответа:

1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа введение диазепама (20 мг (4 мл 0,5% раствора) на 5% растворе глюкозы), лазикса 1-2 мл 2 % раствора в/м, коргликона (1 мл 0,06% раствора) или дигоксина (0,5-1 мл 0,025% раствора) в/в медленно.

3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.

4) Генерализованные тонико-клонические припадки. Эпилептический статус. Учитывая возраст и данные анамнеза можно думать о криптогенной эпилепсии.

5) Лечение: препараты депакина в/в 400 мг на физиологическом растворе, при неэффективности: введение тиопентала натрия 1 мл 10% раствора на 10 кг массы тела; возможно выполнение люмбальной пункции с извлечением 10-20 мл ликвора.

Задача №4

У пациента М., 63 г. судороги, потеря сознания. Пациент предъявляет жалобы на сильные боли в затылочной области, спине.

Анамнез: во время физической работы внезапно возникли резкая головная боль, шум в ушах, рвота. Пациент потерял сознание, у него развился общий судорожный припадок с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Припадок повторился через 15 мин.

В течение 8 лет страдает гипертонической болезнью.

При объективном обследовании: состояние тяжелое, пациент возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается подняться. Кожные покровы гиперемированы. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД- 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс - 52 уд./мин, напряженный, АД - 180/110 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот симметричный, обе половины участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову 9 x 8 x 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В неврологическом статусе: светобоязнь, общая гиперестезия, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, птоз справа, правый зрачок шире левого, реакция на свет правого зрачка вялая, левого - живая; правое глазное яблоко отведено кнаружи. Движения в конечностях не ограничены. Коленные и ахилловы рефлексы равномерно снижены. Симптом Бабинского с двух сторон.

Задания: предполагаемый диагноз и его обоснование; Определите тактику оказания первой помощи.

Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз: Субарахноидальное кровоизлияние на фоне гипертонической болезни III ст. Судорожный синдром.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб пациента на сильные боли в затылочной области, в спине;
- данных анамнеза: на фоне физической нагрузки внезапно возникли резкие головные боли, шум в ушах, рвота. Больной потерял сознание, развился общий судорожный припадок с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Припадок повторился через 15 мин. В течение 8 лет пациент страдает гипертонической болезнью;

- данных объективного обследования: общее состояние тяжелое, пациент возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается подняться. Кожные покровы гиперемированы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 52 в мин, напряженный, АД 180/110 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом.

В неврологическом статусе: светобоязнь, общая гиперестезия, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, птоз справа, правый зрачок шире левого, реакция на свет правого зрачка вялая, левого - живая; правое глазное яблоко отведено кнаружи. Движения в конечностях не ограничены. Коленные и ахилловы рефлексы равномерно снижены. Симптом Бабинского с двух сторон.

2. Первая помощь:

- ЭКГ(ЭКП).
- Глюкометрия.
- Термометрия.
- Пульсоксиметрия.
- Ингаляция кислорода.
- Медикаментозная терапия:
 - катетеризация вены:
 - натрия хлорид 0,9% - 250 мл в/в капельно;
 - при САД > 170 мм рт. ст. снижать САД не ниже 170 мм рт. ст.;
 - эналаприлат (энап 1,25 мг) или альбетор 10-50 мг в/в;

- при головной боли - кеторолак (кеторол 1 мл) в/м или кетопрофен (кетонал 2 мл) в/в; - при судорогах - вальпроевая кислота (конвулекс 5 мл) или диазепам (реланиум 2 мл) в/в;
- при психомоторном возбуждении - диазепам (реланиум 2 мл) в/в;
- при рвоте - метоклопрамид (церукал 2 мл) в/в;
- при отеке головного мозга: придать положение с приподнятым на 30° изголовьем; маннитол (маннит 15% - 400 мл) в/в капельно 30 кап. в мин; мемакс 1% - 3 мл по 3 капли интраназально в каждую ноздрю;
- при коме перед интубацией: атропинасульфат 0,1%-0,5 - 1 мл в/в.
- Санация верхних дыхательных путей.
- Интубация трахеи или применение ларингеальной трубки.
- ИВЛ/ВВЛ. □ Госпитализация. Транспортировка на носилках.

Задача №5

Ребенок, 7 лет, находится у невропатолога по поводу эпилепсии. Принимал ежедневно таблетки фенobarбитала. На каникулы уехал в деревню к родственникам, забыл взять таблетки фенobarбитала. Вечером после игры в футбол появились клонико-тонические судороги.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику проведения искусственного дыхания «рот в рот». **Эталон ответа:**

1. Эпилепсия. Судорожный синдром.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) обеспечить покой и доступ свежего воздуха;
 - б) отсосать слизь из верхних дыхательных путей;
 - в) ввести 0,5% раствор седуксена (реланиум, диазепам) внутримышечно или внутривенно 0,3-0,5 мг/кг;
 - г) если судороги не купируются, ввести ГОМК 20% в дозе 70-100 мг/кг внутривенно;
3. Техника проведения искусственной вентиляции легких «рот в рот» согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Тема 2. Нарушения сознания.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Электронистагмографию можно проводить:
 - а) при ясном сознании
 - б) при оглушении
 - в) при сопоре
 - г) при коме
 - д) при любом уровне сознания
 Правильный ответ: д
2. Токсическое действие ГБО на нервную систему проявляется:
 - а) нарушением сознания

- б) развитием эпилептиформных судорог
 - в) развитием гиперкинезов
 - г) развитием акинезии и ригидности
 - д) вегетативно-сосудистыми кризами
- Правильный ответ: б

3. Ситуация: больной лежит с закрытыми глазами и его невозможно разбудить, - он не реагирует ни на какие раздражители, даже сильные болевые. Выражена мышечная апатия, постепенно угасают все рефлексy. Какое состояние нарушенного сознания описано?

- а) сопорозное состояние
 - б) оглушенность
 - в) коматозное состояние
 - г) обнубиляция
- Правильный ответ: в

4. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

- а) утрата сознания
 - б) рвота
 - в) психомоторное возбуждение
 - г) инфаркт миокарда
 - д) отек легкого
- Правильный ответ: д

5. Синкопальный вертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншайдта) характеризуется:

- а) внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления
 - б) внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи
 - в) внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи
 - г) всем перечисленным
- д) верно а) и в) Правильный ответ: б

6. При каком состоянии у больного наблюдается полное выключение сознания, однако сохраняются оборонительные и другие безусловные рефлексy.

- а) сопорозное состояние
 - б) оглушенность
 - в) коматозное состояние
 - г) синдром изоляции
- Правильный ответ: а

7. Состояние выключенного сознания, при котором больного удается «растормозить» и он приходит на некоторое время в сознание. При отсутствии сильных стимулов извне больной снова погружается в спячку.

- а) сопорозное состояние
- б) оглушенность
- в) коматозное состояние

г) обнубленияция Правильный ответ: б

8. Если коматозному состоянию предшествовал эпилептический припадок, то вероятной причиной комы может быть:

- а) эпилепсия,
- б) дисциркуляторная энцефалопатия,
- в) опухоль мозга,
- г) инсульт,
- д) все вышеуказанное верно. Правильный ответ: д

9. Сущность понятия «кома» определяется:

- а) нарушением спонтанного дыхания,
- б) расстройством глотания и фонации,
- в) отсутствием спонтанной речи,
- г) утратой сознания. Правильный ответ: г

10. Сохранность реакции зрачков на свет у больного в бессознательном состоянии говорит о:

- а) метаболической природе заболевания,
- б) деструктивной природе заболевания. Правильный ответ: а

11. Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более: а) 10 с

- б) 1 мин
- в) 3 мин
- г) 5 мин

Правильный ответ: б

12. При каких типах эпилептических припадков у больных имеется нарушение сознания?

- а) абсансы,
- б) сложные парциальные,
- в) миоклонические. Правильный ответ: а

13. Припадок эпилепсии называют генерализованным, если он проявляется:

- а) клоническими судорогами во всех конечностях
- б) тоническими судорогами во всех конечностях
- в) генерализованными сенсорными эквивалентами
- г) нарушением сознания Правильный ответ: г

14. Сложные парциальные припадки эпилепсии отличаются от простых:

- а) сочетанием моторной и сенсорной симптоматики
- б) сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики
- в) нарушением осознания происходящего
- г) всем перечисленным

д) верно а) и б) Правильный ответ: в

15. Решающим диагностическим признаком эпилептического сложного абсанса является:

- а) возникновение множественных миоклоний
- б) развитие фокальной или генерализованной атонии мышц
- в) кратковременная утрата сознания
- г) симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей Правильный ответ: в

16. Кома при менингоэнцефалите характеризуется следующими признаками, кроме:

- а) наличия общеинфекционных симптомов
- б) менингеального синдрома
- в) очаговых неврологических симптомов
- г) снижения уровня белка в ликворе
- д) снижения уровня глюкозы в ликворе Правильный ответ: г

17. Для коматозного состояния не характерно:

- а) снижение сухожильных рефлексов
- б) двусторонний симптом Бабинского
- в) угнетение брюшных рефлексов
- г) угнетение зрачковых реакций
- д) целенаправленные защитные реакции Правильный ответ: б

18. Сопор в отличие от комы характеризуется:

- а) сохранностью вербального контакта
- б) сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций
- в) отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
- г) отсутствием реакций на внешние раздражители Правильный ответ: б

19. Синдром выключения сознания, при котором пациента можно разбудить лишь на короткое время сильными повторными стимулами:

- а) Оглушение
 - б) Онейроид
 - в) Сопор
 - г) Кома
 - д) Делирий
- Ответ: в.

20. К синдромам исключения сознания относятся:

- а) Оглушение
 - б) Делирий
 - в) Сопор
 - г) Онейроидный синдром
 - д) Кома
- Ответ: а,в,д

21. Установите нестрогое соответствие (каждой цифре может соответствовать несколько вариантов ответа)

Тип комы:	Причина развития комы:
1.Деструктивная кома	А. Инсульт в бассейне базилярной артерии
2.Дисметаболическая кома	Б. Уремия
	В. Стволовой энцефалит
	Г. Передозировка бензодиазепинов
	Д. Диабетический ацидоз

Правильный ответ: 1 – А, В 2 – Б,Г,Д

22. Дополните: Наиболее тяжелая степень комы называется _____ комой. Правильный ответ: атонической

23. Внезапное начало, утрата сознания (сопор или кома), гиперемия лица, нарушение дыхания, брадикардия, артериальная гипертония, гемиплегия, парлич взора - наиболее характерны для:

- а) эмболии мозговых сосудов;
 - б) менингоэнцефалита;
 - в) субарахноидального кровоизлияния;
 - г) тромбоза мозговых сосудов;
 - д) кровоизлияния в мозг.
- Правильный ответ: д

24. Какой из признаков указывает на неврологическую причину коматозного состояния?

- а) утрата сознания;
 - б) предшествующее психомоторное возбуждение;
 - в) двусторонний симптом Бабинского;
 - г) широкие зрачки
 - д) симптом Боголепова и другие признаки гемипареза.
- Правильный ответ: д

25. Что характерно для абсанса.

- а) генерализованный припадок;
- б) наличие судорог;
- в) отсутствие выключения сознания;
- г) фокальный припадок;
- д) на ЭЭГ — генерализованная пик-волна с частотой 3 Гц. Правильный ответ: а,д

Ситуационные задачи

Задача №1

Мужчина 44 лет получил удар по голове тяжелым предметом, кратковременно утратил сознание. Придя в сознание, жалуется на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота, обстоятельства травмы не помнит. Был доставлен в стационар машиной скорой помощи. При осмотре: заторможен, сонлив, на вопросы отвечает только после повторения, команды выполняет правильно, но замедленно, сухожильные рефлексy справа повышены, отмечается симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости.

- 1) Тип нарушения сознания?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Дообследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение? **Эталон ответа:**
 - 1) Оглушение 2 степени (умеренное).
 - 2) Левая лобно-теменная область.
 - 3) КТ, МРТ головного мозга, офтальмоскопия, консультация невролога и нейрохирурга.
 - 4) ЗЧМГ. Ушиб головного мозга, внутримозговая гематома.
 - 5) Хирургическое: декомпрессивная трепанация черепа, удаление гематомы.

Задача №2

Студентка 18 лет, находясь в переполненном вагоне метро в компании других студентов, пожаловалась на чувство дурноты, легкую тошноту, потемнение в глазах, внезапно потеряла сознание, не упала, т.к. была подхвачена друзьями, стоящими рядом. Известно, что несколько дней готовилась к экзамену, мало спала, нерегулярно питалась. Подобные эпизоды случались и ранее.

Задание:

- 1) Помощь на месте?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Дифференциальный диагноз?
- 4) Дообследование?
- 5) Рекомендации? **Эталон ответа:**
 - 1) Предупреждение падения, придать горизонтальное положение с приподнятыми ногами, поднести к носу вату, смоченную нашатырным спиртом (при наличии).

- 2) Вазодепрессорный (вазовагальный) обморок.
- 3) Гипогликемия, эпилепсия.
- 4) Клинический анализ крови, исследование крови на уровень глюкозы, ЭКГ, консультация невролога, ЭЭГ.
- 5) Соблюдать режим питания, труда и отдыха, нахождения в душных, малопрветриваемых помещениях, при ощущении внезапной дурноты – сесть или принять горизонтальное положение.

Задача №3

Мужчина 43 лет, доставлен в стационар в бессознательном состоянии из дома. Слов родственников: длительное время злоупотребляет алкоголем. Последнее время стал эмоционально неустойчив (вспышки эйфории, чувства тревоги сменяются апатией, вялостью), периодически бывал дезориентирован, временно не узнавал родственников, сегодня возник судорожный припадок. Была вызвана скорая помощь, по прибытии которой пациент был возбужден, вырывался, пытался бежать, был агрессивно настроен на осмотр. Обращал на себя внимание тремор рук, атаксия. После чего стал заторможен, сонлив. При обследовании: неопрыт, кожа желтушная, множественные петехиальные кровоизлияния. На вопросы не отвечает, на боль реагирует неkoordinированными реакциями, сухожильные рефлексы низкие, выраженные рефлексы орального автоматизма, симптом Бабинского с обеих сторон, менингеальных знаков нет.

Задание:

- 1) Тип нарушения сознания?
- 2) Помощь на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Дообследование?
- 5) Клинический диагноз?
- 6) Лечение в стационаре? **Эталон ответа:**
 - 1) Кома 1 степени (умеренная).
 - 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
 - 3) Контроль за функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.
 - 4) Клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование крови на уровень глюкозы, электролитов, молочной кислоты, кетонов, функции печени и поджелудочной железы, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, КТ головного мозга, консультация невролога.
 - 5) Хроническая печеночная недостаточность, декомпенсация состояния. Дисметаболическая энцефалопатия, судорожный синдром. Дисметаболическая (печеночная) кома.
 - 6) Обеспечение витальных функций, лечение основного заболевания, детоксикационная терапия, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

Задача №4

Больному 26 лет. Ранее у психиатра не наблюдался, обратился за помощью к невропатологу.

Известно, что с детства отличается повышенной пунктуальностью, чрезмерной аккуратностью, беспричинными изменениями настроения, гневливостью, злобностью. В подростковом возрасте перенес легкое сотрясение головного мозга. Ухудшение состояния связывает с психотравмой (разрыв с любимой девушкой). Нарушился сон, усилились головные боли, последние недели появилось кратковременное состояние обездвиженности когда глаза становились "стеклянными", ничего не выражающими, на обращенные вопросы не реагировал. Такие состояния продолжались несколько секунд. Воспоминания о них не сохранились.

Квалифицируйте вновь появившееся состояние. Поставьте предположительный диагноз

Эталон ответа:

1. Абсанс
2. Эпилепсия

Задача №5

У молодой женщины 30 лет в кафе остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Врачебная тактика? Реабилитация? **Эталон ответа:**
 - 1) Нарушение сознания, менингеальный синдром
 - 2) Субарохноидальное кровоизлияние
 - 3) Возможен разрыв мешотчатой аневризмы или другой сосудистой мальформации
 - 4) ненаркотические анальгетики, нимодипин, дегидротация (глицерол, дексазон), ингибиторы протеаз (гордон, трасесол). Реабилитация начинается в стационаре: речевая, двигательная, психо-эмоциональная

Раздел 7. Заболевания нервной системы.

Тема 1. Сосудистые заболевания нервной системы

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Имеют право информировать больного о его здоровье, плане обследования и лечения

1. лечащий врач или заведующий отделением
2. медсестра
3. родственники
4. врач функциональной диагностики
5. любой врач отделения, не курирующий больного Ответ: 1

2. Врач к больному должен обращаться

1. по имени
2. по имени и отчеству
3. по фамилии
4. "больной" Ответ: 2

3. Объем помощи на догоспитальном этапе в случае неотложного состояния ограничивается назначением средств, необходимых: 1. для купирования нарушений сердечной деятельности

2. для купирования нарушений дыхания
3. для обеспечения безопасной транспортировки в стационар
4. для снятия болевого синдрома
5. для прекращения рвоты Ответ: 1

4. Начало при геморрагическом инсульте по типу субарахноидального кровоизлияния:

1. внезапное
2. нарастание симптомов в течение часов
3. мерцание симптомов
4. постепенное с предвестников 5. могут быть различные варианты. Ответ: 1

5. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы

1. пролапс митрального клапана
2. повышение фибринолитической активности крови
3. снижения активности свертывающей системы
4. стеноз магистральных сосудов на шее
5. все перечисленное Ответ: 4

6. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза передней мозговой артерии:

1. нарушения зрения
2. центральный парез ноги
3. центральный парез руки
4. нарушения психики 5. менингеальные симптомы. Ответ: 2,4

7. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение

1. 1 суток
2. 1 недели
3. 2 недель
4. 3 недель
5. 1 месяца Ответ: 1

8. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза позвоночной артерии:

1. альтернирующий синдром
2. мозжечковая атаксия
3. нистагм
4. моторная афазия
5. менингеальные симптомы. Ответ: 1,2,3

9. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение:

1. антигипертензивных препаратов
2. вазоактивных средств
3. антиагрегантов
4. антиоксидантов
5. препаратов, нормализующих липидный обмен Ответ: 5

10. Этиологические факторы ишемического инсульта:

1. гипертоническая болезнь
2. атеросклероз
3. нарушения сердечного ритма
4. системные васкулиты
5. все выше изложенное. Ответ: 5

11. Этиологические факторы кровоизлияния в мозг:

1. гипертоническая болезнь
2. артерио-венозные мальформации
3. стеноз интракраниальных сосудов
4. системные васкулиты
5. эмболии при ИБС. Ответ: 1,2,4

12. К геморрагическим инсультам относятся:

1. тромботические инсульты
2. паренхиматозные кровоизлияния
3. подболочечные кровоизлияния
4. вентрикулярные кровоизлияния
5. эмболические инсульты. Ответ: 2,3,4

13. Симптомы, характерные для субарахноидального кровоизлияния:

1. внезапная головная боль
2. гемипарез
3. постепенное нарастание симптомов
4. нарушение сознания
5. менингеальные симптомы. Ответ: 1,5

14. Симптомы, характерные для паренхиматозного кровоизлияния:

1. нарушение сознания
2. гемиплегия
3. мерцание симптомов
4. паралич взора 5. менингеальные знаки. Ответ: 1,2,5

15. Для ишемического неэмболического инсульта характерно начало:

1. острейшее
2. постепенное (несколько часов)
3. в утренние часы после сна 4. после приема горячей ванны. Ответ: 2,3

16. Общемозговые симптомы, характерные для ишемического инсульта:

1. головная боль
2. гемипарез
3. тошнота
4. быстрое развитие комы 5. менингеальные симптомы. Ответ: 1,3

17. Какие из перечисленных нарушений мозгового кровообращения относятся к острым?

1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения
 2. Острая гипертоническая энцефалопатия
 3. Дисциркуляторная энцефалопатия
 4. Инсульт
- Ответ: 1,2,4

18. Наиболее информативные диагностические методы обследования при ишемическом инсульте:

1. электроэнцефалография
2. ангиография мозговых сосудов
3. люмбальная пункция 4. компьютерная томография
5. вентрикулография. Ответ: 2,3,4

19. В каком сосудистом бассейне чаще возникают преходящие нарушения мозгового кровообращения?

1. Передней мозговой артерии
2. Средней мозговой артерии
3. Задней мозговой артерии
4. Вертебробазилярном Ответ: 4

20. Какие лечебные мероприятия проводятся при ОНМК на этапе оказания неотложной помощи?

1. Адекватность оксигенации.
2. Поддержание оптимального уровня системного артериального давления
3. Поддержание нормоволемии
4. Антикоагулянтная терапия

5. Тромболизис

Ответ: 1,2,3

Ситуационные задачи

Задача №1.

Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях.

Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемиянопсию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности? **Эталон ответа:**
 - 1) Синдром поражения правой внутренней капсулы.
 - 2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).
 - 3) Персонал поликлиники должен вызвать скорую помощь и госпитализировать пациентку как можно быстрее, желательно в ближайший сосудистый центр.
 - 4) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр) 5) В остром периоде:
 - а) базисная недифференцированная терапия инсультаПри подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
 - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
 - в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний)
 - г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол) В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:
 - д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия) Ранняя реабилитация.
 - 6) Вторичная профилактика инсульта:
 - А) антигипертензивная терапия
 - Б) дезагрегантная терапия
 - В) антикоагулянтная терапия
 - Г) гиполипидемическая терапияВторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
 - А) отказ от вредных привычек
 - Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы,

давления, поддержания нормальной массы тела

В) регулярные физические нагрузки Г) соблюдение режима труда и отдыха
Профилактика инвалидизации:

А) Своевременная госпитализация

Б) Адекватное лечение

В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:

а) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ

б) физиотерапия, массаж

в) эрготерапия

г) занятия с логопедом 7) Экспертиза трудоспособности потребуется.

Задача №2.

55-ти летний мужчина страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось, головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм.

рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз 2) Требуется ли госпитализация?

3) Нужна ли коррекция терапии?

4) Показано ли санаторно-курортное лечение?

5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности? **Эталон ответа:**

1) Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.

2) Госпитализация показана.

3) Методы коррекции терапии:.

А) выбрать комбинированную терапию – добавить гипотензивные препараты других групп: бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или диуретики.

Б) заменить ингибитор АПФ на препарат из группы сартанов

4) Санаторно-курортное лечение не показано 5) после выписки из больницы пациент трудоспособен

Задача № 3.

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предположительный клинический диагноз?

3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации?

Эталон ответа:

- 1) Поражение правого полушария головного мозга.
- 2) Геморрагический инсульт по типу parenхиматозного кровоизлияния.
- 3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения:
 - А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.)
 - Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
 - В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
 - Г) хирургическое лечение (по показаниям).
 - Д) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) Профилактика инвалидизации:
 - А) Своевременная госпитализация
 - Б) Адекватное лечение
 - В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:
 - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ
 - Б) физиотерапия, массаж
 - В) эрготерапия
 - Г) Занятия с логопедом

Задача № 4.

Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту.

Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексы D>S, симптом Бабинского справа.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?

Эталон ответа:

- 1) Ишемический инсульт (предположительно кардиоэмболический) в бассейне левой средней мозговой артерии.
- 2) Госпитализация обязательна.
3. КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)

4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта

При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:

б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).

в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний)

г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол) В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:

д) хирургическое лечение (стентирование, эндартерэктомия) 5) В остром периоде:

а) базисная недифференцированная терапия инсульта

При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:

б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).

в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний)

г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол) В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:

д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия) Ранняя реабилитация.

Задача № 5.

На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.

2) Нужна ли госпитализация?

3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

5) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**

1) Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое).

2) Срочная госпитализация, поддержание витальных функций во время транспортировки.

3) ЛП, КТ или МРТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ТК УЗДГ.

4) Тактика лечения:

А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы).

Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)

В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)

Г) базисная недифференцированная терапия инсульта

5) смертность достигает 40%, в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает

Тема 2. Воспалительные заболевания нервной системы: менингиты, энцефалиты, абсцесс головного мозга.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Укажите, при каком менингите наблюдается понижение уровня глюкозы в ликворе:

1. менингококковый;
2. вторичный гнойный;
3. туберкулезный; 4. первичный серозный.

Ответ: 1,2,3

2. Какие показатели исследования ликвора характерны для туберкулезного менингита:

1. образование пленки после отстаивания ликвора;
2. лимфоцитарный плеоцитоз;
3. умеренное повышение белка;
4. образование сгустков;
5. мутный, молочный цвет;
6. повышение давления ликвора;
7. полинуклеарный цитоз;
8. опалесцирующий;
9. умеренное снижение глюкозы.

Ответ: 1,2,3,6,7,8,9

3. Какие показатели исследования ликвора характерны для менингококкового менингита:

1. образование пленки после отстаивания;
2. повышение давления ликвора;
3. полинуклеарный цитоз;
4. образование гнойных сгустков;
5. значительное увеличение белка;
6. лимфоцитоз;
7. мутный, молочный цвет;
8. опалесцирующий;
9. снижение уровня глюкозы.

Ответ: 2,3,5,6,7,8,9

4. Укажите, какие симптомы возникают при менингите:

1. синдром Клода Бернара-Горнера;
2. рвота;
3. ригидность затылочных мышц;
4. головная боль;
5. симптом Кернига;
6. общая гиперестезия;
7. симптомы Брудзинского;
8. параплегия; 9. светобоязнь.

Ответ: 2,3,4,5,7,9

5. Укажите, какие признаки характерны для миелитов:

1. проводниковое нарушение чувствительности;
2. гемиплегия;
3. расстройство функций тазовых органов;
4. синдром Иценко-Кушинга;
5. спастическая пара- или тетраплегия;
6. опоясывающие боли в области пораженных сегментов.

Ответ: 2,3,4,5,6,7,9

6. Какие клинические признаки характерны для острого серозного лимфоцитарного менингита:

1. длительный продромальный период;
2. тошнота, рвота;
3. острое развитие заболевания;
4. гемиплегия;
5. субфебрильная температура в течение недели;
6. не резко выраженный менингеальный синдром;
7. опалесцирующая цереброспинальная жидкость;
8. умеренное повышение уровня белка в ликворе;
9. лимфоцитарный плеоцитоз;
10. небольшой лимфоцитарный лейкоцитоз в крови;
11. пленка фибрина в ликворе после отстаивания;
12. застойные диски зрительных нервов.

Ответ: 1,3,5,6

7. Какие из нижеперечисленных клинических признаков характерны для туберкулезного менингита:

1. длительный продромальный период;
2. лимфоцитоз в крови;
3. повышение уровня белка в ликворе;
4. острое развитие заболевания;
5. лимфоцитарный плеоцитоз;
6. длительный субфебрилитет на фоне общего недомогания;
7. нерезко выраженный менингеальный синдром в начальной стадии;
8. снижение уровня глюкозы в ликворе;
9. опалесцирующий ликвор.

Ответ: 2,3,6,9

8. Укажите основные клинические проявления менингита:

1. изменение ликвора;
2. повышение температуры тела;
3. боли в грудной клетке, кашель;
4. менингеальный синдром.

Ответ: 1,3

9. Назовите основные клинические признаки вторичного гнойного менингита:

1. субфебрильная температура;

2. острое развитие;
3. выраженный менингеальный синдром;
4. лимфоцитарный плеоцитоз;
5. наличие длительного продромального периода;
6. наличие гнойного процесса вне нервной системы;
7. гипертермия на фоне появления первых клинических признаков;
8. высокий уровень нейтрофилов в ликворе. Ответ: 2,3,6,7,8

10. Укажите основные лечебные мероприятия при менингококковом менингите.

1. противовирусная терапия;
2. антибиотикотерапия;
3. сульфаниламидная терапия;
4. витаминотерапия;
5. дезинтоксикационная терапия;
6. дегидратационная терапия;
7. устранение метаболического ацидоза;
8. устранение нарушений водно-электролитного баланса;
9. симптоматическая терапия (купирование психомоторного возбуждения, гипертермии).

Ответ: 2,3,5,6,7,8,9

11. Активная специфическая профилактика весенне-летнего клещевого энцефалита среди населения:

1. иммуноглобулин
2. при прибывании в лесу взаимные осмотры, специальная одежда
3. использование репеллентов
4. инаktivированные культуральные вакцины
5. индукторы интерферона (йодантипирин, амиксин и др.) Ответ: 4

12. Обозначьте основные формы проявления нейроспида, обусловленные прямым повреждающим действием вируса СПИДа (первичные неврологические осложнения).

1. СПИД-ассоциированный дементный синдром,
2. ВИЧ-миелопатия,
3. ВИЧ-полинейропатия,
4. ВИЧ-нейропатия,
5. ВИЧ-энцефалопатия.

Ответ: 1,2,3

13. Срок диспансерного наблюдения инфекциониста и невролога за переболевшими клещевым энцефалитом:

1. до 1 года
2. до 2 лет
3. до 3 лет

Ответ: 2

14. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

1. острое начало заболевания с повышением температуры
2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом
3. изменения спинномозговой жидкости
4. признаки застоя на глазном дне
5. очаговая неврологическая симптоматика

Ответ: 3

15. При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО наблюдается:

1. подострое начало без лихорадки
2. полимиалгия
3. нейтрофильный плеоцитоз
4. тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы
5. верно все перечисленное

Ответ: 2

16. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:

1. Клиндамицин
2. Тетрациклин
3. Эритромицин
4. Канамицин
5. Левомецетин

Ответ: 5

17. Эффективным методом лечения абсцесса мозга является:

1. массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
2. хирургическое удаление абсцесса
3. промывание полости абсцесса диоксидином
4. промывание полости абсцесса антибиотиками
5. применение противовоспалительных доз лучевой терапии

Ответ: 2

18. При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается:

1. лимфоцитарный плеоцитоз
2. снижение содержания белка
3. увеличение содержания хлоридов
4. увеличение содержания глюкозы
5. верно все перечисленное

Ответ: 1

19. Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется

1. оксолин
2. пефлоксацин
3. ацикловир
4. цефтриаксон
5. эритромицин

Ответ: 3

20. Диагноз нейросифилиса подтверждается следующими методами исследования цереброспинальной жидкости, за исключением: 1. реакции Вассермана с тремя разведениями ликвора

2. коллоидной реакции Ланге
3. коллоидной реакции Таката - Ара
4. реакции иммобилизации бледных трепонем
5. реакция иммунофлюоресценции

Ответ: 3

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Во время эпидемии гриппа, к 48 летнему мужчине была вызвана скорая помощь. Жена рассказала, что заболел остро, температура поднялась до 39С, беспокоила сильная головная боль, рвота. Постепенно стал сонлив, перестал отвечать на вопросы, жена рассказала, что были судороги. Из анамнеза известно, что неделю назад вернулся из командировки с Дальнего Востока. При объективном осмотре врач выявил: лицо гиперемировано, ЧСС – 110 в мин., на теле – геморрагическая сыпь. При неврологическом осмотре: сознание спутано, левосторонний центральный гемипарез, ригидность мышц шеи, верхний симптом Брудзинского положительный.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
- 5) Предложите дополнительные методы обследования.
- 6) Предложите план лечения.
- 7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**

- 1) Правое полушарие головного мозга, оболочки головного мозга
- 2) Японский комариный энцефалит
- 3) Экстренная госпитализация обязательна
- 4) Другие энцефалиты (герпетический), абсцесс головного мозга, ОНМК, опухоль головного мозга

- 5) Анализ ликвора (общий, ПЦР), МРТ головного мозга
- 6) Специфического лечения не существует

А) поддержание витальных функций (респираторная поддержка, нормализация сердечнососудистой деятельности)

- Б) борьба с отеком мозга (маннитол)
- В) поддержание электролитного баланса
- Г) антиконвульсанты
- Д) симптоматическая терапия (антипиретики, анальгетики)
- Е) ранняя реабилитация

7) летальность достигает 30%, резидуальный неврологический дефицит с инвалидизацией до 50%-70%, возможно полное выздоровление.

Задача № 2.

3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кровати, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования. 4) Предложите план лечения.
- 5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 6) Нуждается ли больной в диспансерном наблюдении?
- 7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
 - 1) Оболочки головного мозга
 - 2) Менингококковый менингит
 - 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР
 - 4) Пенициллины (ампициллин 0,1-0,2 г/кг х 6р), цефалоспорины III (цифтриаксон 20 – 80 мг/кг х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение. 5) Ясли закрываются на 10 ти дневный карантин, все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным, контактным детям профилактически вводится нормальный иммуноглобулин.
 - 6) После окончания острого периода болезни и выписки из стационара, обязательным является диспансерное наблюдение за реконвалесцентами у невропатолога детской поликлиники или по месту лечения основного заболевания
 - 7) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия)

Задача № 3.

Студент 5 курса медицинского ВУЗа, через 14 дней после окончания цикла инфекционных болезней, заболел эпидемическим паротитом. На фоне высокой температуры, через 3 дня после припухания желез, появилась интенсивная головная боль, сопровождающаяся рвотой. В связи с ухудшением состояния повторно вызвал участкового врача. При осмотре выявлены положительные менингеальные симптомы.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 6) Существуют ли меры первичной профилактики?

- 7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
- 1) Оболочки головного мозга
 - 2) Вторичный паротитный менингит
 - 3) Анализ ликвора общий, серологическое исследование, ПЦР
 - 4) Лечение симптоматическое
 - 5) Госпитализировать больного, проводить клиническое наблюдение за контактными лицами, контактные лица не болевшие и не привитые подлежат иммунизации.
- 6) Первичная профилактика касается эпидемического паротита (а не менингита), вакцинация по графику. 7) Обычно наступает полное выздоровление.

Задача № 4.

У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
 - 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
 - 3) Предложите дополнительные методы обследования.
 - 4) Предложите план лечения.
 - 5) Предположите возможный источник заражения.
 - 6) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
 - 7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
- 1) Оболочки головного мозга
 - 2) Менингококковый менингит
 - 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР
 - 4) Пенициллины (ампициллин 6-8 г х 6 р), цефалоспорины III (цифтриаксон 1-4 г х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
 - 5) Носитель или больной назофарингитом.
 - 6) Все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным.
 - 7) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия).

Задача № 5.

Женщина 39-ти лет, проживающая в Санкт-Петербурге, доставлена в больницу в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что две недели назад была с друзьями в походе, жили в палатке. При поступлении: жалуется на головную боль и выраженную слабость в руках. Объективно: сознание спутанное, высокая температура, умеренно выраженный менингеальный синдром, выявляются периферические парезы мышц шеи и верхних конечностей. Анализ ликвора: давление 350 мм водного столба, бесцветный, белок 2,0 г/л,

цитоз 40 в 1 мм³ (лимфоциты) Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.
- 6) Существуют ли меры первичной профилактики?
- 7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**

1) Серое вещество передних рогов спинного мозга на уровне С1-С8, оболочки головного и спинного мозга

2) Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма

3) Анализ крови и ликвора методами иммуноферментного анализа с определением иммуноглобулинов М и G классов, выявление Ag вируса – ПЦР, МРТ шейного отдела спинного мозга.

4) Лечение этиотропное – рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическая – противоотечная (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективная, витамины (мильгамма), ранняя реабилитация

5) Укус клеща

6) Вакцинация тканевой инактивированной вакциной

7) Полное выздоровление, стойкий резидуальный неврологический дефицит, летальность до 30%.

Тема 3. Демиелинизирующие заболевания нервной системы Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Все нижеперечисленное относится к демиелинизирующим заболеваниям, кроме:

1. прогрессивного паралича;
2. рассеянного склероза;
3. подострого склерозирующего панэнцефалита;
4. метахромной лейкодистрофии;
5. прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии. Ответ: 1,4,5

2. Укажите, какие из нижеперечисленных симптомов не характерны для рассеянного склероза (РС):

1. нижний спастический паралич;
2. нистагм, атаксия;
3. хореоформный гиперкинез;
4. атрофия зрительных нервов;
5. нарушение функции тазовых органов.

Ответ: 3

3. Укажите основные симптомы РС:

1. нижний спастический парапарез;
2. нистагм;
3. отсутствие брюшных рефлексов;
4. скандированная речь;
5. гипертонический гипокинетический синдром;
6. интенционный тремор;
7. побледнение височных половин дисков зрительных нервов; 8. периодическое недержание мочи, императивные позывы;
9. полиневритический тип нарушения чувствительности. Ответ: 1,2,3,4,6,7,8

4. Укажите основные симптомы, характерные для начального периода РС:

1. нарушение зрения на один или оба глаза;
2. снижение слуха;
3. нарушение походки;
4. диплопия;
5. неуверенность, пошатывание при ходьбе;
6. слабость в ногах;
7. эпилептические припадки.

Ответ: 1,3,4,5,6

5. Укажите, какие симптомы возникают при оптической форме РС:

1. хорееформный гиперкинез;
2. олигокинезия;
3. побледнение височных половин сосков зрительных нервов; 4. интенционное дрожание, нистагм; 5. нижний спастический парапарез.

Ответ: 3

6. Перечислите клинические диагностические признаки рассеянного склероза:

1. Возраст начала заболевания в основном от 20 до 40 лет
2. Возраст начала заболевания после 50-60 лет
3. Очаговые симптомы обусловленные поражением нескольких систем ЦНС
4. Очаговые симптомы обусловленные поражением одной из систем ЦНС
5. Общемозговые симптомы

Ответ: 1,3

7. Перечислите возможные варианты течения рассеянного склероза:

1. Прогрессирующий-рецидивный
2. Первично-прогрессирующий
3. Стационарный
4. Ремиттирующий
5. Вторично –прогрессирующий
6. Регрессивный
7. Ремиттирующе-прогрессирующий

Ответ: 2,4,5,7

8. Укажите цели патогенетической терапии рассеянного склероза:

1. Наступление ремиссии
2. Выздоровление
3. Сохранение ремиссии
4. Изменение течения болезни (торможение прогрессирования) Ответ:1,3,4

9. Отметьте, какие структуры нервной системы поражаются при рассеянном склерозе:

1. зрительные нервы и пирамидные пути;
2. слуховые нервы и задние столбы;
3. экстрапирамидные пути;
4. задние и передние рога спинного мозга;
5. базальные ганглии. Ответ:1

10.Триада Шарко при рассеянном склерозе включает всё перечисленное, кроме

1. нистагма;
2. скандированной речи;
3. гипотонии мышц;
4. интенционного дрожания. Ответ:3

11. Выберите из ниже перечисленных симптомов те, которые не характерны для рассеянного склероза:

1. повторные тонико-клонические припадки;
2. многоочаговая неврологическая симптоматика;
3. рецидивы ретробульбарного неврита зрительных нервов;
4. прогрессирующая дисфункция мочевого пузыря;
5. ремитирующее течение заболевания. Ответ:1

12. Для лечения рассеянного склероза используют:

- 1) интерфероны;
- 2) кортикостероиды;
- 3) плазмаферез;
- 4) всё перечисленное; 5) верно 2) и 3). Ответ:4

13. При ремиссии рассеянного склероза показано применение:

1. иммуномодуляторов;
2. глюкокортикоидов; 3. плазмафереза;
4. цитостатиков. Ответ:1

14. Нарушение зрения при рассеянном склерозе обусловлено поражением:

1. сетчатой оболочки;
2. зрительного нерва;
3. первичного зрительного центра;
4. лучистости Грациоле; 5. всего перечисленного. Ответ:2

15. Методы, позволяющие подтвердить клиническое предположение о наличии у пациента рассеянного склероза:

1. Исследование ликвора на уровень иммуноглобулинов класса G,
2. ЭЭГ,
3. КТ головного мозга,
4. МРТ головного и спинного мозга,
5. Эхо-ЭГ,
6. РЭГ,
7. Зрительные вызванные потенциалы (ЗВП),
8. Исследование уровня белка в ликворе Ответ:1,4,7

16. Критерии диагностики рассеянного склероза:

1. молодой возраст начала заболевания;
2. многоочаговое поражение ЦНС;
3. ремитирующее течение;
4. на МРТ очаги демиелинизации;
5. всё перечисленное. Ответ:5

17. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются:

1. пролиферация мезоглии в белом веществе
2. очаги ишемии в головном мозге
3. распад миелина
4. периваскулярный отек
5. все перечисленное Ответ:3

18. Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением: 1. головного и спинного мозга

2. оболочек мозга
3. корешков спинного мозга
4. периферических нервов
5. спинальных ганглиев Ответ:1

19. Какие симптомы являются характерными для обострения рассеянного склероза:

1. Параличи конечностей.
2. Нарушения чувствительности.
3. Акинетико-ригидный синдром
4. Ретробульбарный неврит,
5. Сопор
6. Вертикальный нистагм
7. Парез лицевого нерва. Ответ:1,2,4,6,7

20. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита для коррекции аутоиммунных нарушений применяют:

1. нестероидные противовоспалительные средства
2. анаболические стероидные препараты
3. синтетические глюкокортикоиды
4. эстрогенные стероидные препараты Ответ:3

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Студент 18 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на общую слабость, недомогание, нарушение зрения (нечеткость, снижение остроты), неприятные ощущения в глазах. Данные симптомы появились 2 дня назад после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисэмбриогенеза. Менингеальных знаков нет, глубокие рефлексы оживлены, брюшные рефлексы вялые, патологических рефлексов нет, чувствительных расстройств не выявлено, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Заключение офтальмолога: ретробульбарный неврит.

Задание:

1) О каком заболевании следует думать, учитывая клинические данные и заключение офтальмолога?

2) Консультацию какого специалиста нужно получить?

3) Топический диагноз?

4) Обследование?

5) Показана ли госпитализация?

6) Лечение?

7) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**

1) Рассеянный склероз, церебральная форма (оптическая), первичная атака.

2) Невролога.

3) Поражение зрительного нерва.

4) Неврологический осмотр, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1a (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1b (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания,

своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Начало заболевания с ретробульбарного неврита можно считать относительно благоприятным прогностическим фактором. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

Задача № 2.

Женщина 24 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на слабость в нижних конечностях (больше в правой) и возникающие из-за этого частые спотыкания и даже падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастали. При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, $D>S$, клonusы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева, Жуковского с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? **Эталон ответа:**

1) Мозжечок, спинной мозг.
2) Невролога.
3) Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), MPT головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

- 5) Да, в неврологический стационар.
6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1a

(авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудо-

способности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.

Задача № 3.

Программист 27 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на дрожание верхних конечностей, усиливающееся при целенаправленных движениях, затрудняющие профессиональную деятельность и самообслуживание (прием пищи, застегивание пуговиц, бритье, умывание и т.п.), шаткость при ходьбе, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, ощущение прохождения тока по спине и конечностям при наклоне головы вперед. Данные симптомы, постепенно нарастая, появились около 3-х месяцев назад после ДТП, в котором получил черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга). Известно, что 5 лет назад в период весенней сессии на фоне умственной нагрузки и переутомления (написание дипломной работы, сдача экзаменов) возникло ухудшение зрения (ощущение нечеткости и пятна в поле зрения правого глаза), которое самопроизвольно регрессировало через 1-1,5 недели.

При осмотре: несколько расторможен, эйфоричен, интенционный тремор верхних конечностей, адиадохокинез, дисметрия, горизонтальный нистагм, дизартрия с элементами скандирования, глубокие рефлексы высокие $D \geq S$, с расширением рефлексогенных зон, симптомы орального автоматизма, патологические знаки Бабинского, Жуковского справа и слева. Брюшные рефлекс отсутствуют с обеих сторон. Вибрационная чувствительность отсутствует ниже гребней подвздошных костей, гемигипестезия поверхностной чувствительности справа, походка атактическая.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение? **Эталон ответа:**

- 1) Мозжечок, спинной мозг, головной мозг (пирамидный путь и путь

поверхностной чувствительности слева).

2) Невролога.
3) Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1a (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1b (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности. 9) Да, показано.

Задача № 4.

Девушка 20 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, ощущение двоения в глазах, особенно при нахождении в душном, жарком помещении или после незначительной физической нагрузки или даже после чашки горячего чая. Известно, что за последние 1,5 года дважды перенесла эпизоды невралгии лицевого нерва, сначала справа, затем слева. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисморфогенеза, недостаточность конвергенции, недоведение правого глаза до внутренней спайки при полной сохранности отведения другого глаза, монокулярный нистагм слева (межъядерный офтальмопарез). Легкая недостаточность функции мимической мускулатуры с обеих сторон. Легкий правосторонний силовый гемипарез. Тонус мышц в правых конечностях повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы D>S, высокие. Рефлексы орального автоматизма, патологические знаки Россолимо верхний, Бабинского справа. Интенция и мимопромахивание при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?

Эталон ответа:

- 1) Головной мозг (пирамидный путь слева), ствол мозга (задний продольный пучок), мозжечок.
- 2) Невролога, офтальмолога.
- 3) Рассеянный склероз, церебральная форма.
- 4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).
- 5) Да, в неврологический стационар.
- 6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1a (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1b (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

Задача № 5.

Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Данные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы. При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?

- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 9) Показано ли санаторно-курортное лечение? **Эталон ответа:**

1) Мозжечок (правое полушарие), кортико-спинальные пути с двух сторон (спинной мозг, полушария), зрительные нервы.

2) Невролога.

3) Рассеянный склероз

4) Неврологический осмотр, клинический анализ крови, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), МРТ головного и спинного мозга (желательно с введением контраста, гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Госпитализация показана.

6) Вопрос купирования атаки кортикостероидами решается в зависимости от выраженности неврологического дефицита, далее препараты выбора: интерферон бета-1а (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1а (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1б (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности. 9) Да, показано.

Тема 4. Пароксизмальные расстройства сознания, эпилепсия

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. При раздражении каких участков головного мозга возникают простые парциальные адверсивные эпилептические припадки?

1. кора лобной доли
2. кора височной доли
3. кора теменной доли
4. кора затылочной доли
5. зрительный бугор Ответ: 1

2. Эпилептиформную активность позволяет верифицировать:

1. эхоэнцефалоскопия
2. электромиография
3. электроэнцефалография
4. магнитно-резонансная томография
5. позитронно-эмиссионная томография. Ответ:3

3. Медиатором тормозного действия является:

1. ацетилхолин
2. ГАМК
3. норадреналин
4. адреналин
5. глутамат Ответ:2

4. Кожевниковская эпилепсия может быть проявлением одной из хронических форм:

1. менингококкового менингита
2. клещевого энцефалита
3. нейротоксоплазмоза
4. энцефалита Экономо
5. рассеянного склероза. Ответ:2

5. Прекратить лечение противоэпилептическими средствами можно в случае, если припадков не было по меньшей мере:

1. 6 месяцев
2. 10 лет
3. 1,5 года 4. 3 года
5. 6 лет. Ответ:4

6. Электроэнцефалографическим признаком эпилептиформной активности является наличие:

1. ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазонах
2. ритмических феноменов в дельта-диапазоне
3. ритмических феноменов в тета-диапазоне
4. комплекса пик-волна
5. сочетание ритмических феноменов в бета- и тета-диапазонах. Ответ:4

7. Какие из перечисленных эпилептических приступов не относятся к генерализованным: 1. абсансы

2. миоклонические
3. тонические
4. височные псевдоабсансы
5. клонические. Ответ:4

8. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену:

1. маннитола
 2. диазепама
 3. тиопентала натрия
 4. гексенала
 5. строфантина
- Ответ:2

9. При каких из перечисленных признаков эпилептический припадок нельзя отнести к генерализованному:

1. клонические судороги во всех конечностях
2. тонические судороги во всех конечностях
3. кратковременная утрата сознания
4. клонические судороги в правых конечностях
5. генерализованные сенсорные эквиваленты.

Ответ:4

10. Где локализуется эпилептический очаг при простых парциальных слуховых эпилептических припадках:

1. верхняя теменная доля
2. верхняя височная извилина
3. передняя центральная извилина
4. задняя центральная извилина
5. затылочная доля.

Ответ:2

11. При генерализованных тонико-клонических эпилептических припадках эффективны все нижеперечисленные препараты, за исключением:

1. фенобарбитала
2. карбамазепина
3. этосуксимида
4. гексамидина
5. вальпроата натрия.

Ответ:3

12. При развитии парциальных эпилептических припадков в диагностический комплекс, наряду с электроэнцефалографией, обязательно проведение следующего исследования:

1. электромиография
2. рентгенографии черепа
3. магнитно-резонансной (компьютерной) томографии
4. соматосенсорных вызванных потенциалов
5. реоэнцефалографии.

Ответ:3

13. Средством выбора для купирования генерализованного эпилептического припадка является:

1. лидокаин;
2. диазепам;
3. морфин;
4. бемеград; 5. дроперидол. Ответ:2

14. Для генерализованного эпилептического приступа характерны.

1. утрата сознания;
2. головокружение;
3. тонико-клонические судороги; 4. асинергия Бабинского. Ответ:1,3

15. Какие препараты из нижеперечисленных ниже не используются для предупреждения повторных эпилептических приступов: 1. противосудорожные средства;

2. дегидратационные препараты;
3. психостимуляторы. Ответ:2,3

16. Для симптоматической эпилепсии с парциальными приступами характерно:

1. эпилептический приступ с потерей сознания;
2. наличие изменений в неврологическом статусе;
3. положительный эффект от приема антиэпилептических препаратов;
4. появление очаговых паттернов на ЭЭГ. Ответ:2,4

17. Первой мерой помощи больному при эпилептическом статусе является:

1. иммобилизация головы
2. обеспечение проходимости дыхательных путей
3. введение воздуховода в ротоглотку
4. дача ингаляционного наркоза закисью азота
5. инъекция реланиума Ответ:2

18. Основным нейрофизиологическим механизмом патогенеза эпилепсии является формирование очага:

1. стимуляции активирующей восходящей системы
2. сниженного порога возбудимости коры
3. генерации гиперсинхронных разрядов
4. недостаточной активности в антиэпилептических подкорковых структурах
5. все перечисленное Ответ:5

19. Припадок эпилепсии называют генерализованным, если он проявляется:

1. клоническими судорогами во всех конечностях
2. тоническими судорогами во всех конечностях
3. генерализованными сенсорными эквивалентами
4. прикусом языка
5. нарушением сознания Ответ: 5

20. Сложные парциальные припадки эпилепсии отличаются от простых:

1. наличием моторной симптоматики
 2. наличием вегетативной симптоматики
 3. нарушением осознания происходящего
 4. наличием сенсорной симптоматики
 5. сочетанием моторной, сенсорной и вегетативной симптоматики
- Ответ:3

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе.

Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

Задание:

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз? 5) Лечение?

Эталон ответа:

- 1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.
- 2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе в/м), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.
- 3) Обследование: ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.
- 4) Генерализованный тонико-клонический припадок впервые выявленный. Учитывая данные анамнеза, следует думать о идиопатической эпилепсии. 5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс).

Задача № 2.

Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1-2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобновисочных областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. **Задание:**

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение? **Эталон ответа:**

1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.

3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.

4) Идиопатическая эпилепсия. Сложные парциальные припадки с вторичной генерализацией. 5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбамазепин.

Задача № 3.

У мужчины 52 лет после бессонной ночи наблюдается серия судорожных тоникоклонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противозепилептические препараты принимает нерегулярно. **Задание:**

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение? **Эталон ответа:**

1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа введение диазепама (20 мг (4 мл 0,5% раствора) на 5% растворе глюкозы), лазикса 1-2 мл 2 % раствора в/м, коргликона (1 мл 0,06% раствора) или дигоксина (0,5-1 мл 0,025% раствора) в/в медленно.

3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.

4) Генерализованные тонико-клонические припадки. Эпилептический статус. Учитывая возраст и данные анамнеза можно думать о криптогенной эпилепсии.

5) Лечение: препараты депакина в/в 400 мг на физиологическом растворе, при неэффективности: введение тиопентала натрия 1 мл 10% раствора на 10 кг массы тела; возможно выполнение люмбальной пункции с извлечением 10-20 мл ликвора.

Задача № 4.

Мужчина 46 лет, жалуется на утренние головные боли, приступы, сопровождающиеся подергиваниями в правых конечностях (начинаются в правой ноге, распространяются на правую руку). Сознание не теряет. Приступы повторяются 1-2 раза в день, впервые возникли 3 месяца назад. Из анамнеза известно, что 4 года назад получил закрытую черепно-мозговую травму – ушиб головного мозга. По данным КТ: наружная и внутренняя гидроцефалия. На ЭЭГ: комплексы «острая медленная волна» в лобно-теменной области левого полушария.

Задание:

- 1) Клинический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Лечение? **Эталон ответа:**

1) Последствия закрытой черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга). Симптоматическая эпилепсия, парциальные моторные припадки (джексоновский марш).

2) Обследование: МРТ головного мозга, ЭЭГ.

3) Лечение: нормализация внутричерепного давления (глицерин, флебодия), препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), топамакс.

Задача № 5.

Мужчина 30 лет, обратился к врачу общего профиля по причине того, что в течение месяца у него возникают ощущения онемения и покалывания в правых конечностях, чувство прохождения «электрического тока» в них с последующей утратой сознания и развитием тонико-клонических судорог и непроизвольного мочеиспускания, после приступа сознание пациента спутанное, сам припадок пациент не помнит.

Задание:

- 1) Обследование?
- 2) Первая помощь?
- 3) Действие врача скорой помощи?
- 4) Топический диагноз?
- 5) Клинический диагноз?
- 6) Лечение? **Эталон ответа:**

1) Сбор анамнеза, консультация невролога, ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови.

2) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

3) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.

4) Левая теменная область.

5) Парциальные простые сенсорные припадки с вторичной генерализацией.

6) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбамазепин.

Тема 5. Опухоли головного и спинного мозга.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. **К зрительным симптомам при опухолях гипофиза относятся:**

1. бинозальная гемианопсия,
2. битемпоральная гемианопсия,
3. амавроз,
4. квадрантная гемианопсия,
5. аметропия. Ответ: 2

2. **К типичным жалобам, возникающим у больных с опухолью гипофиза относятся:**

1. головная боль, тошнота, рвота, судорожные припадки, нарушения функции половых органов,
2. нарушение походки, слабость, афатические расстройства,
3. головные боли, эндокринные нарушения, зрительные нарушения, расстройство половых функций, повышение АД,
4. головная боль, парезы верхних конечностей, джексоновские припадки,
5. головокружения, проходящие нарушения зрения. Ответ: 3

3. **В спинномозговой жидкости при опухолях определяется:**

1. белково-клеточная диссоциация,
2. клеточно-белковая диссоциация,
3. плеоцитоз нейтрофильный, 4. плеоцитоз лимфоцитарный, 5. верно б и в.

Ответ: 1

4. **При какой локализации опухоли может развиваться двигательный джексоновский припадок?**

1. височная доля,
2. затылочная доля,
3. полушарие мозжечка,
4. ствол мозга, 5. лобная доля. Ответ: 5

5. **Для опухоли червя мозжечка характерно:**

1. динамическая атаксия,
2. стато-локомоторные расстройства,
3. альтернирующие синдромы,
4. гемианопсия, 5. правильно в и г. Ответ: 2

6. **Фокальные эпилептические припадки при опухолях теменной доли характеризуются:**

1. наличием судорог в руках,
2. наличием судорог в ногах,
3. адверсивными типичными проявлениями, 4. парестезиями в противоположных конечностях,
5. всем перечисленным. Ответ: 4

7. **Какие опухоли относятся к злокачественным?**

1. менингиомы,
2. глиобластомы,
3. невриномы, 4. медуллобластомы,
5. правильно 2 и 4. Ответ: 5

8. **Укажите признаки аденомы гипофиза.**

1. битемпоральная гемианопсия;
2. ретробульбарный неврит;
3. увеличение частей тела;
4. вялые парезы конечностей;
5. гомонимная гемианопсия;
6. птоз, мидриаз, расходящееся косоглазие.

Ответ: 1,3

9. **Перечислите характерные симптомы опухоли мосто-мозжечкового угла.**

1. периферический парез лицевого нерва;
2. вестибулярная атаксия;
3. эпилептические припадки;
4. односторонняя глухота. Ответ: 1,2,4

10. **Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие:**

1. сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
2. корешковых болей положения
3. ранней блокады субарахноидального пространства
4. рентгенологического симптома Эльсберга – Дайка
5. сенситивной атаксии Ответ: 1

11. **Какие отделы мозга ущемляются в затылочном отверстии:**

1. продолговатый мозг;
2. средний мозг; 3. Варолиев мост. Ответ: 1

12. **Какие из нижеперечисленных симптомов относятся к общемозговым:**

1. застойные диски зрительных нервов;
2. головная боль;
3. моторная афазия;
4. акромегалия;
5. рвота на высоте головной боли. Ответ: 1,2,5

13. **Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для опухоли мозжечка:**

1. скандированная речь;
2. сенсорная афазия;

3. адиадохокинез;
4. атаксия;
5. Джексоновская эпилепсия;
6. апраксия. Ответ: 1,3,4

14. Какие симптомы характерны для экстрамедуллярных опухолей спинного мозга:

1. синдром Броун-Секара;
2. корешковые боли;
3. симптом ликворного толчка;
4. диссоциированное расстройство чувствительности. Ответ: 1,2,3

15. Какие дополнительные методы диагностики применяются для распознавания опухоли спинного мозга:

1. ангиография;
2. миелография;
3. КТ;
4. М-эхо;
5. исследование спинномозговой жидкости. Ответ: 2,3,5

16. Какие симптомы возникают при опухолях передней центральной извилины:

1. Джексоновские судорожные припадки;
2. монопарез;
3. Джексоновские чувствительные припадки;
4. моноанестезия;
5. центральные парезы лицевого и подъязычного нервов;
6. оперкулярные судорожные припадки. Ответ: 1,2,5,6

17. Укажите, какие из перечисленных симптомов возникают при опухолях височной доли:

1. расстройства чувствительности,
2. гемипарез.
3. вкусовые, обонятельные и слуховые галлюцинации, 4. эпилептические припадки,
5. сенсорная афазия.
6. амнестическая афазия,
7. аутоагнозия, анозогнозия.
8. слуховая агнозия,
9. нарушение идентификации запахов, 10. апраксия.
11. алексия,
12. гомонимная гемианопсия.
13. своеобразные состояния сознания в виде ощущения чего-то близкого, родного, пережитого, ранее виденного. Ответ: 3,4,5,6,8,9,12,13

18. Перечислите признаки гипертензионного синдрома:

1. общеинфекционные симптомы;
2. общемозговые симптомы;
3. застойные диски зрительных нервов;
4. повышенное ликворное давление;
5. повышенное АД;
6. гипертензионные рентгенографические изменения костей черепа.

Ответ: 2,3,4,6

19. Укажите клинические признаки, составляющие синдром Брунса.

1. головная боль, особенно в области затылка и шеи;
2. гипертермия;
3. гемипарез или гемиплегия;
4. головокружение;
5. бледность кожных покровов;
6. рвота;
7. выраженная тахикардия;
8. брадикардия;
9. вынужденное положение головы. Ответ: 1,4,5,6,8,9

20. Перечислите основные симптомы, характерные для опухоли теменной доли головного мозга:

1. симптом Фостера-Кеннеди;
2. астереогноз;
3. алексия, акалькулия;
4. моторная афазия;
5. амнестическая афазия;
6. апраксия;
7. анозогнозия, аутоагнозия;
8. эпилептические припадки;
9. расстройство суставно-мышечного чувства. Ответ: 2,3,5,6,7,9

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Жена 26 летнего мужчины рассказала врачу общей практики, что в течение трех месяцев он жалуется на ночную головную боль, распирающего характера. Появилось неадекватное поведение, немотивированные поступки, дурашливость, сменяющаяся приступами агрессии. В последнее время стала замечать пошатывание в положении стоя и сидя. При осмотре выявлено оживление глубоких рефлексов слева. Осмотр офтальмолога выявил на глазном дне признаки «застойных» дисков, больше справа.

Задания:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Топический диагноз?
- 3.Консультации каких специалистов целесообразны для уточнения диагноза?

4. Какие методы диагностики можно рекомендовать для уточнения диагноза?
5. О каких возможных методах лечения вы можете информировать родственников больного? **Эталон ответа:**

1. Объемное образование (опухоль?) головного мозга.
2. Правая лобная доля
3. Невролога, нейрохирурга
4. Методы нейровизуализации (МРТ головного мозга, МРТ головного мозга с введением контрастного вещества).
5. Оперативное лечение, химиотерапия.

Задача № 2.

У женщины 40 лет четыре месяца назад появились периодически возникающие приступы «ползания мурашек» в левой половине туловища. Около месяца испытывает снижение болевых ощущений в правой половине туловища, часто не может попасть рукой в левый рукав одежды, испытывает затруднения при одевании обуви на левую ногу. В связи с этим обратилась к врачу семейной медицины. При осмотре: снижение всех видов чувствительности слева.

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Рекомендации по тактике обследования? **Эталон ответа:**

1. Правая теменная доля головного мозга.
2. Опухоль правой теменной доли.
3. МРТ головного мозга с контрастированием

Задача № 3. Родственники 64 летней пациентки заметили, что в течение трех месяцев, она все хуже понимает обращенную к ней речь, отвечает «бессмыслицей» на вопросы. При осмотре: частичная сенсорная афазия, глубокие рефлексy немного выше справа. Известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью (ГБ II АГ2 Риск ССО2). **Задания:**

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Какие методы обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?

Эталон ответа:

1. Левая височная доля.
2. Объемное образование головного мозга.
3. МРТ головного мозга с введением контраста.

Задача № 4.

Больной 45 лет жалуется на опоясывающие боли на уровне пупка существующие 4 месяца. В последнее время стал отмечать нарастающую слабость в правой ноге, появилось легкое затруднение при мочеиспускании. При осмотре: Тонус в правой ноге повышен, глубокие рефлексy на нижних конечностях повышены D>S, симптом Бабинского справа, проводниковая гипестезия с уровня пупка слева, снижена вибрационная чувствительность в правой ноге. **Задания:**

1. Топический диагноз?

2.Клинический диагноз?

3. Обследование?

4.Лечение?

Эталон ответа:

1. Поражение спинного мозга на уровне сегментов Th9-10/

2. Объемное образование спинного мозга (опухоль?), сосудистая мальформация?

3. МРТ спинного мозга (грудной отдел). 4. Оперативное.

Задача № 5.

У больного 49 лет, 1,5 месяца назад появилось затруднение в подборе слов, нарушилось письмо, 2 недели назад заметил, что из правой руки стали выпадать предметы. В последние две недели стала так же беспокоить сильная, постоянная головная боль, усиливающаяся в утреннее время, сопровождающаяся тошнотой. В неврологическом статусе: оглушение, частичная моторная афазия, центральный парез правых конечностей.

Задания:

1.Топический диагноз?

2.Клинический диагноз?

3.Консультация каких специалистов может потребоваться? 4.Нужна ли госпитализация 5.Обследование?

6.Лечение? **Эталон ответа:**

1. Поражение правой лобной доли.

2.Объемное образование головного мозга (опухоль). Синдром внутричерепной гипертензии.

3. Невролог, нейрохирург.

4. Да, нужна.

5. МРТ головного мозга. 6. Оперативное, химиотерапия.

Тема 6. Дегенеративные заболевания нервной системы.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Для лечения гиперкинетической формы хореи Гентингтона применяют:

а) дофасодержащие препараты

б) нейролептики

в) холинолитики

г) агонисты дофамина Ответ: б

2. Тип наследования при хорее Гентингтона характеризуется как:

а) аутосомно-доминантный

б) аутосомно-рецессивный

в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)

г) все перечисленное Ответ: а

3. Клиническая картина типичной хореи Гентингтона, кроме хореического

гиперкинеза, включает:

- а) пластическую экстрапирамидную ригидность
 - б) симптом "зубчатого колеса"
 - в) акинезию
 - г) гипомимию
 - д) деменцию
- Ответ: д

4. Нейрохимические изменения в подкорковых ядрах при болезни Паркинсона характеризуются следующими изменениями моноаминов мозга: а) уменьшением дофамина

- б) увеличением содержания ацетилхолина
- в) снижением содержания норадреналина
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

Ответ: г

5. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами:

- а) хореоатетоническим
 - б) акинетико-ригидным
 - в) вестибуломозжечковым
 - г) денторубральным
 - д) гиперэксплексией
- Ответ: б

6. К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относятся: а) мидантан, вирегит

- б) наком, мадопар
 - в) парлодель, лизурид
 - г) юмекс, депренил
 - д) все перечисленные
- Ответ: б

7. При наследственном эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер:

- а) тремор покоя
 - б) интенционный
 - в) статодинамический
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
- Ответ: в

8. При лечении болезни Паркинсона ежедневная доза L-допа не должна превышать: а) 2.0 г

- б) 2.5 г
 - в) 3.0 г
 - г) 3.5 г
 - д) 4.0 г
- Ответ: в

9. При лечении болезни Паркинсона дофасодержащими средствами неврологические побочные симптомы проявляются: а) судорожным синдромом

- б) вестибулярными расстройствами
 - в) хореоатетонидным гиперкинезом
 - г) горизонтальным нистагмом
 - д) гиперэксплексией
- Ответ: в

10. При лечении болезни Паркинсона холинолитиками (циклодол, норакин) побочные симптомы проявляются:

- а) затуманиванием зрения
 - б) двоением в глазах
 - в) слюнотечением
 - г) сухостью во рту
 - д) верно а) и г)
 - е) верно б) и в)
- Ответ: д

11. Лечение холинолитиками болезни Паркинсона противопоказано, если у больного имеются:

- а) катаракта
 - б) глаукома
 - в) гипертоническая ретинопатия
 - г) диабетическая ретинопатия
 - д) любые из перечисленных заболеваний
- Ответ: б

12. Лечение холинолитиками болезни Паркинсона противопоказано при заболеваниях: а) щитовидной железы

- б) вилочковой железы
 - в) поджелудочной железы
 - г) предстательной железы
 - д) при всех перечисленных заболеваниях
- Ответ: г

13. При комбинированном лечении болезни Паркинсона витамин В6 уменьшает эффективность следующих препаратов:

- а) L-допа
 - б) накома
 - в) мадопара
 - г) мидантана
 - д) циклодола
- Ответ: а

14. При эссенциальном наследственном дрожании препаратами выбора являются:

- а) α-адренергические блокаторы (пирроксан)
- б) β-адренергические блокаторы (анаприлин)
- в) дофасодержащие средства (L-допа, наком)

- г) агонисты дофаминовых рецепторов (бромкриптин)
- д) верно а) и б)
- е) все перечисленные препараты Ответ: д

15. Клиническая картина врожденной юношеской торсионной дистонии (форма Сегава) отличается наличием:

- а) вестибуломозжечкового синдрома
- б) акинетико-ригидного синдрома
- в) синдрома сенситивной атаксии
- г) пирамидно-мозжечкового синдрома
- д) всего перечисленного Ответ: б

16. При лечении типичной формы хорей Гентингтона обычно применяют:

- а) дофасодержащие препараты
- б) нейролептики
- в) агонисты дофамина
- г) антихолинергические препараты
- д) верно а) и г)
- е) верно б), в) и г) Ответ: б

17. Мозжечковую диссинергию Ханта от миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга отличает:

- а) наличие мозжечковых симптомов
- б) отсутствие пирамидных симптомов
- в) отсутствие экстрапирамидных симптомов
- г) отсутствие нарушений глубокой чувствительности
- д) все перечисленное Ответ: в

18. Клиническая картина миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга, кроме характерных миоклоний и судорожных приступов, включает: а) пирамидную спастичность

- б) экстрапирамидную ригидность
- в) снижение интеллекта
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в) Ответ: д

19. Миоклонические гиперкинезы при миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга усиливаются:

- а) при эмоциональном стрессе
- б) при внезапных сенсорных раздражениях
- в) при закрывании глаз
- г) верно а) и б)
- д) при всем перечисленном Ответ: д

20. Укажите, какие симптомы характерны для наследственной хорей

Гентингтона?

- а) нарушение интеллектуальных функций;
- б) гипотония мышц;
- в) нистагм, скандированная речь, интенционное дрожание;
- г) неритмичные непроизвольные движения;
- д) поражение черепных нервов;
- е) апатия, суицидальные попытки;
- ж) спастический тонус в конечностях;
- з) мнестические расстройства. Ответ: а,г,е,з

Ситуационные задачи

Задача №1.

В поликлинику обратился сварщик с жалобами на скованность и замедленность движений. Стаж по специальности 22 года, работал на судостроительном заводе, сваривал детали корпусов судов. Объективно врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, повышен мышечный тонус по типу «зубчатого колеса», мелкоамплитудный тремор головы и пальцев рук. При проведении психометрического тестирования обнаружены умеренные когнитивные расстройства.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
 - 1) Базальные ганглии.
 - 2) Вторичный (марганцевый) паркинсонизм. Токсическая энцефалопатия в результате длительного воздействия марганца на организм.
 - 3) Госпитализация не обязательна, возможно амбулаторное лечение.
 - 4) МРТ головного мозга, определение уровня марганца в крови и моче.
 - 5) Прекращение контакта с марганцем, кальциево-натриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты (CaNa₂ЭДТА), тетацин-кальций, унитиол, витамин В1, ацетил-Лкарнитин, альфа-липоевая кислота, амантадин, препараты магния.
 - 6) Полное восстановление наблюдается крайне редко, исход заболевания напрямую зависит от лечения, которое хоть и не приводит к значительному уменьшению симптомов, но снижает вероятность прогрессирования заболевания.

Задача № 2.

Студент 18 лет, обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 7 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза. Объективно врачом общего профиля было выявлено: крупно-амплитудный

дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координаторных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен?
- 3) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?

- 6) Принципы терапии?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 9) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**

1) Базальные ганглии, мозжечок.
2) Кольцо Кайзера-Флейшера, обусловлено отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.

3) Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная) форма. Вильсоновский гепатит.

4) Да, показана госпитализация в неврологический стационар.

5) Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмينا в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сибсов (если есть).

6) Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка, гепатопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.

7) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.

8) Да, показано. Санаторно-курортное лечение является важным звеном в комплексной терапии заболевания.

9) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Если лечение начато до появления клинических признаков, то симптомы не возникают, а продолжительность жизни не укорачивается. Если лечение начато после появления неврологических симптомов, то в 20% случаев можно ожидать полной медикаментозной ремиссии, а в 60-70% – частичной.

Задача №3.

Больная 55 лет. Считает себя больной в течение двух лет, когда появились пошатывание при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка

замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезии, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлексy симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила умеренные явления ос-теохондроза межпозвонковых дисков. МРТ головного мозга - без патологических изменений.

Задание:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Чем могут быть вызваны эти нарушения?
- 3)Какие структуры головного мозга вовлечены в патологический процесс?
- 4)Каковы основные направления терапии данного заболевания? **Эталон ответа:**

1)Акинетико-ригидный синдром (синдром паркинсонизма).
2)Причиной развития могут быть болезнь Паркинсона, идиопатический или симптоматический паркинсонизм (сосудистый, постинфекционный, посттравматический, интоксикационный или иной).

3)Подкорковые ядра – черная субстанция и бледный шар.

4)Лечение - индивидуальный подбор противопаркинсонических препаратов из различных групп.

Задача № 4.

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмахистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба. Отец пациента имел схожие симптомы.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
 - 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
 - 3) Нужна ли госпитализация?
 - 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
 - 5) Принципы терапии?
 - 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
 - 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
 - 8) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа**
- 1) Поражение базальных ганглиев.
2) болезнь Паркинсона, смешанная (гипокинетико-дрожательно-ригидная) форма.
3) МРТ, ПЭТ головного мозга, молекулярно-генетическое исследование.

- 4) Госпитализация не обязательна, возможно амбулаторное лечение.
- 5) Стремление к монотерапии. Леводопасодержащие препараты (наком, синемет, мадопар), ингибиторы КОМТ (толкапон, энтакапон), комбинированные пререпереты (сталево), агонисты дофаминовых рецепторов (мирапекс, проноран), ингибиторы МАО В (селегилин), амантадин (мидантан, ПК-мерц), антихолинэргические средства (циклодол, паркопан), симптоматическая терапия.
- 6) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности. Особое значение имеет оценка функциональных возможностей больного в осуществлении двигательных актов. Успешное лечение часто приводит к значительному улучшению состояния больного и иногда – восстановлению трудоспособности. Неуклонное прогрессирование процесса, несмотря на проводимое лечение, ухудшает трудовой прогноз, требует пересмотра индивидуального плана и схемы лечения с целью поиска новых терапевтических возможностей. Выраженный и стабильный двигательный дефект при наличии прогрессивного течения, особенно у больных с прогрессирующей акинезией, указывает на необходимость полного освобождения от работы и интенсификации комплексной терапии в условиях неврологического стационара.
- 7) Санаторно-курортное лечение может иметь терапевтическое значение лишь на ранних этапах патологического процесса при сохранной способности к самообслуживанию. Это лечение, включая физиотерапевтические методы, эффективно лишь в комплексе с основным патогенетическим и симптоматическим лечением.
- 8) Исходы заболевания напрямую зависят от своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода.

Задача № 5.

Больной 58 лет утром жалуется на тремор в кистях рук и ногах, быструю утомляемость, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение начала движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 года. Из анамнеза известно, что состоит на учете в психоневрологическом диспансере, длительное время принимает нейрелептики. При осмотре: мелкоразмахистый тремор в кистях по типу «счета монет», мелкоразмахистый тремор ног, уменьшающийся при движениях, перiorальный тремор, тихая, монотонная речь, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу.

Задание:

- 1) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 4) Принципы терапии?
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение? **Эталон ответа:**
 - 1) Вторичный (лекарственный) паркинсонизм.
 - 2) Госпитализация не обязательна.
 - 3) Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, МРТ головного

мозга.

4) Прекращение приема нейролептиков, витамин Е, витамины группы В, симптоматическая терапия.

5) Нет. 6) Нет.

Тема 7. Нервно-мышечные заболевания. Тестовый контроль Выберите один или несколько правильных ответов

1. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для миопатии?

- а) псевдогипертрофии;
- б) крыловидные лопатки;
- в) осиная талия;
- г) атрофия мышц плечевого и тазового пояса;
- д) стопа Фридрейха;
- е) снижение и исчезновение коленных рефлексов;
- ж) качественные изменения электровозбудимости;
- з) фибриллярные подергивания. Ответ: а-г,е

2. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для неральной амиотрофии Шарко-Мари?

- а) бутылкообразная деформация ног;
- б) псевдогипертрофии;
- в) атрофия мышц плечевого и тазового пояса;
- г) стопа Фридрейха;
- д) фибриллярные подергивания мышц;
- е) крыловидные лопатки;
- ж) снижение коленных и ахилловых рефлексов;
- з) количественные изменения электровозбудимости;
- и) качественные изменения электровозбудимости. Ответ: а,г,д,ж,и

3. Укажите, какие симптомы характерны для прогрессирующей мышечной дистрофии?

- а) снижение тонуса мышц;
- б) креатинурия;
- в) фибриллярные подергивания мышц;
- г) утиная походка;
- д) снижение сухожильных рефлексов;
- е) снижение интеллекта.

Ответ: а,б,г,д

4. Болезнь двигательного нейрона отличается характерной электромиографической картиной, включающей: а) фибрилляции;

- б) F-волны;
- в) нарушенные соматосенсорные потенциалы;
- г) Н-рефлексы;

д) замедленную скорость проведения возбуждения по нерву. Ответ: а

5. При болезни двигательного нейрона специфически повреждаются нейроны:

- а) чувствительные нейроны;
- б) вегетативные нейроны;
- в) центральные двигательные нейроны;
- г) периферические мотонейроны;
- д) вегетативные ганглии;
- е) периферические нервы;
- ж) спиноталамический путь. Ответ: в,г

6. Укажите характерные для болезни двигательного нейрона клинические проявления.

- а) мышечная пластическая гипертония;
- б) фибрилляции;
- в) гипорефлексия глубоких рефлексов;
- г) атрофии;
- д) патологические рефлекс;
- е) бульбарный паралич.

Ответ: б,г-е

7. Укажите, какие симптомы характерны для невральной амиотрофии?

- а) боли по ходу нервных стволов;
- б) фибриллярные подергивания;
- в) атрофия мышц стоп и кистей рук;
- г) гипергидроз;
- д) проводниковые расстройства чувствительности;
- е) синюшность, мраморная окраска конечностей;
- ж) повышение мышечного тонуса.

Ответ: а,в-г

8. Укажите, какие симптомы характерны для семейной спастической параплегии Штрюмпеля?

- а) гиперрефлексия глубоких рефлексов;
- б) динамическая атаксия;
- в) псевдобульбарные симптомы;
- г) спастическая походка;
- д) проводниковые расстройства чувствительности;
- е) повышение мышечного тонуса по пирамидному типу;
- ж) патологические рефлекс Бабинского;
- з) нарушение функции тазовых органов. Ответ: а,г,е,ж

9. Укажите, какие симптомы характерны для наследственной хорей Гентингтона?

- а) нарушение интеллектуальных функций;
- б) гипотония мышц;
- в) нистагм, скандированная речь, интенционное дрожание;
- г) неритмичные непроизвольные движения;
- д) поражение черепных нервов;
- е) апатия, суицидальные попытки;
- ж) спастический тонус в конечностях;
- з) мнестические расстройства. Ответ: а,г,е,з

10. Укажите, какие симптомы характерны для миастении.

- а) нарушение координации движений;
- б) патологическая утомляемость и патологическая мышечная слабость;
- в) птоз, диплопия;
- г) полная наружная офтальмоплегия;
- д) нарушение глотания;
- е) нарушения дыхания;
- ж) сухожильно-надкостничная арефлексия. Ответ: б,е

11. Укажите, какие симптомы характерны для прогрессирующей мышечной дистрофии.

- а) утомляемость ног при ходьбе;
 - б) утиная походка;
 - в) повышенные сухожильные рефлексy;
 - г) крыловидные лопатки;
 - д) поперечная улыбка;
 - е) осиная талия;
 - ж) расстройства чувствительности.
- Ответ: а,б,г-е

12. Какие клинические признаки характерны для нервальной амиотрофии ШаркоМари?

- а) атрофии дистальных отделов ног;
 - б) стопа Фридрейха;
 - в) начало в возрасте 50–60 лет;
 - г) брадикинезия;
 - д) возникновение заболевания в 18–25 лет;
 - е) походка типа степпаж;
 - ж) наследование по аутосомно-доминантному типу;
 - з) снижение и исчезновение сухожильных рефлексов;
 - и) фибриллярные подергивания мышц.
- Ответ: а,б,д-и

13. При нервальной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают:

- а) только вялые парезы ног
- б) только вялые парезы рук

- в) вялые парезы рук и ног
- г) только парезы мышц туловища
- д) парез мышц рук, ног и туловища Ответ: в

14. При миастении у детей наблюдаются следующие вегетативные нарушения:

- а) повышенная потливость
- б) артериальная гипотония
- в) функциональные изменения со стороны сердца
- г) функциональные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта
- д) все перечисленные Ответ: д

15. Для неврологических нарушений при ботулизме характерны все симптомы, кроме:

- а) пареза аккомодации
- б) пареза глазодвигательной мускулатуры
- в) дисфонии, дисфагии, дизартрии
- г) гиперсаливации
- д) миастеноподобных симптомов Ответ: г

16. При сочетании двустороннего птоза со снижением болевой чувствительности и рефлексов на руках в первую очередь следует исключить: а) полиневропатию

- б) внутричерепную опухоль
- в) миастению
- г) интрамедуллярную опухоль шейного отдела
- д) боковой амиотрофический склероз Ответ: г

17. При тетаническом статусе не следует вводить:

- а) транквилизаторы
- б) нейролептики
- в) антиконвульсанты
- г) антихолинэстеразные средства Ответ: г

18. Для лечения холинергического криза не следует назначать:

- а) антихолинэстеразные средства
- б) седативные средства
- в) кардиотоники
- г) спазмолитики
- д) периферические холинолитики Ответ: а

19. Миастенический криз не сопровождается:

- а) пароксизмальным усилением мышечной слабости
- б) угнетением глотания
- в) гиперсаливацией, брадикардией

- г) нарушением витальных функций
- д) всем перечисленным Ответ: а

20. Холинергический криз сопровождается всем перечисленным, кроме:

- а) сужения зрачков, слюнотечения, тошноты, диареи, болей в животе
- б) пароксизмальной мышечной слабости, гипотонии
- в) дрожания и фасцикулярных подергиваний, потливости
- г) головной боли
- д) тахикардии

Ответ: д

Ситуационные задачи

Задача №1.

Мужчина 47 лет начал замечать появление пританцовывающих насильственных движений при ходьбе. К врачу обратился через 6 месяцев по настоянию родственников. Объективно при осмотре врачом общего профиля было выявлено: крупноамплитудные, быстрые, хаотические насильственные движения в конечностях, непроизвольные движения в мимической мускулатуре, языке, обращает на себя внимание снижение интеллекта, конфликтность в поведении. Со слов жены, известно, что отец больного страдал подобным заболеванием.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?

- 5) Принципы терапии?
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

9) Медико-генетический прогноз для сына 23-х и дочери 17-ти лет? **Эталон ответа:**

- 1) Базальные ганглии, кора головного мозга.
- 2) Хорея Гентингтона.
- 3) Да, нужна.
- 4) МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, молекулярногенетическое исследование (Прямая ДНК-диагностика хореи Гентингтона основана на амплификации с помощью ПЦР участка первого экзона гена, содержащего тринуклеотидный CAG-сегмент, с последующим электрофоретическим разделением продуктов амплификации. Наличие мутации диагностируется на основании выявления аномального удлиненного фрагмента ДНК, содержащего увеличенное число CAG-повторов. Выявление «пограничных» аллелей из «зоны неполной пенетрантности» (36-39 CAG-повторов), затрудняющих интерпретацию результатов ДНК-анализа. В случае выявления носительства подобного «пограничного» аллеля сделать однозначное заключение о прогнозе у консультируемого лица не представляется возможным. Такие лица

(как и их дети) должны оставаться в группе «высокого риска» и находиться под постоянным наблюдением врача-нейрогенетика.

5) Симптоматическое лечение, антиглутаматергические средства (мемантин), клоназепам, нейролептики (тиаприд, клозапин).

6) Да, потребуется.

7) Противопоказаний нет.

8) Болезнь медленно прогрессирует, приводя к утрате трудоспособности. Прогноз в отношении жизни нередко неблагоприятный. Нарастающее снижение интеллекта приводит к необходимости посторонней помощи и надзору.

9) Вероятность унаследовать заболевание у детей больного составляет 50%. Т.к. число тринуклеотидных (CAG) повторов в зоне генетического дефекта (короткое плечо 4 хромосомы) у членов одной семьи от поколения к поколению часто увеличивается, возможно более раннее начало и более тяжелое течение заболевания.

Задача №2. Больная 19 лет, поступила в клинику нервных болезней с жалобами на слабость мышц нижних конечностей, быструю утомляемость при ходьбе. Слабость появилась на фоне занятий аэробикой и в течение последних 8 месяцев имеет тенденцию к нарастанию. При неврологическом обследовании выявлена атрофия мышц дистальных отделов нижних конечностей, больше страдают мышцы голени, мелкие мышцы стопы - формируется валюсная установка стоп с высоким сводом, экстензией основных и флексией концевых фаланг пальцев, ротация стоп кнаружи. При ходьбе высоко поднимает ноги (походка «степпаж»). Ахилловы рефлексы не вызываются, коленные рефлексы очень низкие, быстро угасают ($D \approx S$). Отмечается снижение поверхностной чувствительности в дистальных отделах верхних и нижних конечностей по типу «перчаток и носков», парестезии. При игольчатой ЭМГ регистрируются денервационные потенциалы (монофазные потенциалы, фибрилляции и фасцикуляции). Скорости проведения импульса по афферентным и эфферентным волокнам периферических нервов нижних и верхних конечностей снижены. Отмечено удлинение латентности и изменение формы М-потенциала.

Задание:

1) Поставьте диагноз.

2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? **Эталон**

ответа:

1) Невральная амиотрофия (Шарко-Мари). 2) Дифференциальный диагноз с приобретенными полинейропатиями.

Задача №3.

Больной 22 лет поступил с жалобами на ощущение похолодания стоп, похудание ног, больше голеней, в течение последнего года. При осмотре обращает на себя внимание необычная походка больного. Больной ходит, высоко поднимая ноги, впечатление немного «свисающих» при ходьбе стоп, так называемый "степпаж". Также обращает на себя внимание необычная форма стоп, с высоким, укороченным сводом. Со слов больного у отца имеется аналогичное заболевание. При осмотре выявляется легкая слабость тыльных разгибателей стоп, гипотрофия межкостных мышц, мышц-разгибателей и абдукторов стоп, симметричные гипотрофии мышц голеней. Мышечный тонус в ногах несколько снижен.

Выявляется дистальная гипестезия поверхностной чувствительности на ногах, симметрично с двух сторон до уровня средней трети голеней.

Задание:

- 1) Какое заболевание имеет место у пациента?
- 2) С какими заболеваниями его следует дифференцировать?
- 3) Какие методы обследования позволяют подтвердить диагноз? **Эталон ответа:**

1) Невральная амиотрофия.
2) Заболевание следует дифференцировать с прогрессирующими мышечными дистрофиями, полиневритическими синдромами при других заболеваниях, с семейной атаксией Фридрейха.

3) Для подтверждения диагноза необходимо проведение ДНК диагностики, а также электронейромиографии.

Задача №4.

У ребенка через 2 года после рождения появилась и прогрессирует слабость мышц; вначале движения ограничены в ногах, затем в туловище. Слабость симметрично и постепенно охватывает мышцы плечевого пояса, верхних конечностей, шеи. Характерна «лягушачья поза» (ноги разведены и ротированы наружу). Вследствие гипотонии и атрофии мышц развивается синдром «вялого ребенка». Отмечаются фасцикуляции в мышцах конечностей. Экскурсия дыхательных мышц уменьшена. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. На ЭМГ - «ритм частотола». Уровень КФК - нормальный. Летальный исход наступил через 5 лет после начала заболевания из-за пневмонии вследствие пареза межреберных мышц и диафрагмы. **Задание:**

- 1) Поставьте диагноз.
 - 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
 - 3) Какой тип наследования? **Эталон ответа:**
- 1) Спинальная амиотрофия.
2) Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.
3) Аутосомно-рецессивный тип наследования с локализацией дефекта на длинном плече 5 хромосомы.

Задача №5.

Больная 25 лет отмечает, что в течение последних пяти лет стала часто падать, при ходьбе высоко поднимать ноги из-за свисания стоп. С раннего детства отставала в беге и ходьбе от сверстников. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. Неврологический статус: неплотно смыкает веки, отмечаются псевдогипертрофия круговых мышц рта, атрофия межлопаточных мышц (крыловидные лопатки), атрофия мышц плеч, большой грудной мышцы, движения в руках ограничены - руку поднимает до уровня груди, гипотрофия мышц голени, походка со ступажем. Сухожильные рефлексы с рук не вызываются, сухожильные рефлексы на ногах низкие. На ЭМГ с двуглавой мышцы плеча (максимальное усиление) отмечено снижение амплитуды кривой, ее учащение, увеличение количества полифазных потенциалов. Данные изменения подтверждены спектральным анализом поверхностной ЭМГ.

Задание:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какой основной неврологический синдром имеется у больной?
- 3)Основные направления лечения этого заболевания. **Эталон ответа:**
 - 1)Конечностно-поясная форма прогрессирующей мышечной дистрофии (миопатия Эрба-Рота).
 - 2)Основной синдром - миопатический, связан с генетически обусловленным поражением мышечных волокон.
 - 3)Лечение: повторные курсы метаболических, в том числе макроэргических, и сосудистых препаратов, лечебная физкультура, массаж, физиопроцедуры, рациональное трудоустройство.

Тема 8. Наследственные заболевания нервной системы.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. **Клиническая картина миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга, кроме характерных миоклоний и судорожных приступов, включает:** а) пирамидную спастичность
 - б) экстрапирамидную ригидность
 - в) снижение интеллекта
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в) Ответ:д
2. **Миоклонические гиперкинезы при миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга усиливаются:**
 - а) при эмоциональном стрессе
 - б) при внезапных сенсорных раздражениях
 - в) при закрывании глаз
 - г) верно а) и б)
 - д) при всем перечисленном Ответ:д
3. **Патологическая мышечная слабость, «утиная» походка, вставание с корточек «лесенкой», псевдогипертрофия икроножных мышц у мальчиков отмечается при:** а) прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшена,
 - б) спинальной амиотрофии Кугельберга-Велиндера,
 - в) врожденной миотонии Томсена,
 - г) семейном спастическом параличе Штрюмпеля,
 - д) атаксия Фредрейха Ответ: а
4. **При болезни Фридрейха имеет место:**
 - а) рецессивный тип наследования
 - б) доминантный тип наследования
 - в) сцепленный с полом (через X-хромосому)
 - г) все перечисленное Ответ:а

5. Среди спинocereбеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием: а) деформации стопы

- б) дизрафическим статусом
- в) поражением мышцы сердца
- г) снижением или выпадением рефлексов
- д) верно а) и г)
- е) всего перечисленного

6. Мозжечковая атаксия Пьера - Мари отличается от атаксии Фридрейха:

- а) наличием пирамидных патологических симптомов
- б) наличием глазодвигательных нарушений
- в) нарушением походки
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

7. Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно преобладающее поражение следующих спинальных анатомических структур: а) пирамидных путей

- б) мозжечковых путей
- в) клеток передних рогов
- г) задних канатиков спинного мозга
- д) верно а) и в)

8. Характерной чертой нижнего парализа при болезни Штрюмпеля является:

- а) преобладание слабости над спастичностью
- б) преобладание спастичности над слабостью
- в) преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
- г) сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
- д) сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

9. Тип наследственности при спастической семейной параплегии (болезни Штрюмпеля) характеризуется как:

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

10. Тип наследования нейрофиброматоза (болезни Реклингаузена) характеризуется как:

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)

- г) верно а) и б)
- д) неверно все перечисленное Ответ:а

11. Интракраниальный ангиоматоз при синдроме Стерджа - Вебера поражает: а) вещество мозга

- б) твердую оболочку
- в) мягкую оболочку
- г) одинаково часто все перечисленные структуры Ответ:в

12. Для подтверждения интракраниального поражения при энцефалотригеминальном ангиоматозе достаточно произвести: а) электроэнцефалографию

- б) пневмоэнцефалографию
- в) реоэнцефалографию
- г) рентгенокраниографию
- д) транскраниальную доплерографию Ответ:г

13. Тип наследования атаксии-телеангиэктазии (синдром Луи - Бар) характеризуется как:

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) все перечисленное Ответ:б

14. Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков:

- а) округлый череп, готическое небо, синдактилия, гипотония мышц
- б) долихоцефалия, расщепление неба, арахнодактилия, гипертонус мышц
- в) краниостенотический череп, заячья губа, наличие 6-го пальца, хореоатетоз
- г) наблюдается сочетание любых перечисленных признаков Ответ:а

15. Тип наследования при синдроме Шегрена - Ларссена характеризуется как:

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) все перечисленное Ответ:б

16. Достаточными клиническими признаками в диагностике синингомиелии являются:

- а) сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
- б) наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата
- в) прогрессирующая атрофия мышц в участках, соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
- г) нижний спастический парализ
- д) все перечисленное

е) верно а) и б) Ответ:е

17. Для переднероговой формы сирингомиелии характерны:

- а) нарушения проприоцептивной чувствительности
 - б) спастические парезы
 - в) диссоциированный тип нарушений чувствительности
 - г) сенситивная атаксия
 - д) верно в) и г)
 - е) ничего из перечисленного
- Ответ:е

18. Синдром Клиппеля - Фейля характеризуется на рентгенограмме признаками: а) краниостеноза

- б) платибазии
 - в) остеопороза турецкого седла
 - г) выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
 - д) срастанием нескольких шейных позвонков
- Ответ:д

19. Лечение при всех формах спинальных амиотрофий:

- а) строго специфическое
 - б) симптоматическое
 - в) не проводится
 - г) антирезидивное
 - д) только массаж и ЛФК
- Ответ:б

1. Анатомическая область, которая более всего поражается при спинальной амиотрофии Вердинга – Гофмана: а) центральный мотонейрон

- б) мотонейрон переднего рога
 - в) периферический нерв
 - г) задний рог спинного мозга д) боковой рог спинного мозга
- Ответ:б

Ситуационные задачи

Задача №1.

29ти летняя мать привела на осмотр к педиатру своего единственного 6 летнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице. При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексy снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16ти лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Что такое приемы Говерса?
- 3) Тип наследования данного заболевания? Имеет ли значение половая принадлежность больного при подозрении на данное заболевание?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 6) Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?
- 7) Предложите тактику лечения.
- 8) Возможные исходы заболевания?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение? **Эталон ответа:**
- 1) Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна.
- 2) Специфический способ вставания из положения лежа с использованием туловища как опоры для рук, присущий исключительно пациентам с мышечными дистрофиями.
- 3) Х-сцепленный рецессивный. Болеют мальчики и очень редко девочки.
- 4) Госпитализация показана.
- 5) ПЦР ДНК диагностика, при невозможности: ЭНМГ, биохимический анализ крови (КФК), биопсия мышц с гистохимическим анализом.
- 6) Обязательное обследование матери на носительство (ПЦР), если она хочет еще детей.
- 7) Лечение стволовыми клетками или генная инженерия, так как, на сегодняшний день, это мало доступно, в основном лечение симптоматическое.
- 8) При правильном лечебном подходе (своевременно начатая и регулярная лечебная гимнастика по несколько раз в день, психологическая поддержка, правильная профессиональная ориентация, соблюдение диеты с низким содержанием жиров и высоким содержанием белка при оптимальном содержании витаминов и микроэлементов, ортопедические мероприятия) возможно отодвинуть срок наступления обездвиженности на 1-3 года. К сожалению, заболевание быстро прогрессирует и приводит к летальному исходу до 25-летнего возраста. 9) Противопоказаний нет.

Задача №2. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в области груди, надплечья, плече справа, деформацию пальцев кисти. Соматический статус без особенностей. При обследовании больного выявлены деформация кисти по типу «когтистой лапы», в то же время обращала на себя внимание массивность кисти, деформация суставов. На ладонях больного следы зарубцевавшихся от ожогов ран. В невростатусе: ЧМН интактны. Отмечается снижение мышечной силы в правой руке, больше выраженную в проксимальном отделе. Температурная и болевая чувствительность утрачены. Сухожильные рефлексy: повышены справа.

Задание:

Предположите диагноз и дальнейшую тактику обследования больного для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. Синдром Гомееля.
2. МРТ спинного мозга шейно-грудного отдела.

Задача № 3.

Мальчик 11 месяцев жизни, массой 10 кг, болен нейрофиброматозом I типа. Диагноз был поставлен на основании анамнеза - отец и дед ребенка имеют это же заболевание и на основании клинических данных - характерных пигментных пятен типа кофе с молоком. В 10 месяцев жизни у ребенка отмечался приступ генерализованных тонико-клонических судорог, продолжавшихся в течение 2-3 минут, курировавшихся самостоятельно. Ребенок по этому по-воду был госпитализирован в стационар. В первые 3 суток пребывания в стационаре судороги повторялись еще 2 раза. Ребенок был консультирован нейрохирургом. По его рекомендации проводилось ядерномагнитнорезонансное (ЯМР) исследование головного мозга, в результате чего были обнаружены множественные опухолевидные образования в теменвисочной области размером до 0,5-0,6 см. В качестве противосудорожной терапии был назначен вальпроат натрия (депакин). В результате постепенного повышения дозы препарата до 30 мг/кг/сут судороги прекратились. Ребенок был выписан из стационара с рекомендациями продолжать лечение депакином в выше указанной дозе.

Задание:

Поставьте диагноз? **Эталон ответа:**

Нейрофиброматоз. Болезнь Реклингаузена, центральная форма, симптоматическая эпилепсия.

Задача № 4.

Больной 57 лет. Первые симптомы заболевания появились в 45 летнем возрасте, когда стали отмечаться неритмичные, произвольные движения в различных мышечных группах, которые усиливались при волнении и исчезали во сне. В начале болезни временно могла подавлять эти насильственные движения и обслуживать себя. Через несколько лет после начала заболевания присоединились нарушения памяти, сузился круг интересов, снизился интеллект. При осмотре: больная из-за гиперкинеза гримасничает, жестикулирует, широко разбрасывает руки, при ходьбе раскачивается, пританцовывает. Из-за гиперкинеза речевой мускулатуры нарушена речь - она стала медленной и неравномерной. Мышечный тонус - дистоничен. **Задание:**

1) Поставьте диагноз.

2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3) Какой тип наследования? **Эталон ответа:**

1) Хорея Гентингтона.

2) Диагноз уточняется при помощи ДНК диагностики.

3) Аутосомно-доминантный, патологический ген в дистальном отделе короткого плеча хромосомы 4.

Задача № 5.

Больная 38 лет обратилась в клинику нервных болезней с жалобами на безболевого ранения пальцев кистей, длительно сохраняющиеся трофические нарушения, изменения цвета ногтей, их повышенную ломкость. На протяжении 3-4 лет отмечается похудание мышц кистей, незначительная слабость в них. При осмотре: состояние удовлетворительное, черты дизрафического статуса - низкий рост, короткая шея, добавочные шейные ребра,

высокое нёбо. В неврологическом статусе: общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Снижение мышечной силы в кистях до 4,0 баллов. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц обычной живости, равномерные. Сегментарные нарушения поверхностной чувствительности на уровне С4 - С8. Нарушений глубокой чувствительности не выявляется. На МРТ отмечается расширение центрального канала спинного мозга, уменьшение высоты межпозвонковых дисков на шейном уровне, уплощение шейного лордоза. **Задание:**

1)Поставьте диагноз.

2)Чем обусловлено наличие сегментарных нарушений поверхностной чувствительности?

3)Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

1)Сирингомиелия.

2)Сегментарные нарушения чувствительности обусловлены поражением задних рогов спинного мозга. 3)Симптоматическое лечение.

Тема 9. Боковой амиотрофический склероз.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Болезнь двигательного нейрона отличается характерной электромиографической картиной, включающей: а) фибрилляции;

б) F-волны;

в) нарушенные соматосенсорные потенциалы;

г) Н-рефлексы;

д) замедленную скорость проведения возбуждения по нерву. Ответ:а

2. При болезни двигательного нейрона специфически повреждаются нейроны: а) чувствительные нейроны;

б) вегетативные нейроны;

в) центральные двигательные нейроны;

г) периферические мотонейроны;

д) вегетативные ганглии;

е) периферические нервы;

ж) спиноталамический путь. Ответ: в,г

3. Укажите характерные для болезни двигательного нейрона клинические проявления.

а) мышечная пластическая гипертония;

б) фибрилляции;

в) гипорефлексия глубоких рефлексов;

г) атрофии;

д) патологические рефлексы;

е) бульбарный паралич. Ответ:1,2

4. При наследственной болезни острова Гуам синдром бокового

амиотрофического склероза сочетается:

- а) с паркинсонизмом
- б) с деменцией
- в) с амаврозом
- г) со всем перечисленным
- д) верно а) и б) Ответ:б,г,е

5. При боковом амиотрофическом склерозе поражаются все перечисленные образования, кроме:

- а) нейронов передних рогов серого вещества спинного мозга
- б) нейронов боковых рогов серого вещества спинного мозга
- в) пирамидных проводников в боковых канатиках
- г) ядер двигательных черепных нервов
- д) нейронов коры передней центральной извилины Ответ:д

6. Боковой амиотрофический склероз с преимущественным поражением шейного утолщения спинного мозга необходимо дифференцировать: а) с вертеброгенной миелопатией

- б) с переднероговой формой сирингомиелии
- в) с интрамедуллярной опухолью
- г) верно а) и б)
- д) со всем перечисленным Ответ:б

7. Тазовые расстройства не характерны:

- а) для рассеянного склероза
- б) для оливопонтocerebellарной атрофии
- в) для болезни Паркинсона
- г) для бокового амиотрофического склероза
- д) для мультисистемной атрофии
- е) неверно все перечисленное Ответ:д

8. Причиной рефлекторной симпатической дистрофии может являться:

- а) травма мягких тканей
- б) травма периферических нервов
- в) инфаркт миокарда
- г) боковой амиотрофический склероз
- д) верно а), б), в)
- е) все перечисленное Ответ:г

9. Потребность в искусственной вентиляции легких может возникнуть при всех перечисленных неврологических заболеваниях, кроме: а) пароксизмальных миоплегий

- б) полинейропатии Гийена - Барре
- в) бокового амиотрофического склероза
- г) миастении

д) инфаркта каудального отдела продолговатого мозга

Ответ:е

10. Выберите из нижеперечисленных симптомов признаки полного поражения периферического двигательного нейрона: а) дегенеративная мышечная атрофия;

- б) повышение мышечного тонуса;
- в) биоэлектрическое молчание на электромиограмме;
- г) гипотония мышц;
- д) выпадение сухожильных рефлексов. Ответ:а,в,д

11. Выберите из нижеперечисленных симптомов признаки поражения центрального двигательного нейрона:

- а) спастический тонус мышц;
- б) атония мышц;
- в) понижение или отсутствие поверхностных рефлексов;
- г) патологические синкинезии;
- д) клонусы;
- е) гиперрефлексия глубоких рефлексов;
- ж) патологические рефлексы;
- з) отсутствие глубоких рефлексов. Ответ:в,г

12. Болезнь двигательного нейрона отличается характерной электромиографической картиной, включающей: а) фибрилляции;

- б) F-волны;
- в) нарушенные соматосенсорные потенциалы;
- г) Н-рефлексы;
- д) замедленную скорость проведения возбуждения по нерву. Ответ:а

13. При болезни двигательного нейрона специфически повреждаются нейроны: а) чувствительные нейроны;

- б) вегетативные нейроны;
- в) центральные двигательные нейроны;
- г) периферические мотонейроны;
- д) вегетативные ганглии;
- е) периферические нервы;
- ж) спиноталамический путь. Ответ:в,г

14. Укажите характерные для болезни двигательного нейрона клинические проявления:

- а) мышечная пластическая гипертония;
- б) фибрилляции;
- в) гипорефлексия глубоких рефлексов;
- г) атрофии;
- д) патологические рефлексы;

е) бульбарный паралич. Ответ:б,г,е

15. Синдром, характерный для бокового амиотрофического склероза: а)
эпиприпадки

- б) нарушения функций тазовых органов
 - в) амиотрофии с фибрилляциями и гиперрефлексией
 - г) центральные монопарезы
 - д) трофические язвы
- Ответ:в

16. Симптом, характерный для бульбарной формы бокового амиотрофического склероза

- а) нарушения чувствительности
 - б) амблиопия
 - в) дизартрия и дисфагия
 - г) атрофия нижних конечностей
- Ответ:в

17. При боковом амиотрофическом склерозе развивается сочетанное поражение:

- а) передних и задних рогов спинного мозга
 - б) передних рогов и пирамидного пути
 - в) задних рогов и задних столбов спинного мозга
 - г) пирамидного пути и мозжечка
- Ответ:б

18. Боковой амиотрофический склероз чаще развивается в возрасте: а) 20 - 30 лет

- б) 15 - 20 лет
 - в) 50 - 70 лет
 - г) 30 - 40 лет
- Ответ:в

19. Шейно-грудная форма бокового амиотрофического склероза начинается с:

- а) слабости в дистальных отделах рук
 - б) эпиприпадков
 - в) нарушения функций тазовых органов
 - г) атрофии мышц рук
 - д) фасцикуляций
 - е) нарушения функции зрения
- Ответ:а,г,д

20. При боковом амиотрофическом склерозе повреждаются нейроны: а)
чувствительные;

- б) двигательные;
 - в) вегетативные;
 - г) симпатические;
 - д) парасимпатические.
- Ответ:б

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Данные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы. При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение? **Эталон ответа:**

1) Поражение передних рогов спинного мозга на шейном уровне.
2) Невролога.
3) Боковой амиотрофический склероз, шейно-грудная форма.
4) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).

5) Да, в неврологический стационар.
6) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.

7) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет. 8) Да, требуется. 9) Противопоказаний нет.

Задача № 2.

У мужчины 55 лет 2 года назад начали худеть кисти рук (стали велики перчатки), а последнее время заметил «поперхивание» при еде. Обратился в поликлинику и сразу был направлен к неврологу. При неврологическом осмотре: фибриллярные подергивания в языке и верхних конечностях, парез мягкого неба, отсутствие глоточного рефлекса, гипотрофия мышц верхних конечностей. Глубокие рефлексy на руках и ногах высокие,

двухсторонний симптом Бабинского. Нарушений чувствительности нет. Функции тазовых органов не нарушены. **Задание:**

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Эталон ответа:

- 1) Поражение ядер IX, X, XII пар ЧН, передних рогов спинного мозга на шейном уровне, проводящих двигательных путей в боковых канатиках спинного мозга.
- 2) Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.
- 3) Да, в неврологический стационар.
- 4) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).
- 5) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца; психологическая поддержка, симптоматическое лечение.
- 6) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.
- 7) Да, потребуется.
- 8) Противопоказаний нет.

Задача № 3.

У мужчины 69 лет постоянно находящемся в доме для престарелых, из-за болезни Альцгеймера, врачи заметили постепенное развитие слабости во всех конечностях, нарастающую мышечную атрофию, ухудшилась и стала малопонятной речь. Приглашенный на консультацию врач невролог выявил: гипотрофию языка, фибриллярные подергивания в языке, спастический тетрапарез с 2х сторонними патологическими симптомами Бабинского, выраженной гипотрофией мышц, фасцикулярными подергиваниями, симптомы орального автоматизма. **Задание:**

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 4) Предложите тактику лечения.
- 5) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
- 1) Поражение ядер XII пары ЧН, поражение передних рогов спинного мозга и проводящих двигательных путей на разных уровнях.
- 2) Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.
- 3) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при

сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).

4) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца, психологическая поддержка, симптоматическое лечение.

5) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет.

Задача № 4.

Женщина 65 лет предъявляет жалобы на затруднение при глотании, частые поперхивания, слюнотечение, нарушение речи, плаксивость, подергивания в мышцах лица и шеи, затруднение удержания головы. При осмотре: слабость, атрофия и фасцикуляции в мышцах лица, языка, грудинноключично-сосцевидных и трапециевидных мышцах, дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственные эмоции (плач, смех), оживление нижнечелюстного рефлекса и глубоких рефлексов конечностей с обеих сторон. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Обследование?
- 5) Показана ли госпитализация?
- 6) Лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?
- 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 9) Показано ли санаторно-курортное лечение? **Эталон ответа:**

1) Поражение ствола головного мозга.
2) Невролога.
3) Боковой амиотрофический склероз, бульбарная форма.
4) Неврологический осмотр, ЭНМГ (поражение клеток передних рогов при сохранности проведения по периферическим нервам), МРТ шейного отдела спинного мозга, молекулярно-генетический анализ (мутация СОД-1).

5) Да, в неврологический стационар.

6) Эффективного лечения не существует, единственный препарат – рилузол (50 мг 2 раза в день) – ингибитор высвобождения глутамата, увеличивает выживаемость в среднем на 3 месяца. Симптоматическое лечение.

7) 80% больных умирают в течение первых 5 лет, но примерно 10% больных живут дольше 10 лет. Неблагоприятный прогностический признак – вовлечение бульбарных мышц. После появления бульбарных расстройств больные редко живут дольше 1-3 лет. 8) Да, потребуется. 9) Противопоказаний нет.

Задача № 5.

Больной 64 лет. В течение последнего года постепенно появилась гнусавость голоса,

стало трудно выговаривать слова, поперхивается при глотании, с трудом высовывает язык. При поступлении состояние удовлетворительное. В соматическом статусе патологии не выявлено. Неврологический статус: в сознании, ориентирован, речевой контакт затруднен из-за грубой дизартрии. Дисфагия, глоточный рефлекс отсутствует. Выявляются атрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в них. В мышцах плеч и надплечий также определяются фибрилляции. Движения в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы высокие, патологические рефлексы с двух сторон. Чувствительность и координация сохранены. Тазовых нарушений нет. При поясничном проколе получен прозрачный ликвор, который вытекает под нормальным давлением, содержание белка и клеток не увеличено. Блок субарахноидального пространства не обнаружен. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника зафиксировала деформирующий спондилез и остеохондроз межпозвонковых дисков C5 - C7. На глазном дне артерии с признаками умеренного склерозирования. Заключение оториноларинголога: парез мягкого неба и левой половины гортани. На ЭМГ - признаки поражения мотонейронов передних рогов спинного мозга.

Задание:

1)Проведите дифференциальный диагноз.

2)Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

1)Дифференциальный диагноз проводится между боковым амиотрофическим склерозом БАС и синдромом БАС вследствие сосудистой миелопатии.

2)Симптоматическая метаболическая и сосудистая терапия.

Тема 10. Миастения и миастенические синдромы.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. К миастении относятся следующие признаки

- 1) встречается одинаково часто во всех странах мира
- 2) случаи заболевания наблюдаются в эндемичных географических районах
- 3) не является наследственным заболеванием
- 4) тип наследования – аутосомно-доминантный
- 5) тип наследования – аутосомно-рецессивный Ответ: 2,3

2. Перечислите признаки холинэргического криза

- 1) быстрое развитие
- 2) постепенное развитие
- 3) миоз
- 4) мидриаз
- 5) гипергидроз, гиперсаливация
- 6) сухость кожных покровов и слизистых рта
- 7) судороги
- 8) генерализованная мышечная слабость Ответ: 2,3,5,7,8

3. Перечислите признаки миастенического криза

- 1) быстрое развитие
- 2) постепенное развитие

- 3) миоз
- 4) мидриаз
- 5) гипергидроз, гиперсаливация
- 6) сухость кожных покровов и слизистых рта
- 7) дыхательные нарушения
- 8) генерализованная мышечная слабость Ответ: 1,4,6,7,8

4. Для миастении характерны следующие симптомы

- 1) слабость диафрагмы
- 2) отвисающая кисть 3) отвисающая стопа
- 4) слабость глазодвигательных мышц
- 5) дисфагия Ответ: 1,4,5

5. Вероятный диагноз миастении характерен при наличии

- 1) клинической картины миастении
- 2) наличия повышенного титра антител к ацетилхолиновым рецепторам.
- 3) положительного прозеринового теста
- 4) положительного декремент-теста Ответ: 1,3

6. Достоверный диагноз миастении характерен при наличии

- 1) клинической картины миастении
- 2) наличия повышенного титра антител к ацетилхолиновым рецепторам.
- 3) положительного прозеринового теста
- 4) положительного декремент-теста Ответ: 1,2,3,4

7. При глазной форме миастении показано

- 1) назначение АХЭП
- 2) тимэктомия
- 3) иммуносупрессия Ответ: 1,3

8. Для миастении характерна мышечная слабость

- 1) постоянная на одном уровне
- 2) усиливающаяся после нагрузки и в конце дня
- 3) уменьшающаяся после отдыха
- 4) уменьшающаяся после введения АХЭП Ответ: 2,3,4

9. Для миастении характерны следующие признаки электронейромиографии, позволяющие отличить ее от бокового амиотрофического склероза

- 1) наличие признаков денервации и реиннервации
- 2) отсутствие признаков денервации и реиннервации
- 3) снижение амплитуды М-ответа
- 4) нормальные показатели М-ответа
- 5) наличие потенциалов фасцикуляций
- 6) отсутствие потенциалов фасцикуляций Ответ: 2,3,6

10. Для диагностики миастении применяются следующие виды исследований

- 1) биопсия мышц
 - 2) электрокардиография
 - 3) прозериновый тест
 - 4) исследование глазного дна
- Ответ: 3

11. При миастении поражаются 1) клетки передних рогов

- 2) нервно-мышечные синапсы
 - 3) чувствительные ганглии
 - 4) парасимпатические ганглии
 - 5) симпатические цепи
- Ответ: 2

12. Декремент-тест является обязательным методом исследования при уже установленном диагнозе миастении

- 1) да
 - 2) нет
- Ответ: 2

13. Врожденная миастения обусловлена

- 1) попаданием антител к ацетилхолиновым рецепторам через гематоплацентарный барьер от крови матери в кровь ребенка
 - 2) дефектами белков, обеспечивающих нормальную работу нервномышечных синапсов
 - 3) выработкой антител к ацетилхолиновым рецепторам
- Ответ: 2

14. Пациентам с врожденной миастенией показано оперативное лечение

- 1) да
 - 2) нет
- Ответ: 2

15. Неонатальная миастения обусловлена

- 1) попаданием антител к ацетилхолиновым рецепторам через гематоплацентарный барьер от крови матери в кровь ребенка
 - 2) дефектами белков, обеспечивающих нормальную работу нервномышечных синапсов
 - 3) выработкой антител к ацетилхолиновым рецепторам
- Ответ: 1

16. Сомнительный диагноз миастении характерен при наличии

- 1) клинической картины миастении
 - 2) наличия повышенного титра антител к ацетилхолиновым рецепторам.
 - 3) положительного прозеринового теста
 - 4) положительного декремент-теста
- Ответ: 1

17. При постановке диагноза глазной миастении необходимо провести

- 1) исследование ликвора
 - 2) КТ-миелография
 - 3) МРТ головного мозга
- Ответ: 3

18. В пользу миастении свидетельствуют

- 1) различные виды нарушения чувствительности
 - 2) парезы и параличи
 - 3) гипорефлексия
 - 4) нейропатическая боль
 - 5) фасцикулярные подергивания мышц
 - 6) выпадение болевой и температурной чувствительности
- Ответ: 2

19. При недостаточной эффективности АХЭП возможно применение глюкокортикостероидов

- 1) да 2) нет

Ответ: 1

20. Дебют заболевания миастении возможен после 40 лет

- 1) да 2) нет
- Ответ: 1
- Ситуационные задачи**

Задача № 1.

Женщина 27 лет после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век. Обратилась к знакомому неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
 - 2) Нужна ли госпитализация?
 - 3) Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
 - 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
 - 5) Предложите тактику лечения.
 - 6) Возможные исходы заболевания?
 - 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
 - 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- Эталон ответа:**
- 1) Миастения. Глазная форма (класс I).
 - 2) Госпитализация показана.
 - 3) Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринум).
 - 4) ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).
 - 5) Антихолинэстеразные препараты (пролонгированного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.
 - 6) Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации

миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.

7) Потребуется. 8) Противопоказаний нет.

Задача №2.

30ти летняя женщина обратилась к врачу из-за появившегося двоения в глазах. Врач выявил расходящееся косоглазие, правосторонний птоз. Назначил дообследование: проба с введением прозерина клиническую картину не изменила; ЭНМГ без отклонений от нормы. МРТ ангиография: патологии не выявлено. МРТ головного мозга: множественные очаги демиелинизации паравентрикулярно и в области ствола головного мозга. Анализ крови на сахар-4,2 ммоль/л. **Задание:**

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) О каких диагнозах подумал врач, назначив перечисленное обследование?
- 3) Поставьте клинический диагноз по результатам обследования. **Эталон**

ответа:

- 1) Поражение III справа. Очаги в головном мозге по данным МРТ.
- 2) Миастения (глазная форма), аневризма внутренней сонной артерии, диабетическая невропатия III пары ЧН. 3) Рассеянный склероз.

Задача №3.

Пациент 31 года в течение 8 лет лечится с диагнозом гепато-церебральная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). В течение последних двух лет неоднократно нарушал режим приема лекарств в связи с чем возникло существенное ухудшение состояния и доза препарата была повышена до 1500 мг d-пенициллина в день. На этом фоне через несколько месяцев, привычные для пациента симптомы (тремор рук и нарушения речи) существенно улучшились. Но он начал замечать повышенную мышечную утомляемость, стало трудно подниматься по ступенькам из-за слабости в ногах, приседать, с трудом может достать что-то с верхней полки шкафа.

Задание:

- 1) Предположите причину вновь появившихся симптомов.
- 2) Предложите тактику дальнейшего ведения пациента.

Эталон ответ:

- 1) Миастенический синдром лекарственного происхождения (d пенициллин). 2) Уменьшение дозы d пенициллина, назначение солей цинка, унитиола, триентина.

Задача №4.

Пациентка 48 лет страдает генерализованной миастенией (III класс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На этом фоне у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, выросла слабость и появилась выраженная одышка.

Задание:

- 1) Объясните с чем связано ухудшение состояния.
- 2) Поставьте клинический диагноз.

- 3) Предложите тактику лечения.
- 4) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
 - 1) Ухудшение могло быть спровоцировано интеркуррентной инфекцией и приемом аминогликозидных антибиотиков, которые снижают чувствительность постсинаптической мембраны к ацетилхолину.
 - 2) Миастенический криз.
 - 3) Ведение иммуноглобулина или плазмаферез, отмена аминогликозидных антибиотиков и замена их препаратами другой фармакологической группы.
 - 4) Улучшение состояния на фоне лечения, без лечения – возможен летальный исход.

Задача №5.

Больная 19 лет. В течение последнего года стала отмечать опускание век. Через несколько месяцев появились быстрая утомляемость в мышцах рук, особенно при поднятии их вверх, утомляемость в ногах, не могла подниматься по лестнице, во время ходьбы часто отдыхала. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе менингеальных симптомов нет, выявляется мышечная слабость даже при небольшой физической нагрузке (не может несколько раз зажмурить глаза, устает при жевании, с трудом поднимается по лестнице). После физической нагрузки отмечаются мышечная гипотония, угнетение сухожильных рефлексов. Через 15 мин после введения 1,0 мл прозерина больная активна, свободно встает и ходит. При ритмической стимуляционной ЭМГ срединного нерва с частотой импульсов 50 в сек выявляется прогрессирующее снижение амплитуды осцилляций во всех мышечных группах, что более отчетливо видно при компьютерной обработке кривых. Отмечено снижение амплитуды М-ответа на 56% после ритмичной стимуляции.

Задание:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какой основной неврологический синдром имеется у больной?
- 3) Назначьте лечение, какие показания для проведения оперативного лечения?

Эталон ответа:

- 1) Миастения.
- 2) Основной синдром - патологическая утомляемость мышц, связанная с нарушением проведения импульса в синапсе.
- 3) Лечение: антихолинэстеразные и гормональные препараты, при миастеническом кризе – терапия в условиях отделения реанимации. При выявлении тимомы – обсуждение вопроса о хирургическом лечении.

Тема 11. Ботулизм.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Инфекционный полиневрит вызывают:

- а) дифтерия
- б) ботулизм
- в) проказа
- г) все перечисленное

д) верно а) и б) Ответ: в

2. Для неврологических нарушений при ботулизме характерны все симптомы, кроме: а) пареза аккомодации

б) пареза глазодвигательной мускулатуры

в) дисфонии, дисфагии, дизартрии

г) гиперсаливации

д) миастеноподобных симптомов Ответ:г

3. При ботулизме наиболее часто наблюдаются следующие вегетативные симптомы:

а) нарушение реакции зрачков на свет

б) нарушение аккомодации

в) гиперсаливация

г) снижение перистальтики кишечника

д) верно а), б) и в)

е) верно б) и г)

Ответ:е

4. Для поражения ботулиническим токсином не характерны:

а) гастроэнтерит

б) поражение блуждающего, диафрагмального, глазодвигательного нервов в) сухость во рту

г) диссоциация между тахикардией и невысокой температурой

д) гиперсаливация Ответ:д

5. При ботулизме больной погибает от:

1) пневмонии

2) миокардита

3) паралича дыхания

4) почечной недостаточности Ответ:з

6. Первая медицинская помощь при ботулизме:

1) промывание желудка + сифонная клизма

2) борьба с гипертермией

3) искусственная вентиляция легких

4) левомицетин Ответ:1

7. Для больных ботулизмом характерны все перечисленные жалобы, кроме: а) Головной боли

б) Слабости

в) Нарушения зрения

г) Сухости во рту

д) Нарушения глотания Ответ:а

8. При ботулизме отмечаются все перечисленные глазные симптомы, кроме: а) Птоза

- б) Мидриаза, нистагма
 - в) Вялой реакции зрачков на свет, нарушения конвергенции и аккомодации
 - г) Повышения корнеального рефлекса
 - д) Ограничения движения глазных яблок, экзофтальма
- Ответ:г

9. Признаками глоссофарингоневрологических расстройств при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- а) Затруднения при открывании рта, боли при жевании
 - б) Нарушения глотания, вытекание жидкости через нос
 - в) Речи с носовым оттенком, дизартрии
 - г) Осиплости голоса, афонии
 - д) Сухости во рту
- Ответ:а

10. Нарушение иннервации мышц при ботулизме проявляется всем перечисленным, кроме:

- а) Резкой общей слабости
 - б) Нарушением кожной чувствительности
 - в) Слабости и парезов мышц шеи и верхних конечностей
 - г) Недостаточности дыхательных мышц
 - д) Нарушения походки
- Ответ:б

11. В начальном периоде заболевания при ботулизме наблюдается:

- а) Бледность кожных покровов
 - б) Повышение АД
 - в) Тахикардия
 - г) Все перечисленное
 - д) Ничего из перечисленного
- Ответ:г

12. Критериями тяжести заболевания при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- а) Выраженности гастроинтестинального синдрома и глазных симптомов
 - б) Миастенического синдрома
 - в) Нарушения глотания
 - г) Степени острой дыхательной недостаточности
 - д) Гемодинамических нарушений
- Ответ:а

13. Клиническими проявлениями дыхательной недостаточности при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- а) Отсутствия диафрагмального дыхания
- б) Резкого ограничения подвижности межреберной мускулатуры
- в) Исчезновения кашлевого рефлекса

- г) Дизартрии
- д) Учащения дыхания, снижения жизненной емкости легких Ответ:г

14. Основным критерием для перевода больных ботулизмом на искусственную вентиляцию легких является:

- а) Ощущение «недостатка воздуха»
- б) Выраженность одышки и частота дыхания
- в) Показатель жизненной емкости легких
- г) Выраженность глоссофарингоневрологических расстройств
- д) Тахикардия Ответ:в

15. Материалом для лабораторного исследования при ботулизме может быть все перечисленное, кроме: а) Крови

- б) Кала
- в) Мочи
- г) Содержимого желудка
- д) Желчи Ответ:д

16. Основным методом лабораторной диагностики ботулизма является:

- а) Выделение возбудителя от больного
- б) Реакция нейтрализации на животных
- в) Реакция связывания комплемента
- г) Иммуноферментный анализ
- д) ПЦР-диагностика Ответ:б

17. Ботулизм дифференцируют с:

- а) Отравлением беленой
- б) Отравлением ядовитыми грибами
- в) Бульбарной формой полиомиелита
- г) Пищевыми токсикоинфекциями
- д) Со всем перечисленным Ответ:д

18. Лечение больных ботулизмом:

- а) Промывание желудка и очистительная клизма
- б) Антибиотики широкого спектра действия
- в) Дезинтоксикационная терапия
- г) Введение лечебной противоботулинической сыворотки
- д) ИВЛ при дыхательных расстройствах
- е) Все перечисленное Ответ:е

19. Сочетание каких симптомов характерно для ботулизма?

- а) высокая температура, частый жидкий стул;
- б) высокая температура, нарушение сознания;
- в) нарушение зрения, глотания;
- г) судороги мышц, жидкий стул. Ответ:в

- 20. Укажите, какие отделы нервной системы поражаются при ботулизме:** а) кора головного мозга;
б) двигательные ядра продолговатого мозга;
в) периферические нервы;
г) ганглии. Ответ:б

Ситуационные задачи

Задача № 1.

В больницу машиной "скорой помощи" была доставлена больная Н. 22 лет. Общее состояние тяжелое, больная адинамичная. Верхние веки опущены, больная не может без помощи рук открыть глаза. Кожа бледная, с цианотичным оттенком, тонус скелетных мышц снижен, тоны сердца приглушены, экстрасистолия, ЧСС 130 в мин., ЧД 40 в мин., дыхание поверхностное. Накануне употребляла в пищу консервированные огурцы. У других членов семьи наблюдается клиника пищевого отравления, расстройства зрения.

Задание:

1) Сформулируйте предварительный диагноз.

2)План обследования.

3)Лечение. **Эталон ответа:**

1) Ботулизм, офтальмоплегический, миастенический синдромы, тяжелое течение.

2) Общеклиническое исследование крови, мочи. Идентификация ботулотоксина в крови больного (биопроба на белых мышах).

3) Промывание желудка и кишечника раствором соды. Противоботулинические сыворотки А, Е по 10 тыс. ЕД и В – 5 тыс. ЕД в\в с интервалом в 12 часов. Дезинтоксикационная терапия, левомицетин 0,5 4 раза в сутки в течение 5 дней, оксигенотерапия (гипербарическая оксигенация), симптоматическое лечение.

Задача № 2.

Коля Р. 12 лет, вернулся с отдыха с турбазы, где питался жареными грибами, консервами, пил кипяченую воду. При возвращении домой у ребенка появились жалобы на слабость, двоение предметов, сухой кашель, резкое снижение аппетита, тошноту и однократную рвоту, боли в животе. После осмотра участковым педиатром, мальчик был направлен в стационар с диагнозом: «Отравление грибами».

При поступлении в стационар: состояние тяжелое, температура тела 36,7 С, кожные покровы бледные, резкая мышечная слабость. Сухой кашель, появилась осиплость голоса. Аускультативно – дыхание везикулярное, ЧД 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 123. При осмотре зева катаральных явлений нет, небная занавеска слегка провисает. Живот несколько вздут, мягкий, без болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула нет.

Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Отмечается правосторонний птоз, косоглазие.

Задание:

1)Диагноз?

2)Неотложная помощь? **Эталон ответа:**

- 1) Диагноз: Ботулизм, тяжелая форма.
- 2) Неотложная помощь:
 1. Госпитализация в реанимационное отделение.
 2. Введение поливалентной противобулинистической сыворотки в/в или в/м по методу Безредко в лечебной дозе.
 3. При расстройстве дыхания перевод на ИВЛ.
 4. Этиотропная терапия – левомицетин в дозе 25мг/кг/сут в 4 приема.
 5. Дезинтоксикационная терапия: Инфузия, внутрь энтеросорбенты.

Задача № 3.

Больная И., 30 лет, при поступлении в стационар жалуется на сильную сухость во рту, общую слабость, затруднение при глотании сухой пищи, нарушение зрения в виде сетки перед глазами.

Заболела остро 3 дня назад, появились сухость во рту, слабость, вздутие живота. К вечеру возникло двоение и расплывчатость предметов перед глазами. На вторые сутки слабость усилилась, стала ощущать затруднения при глотании твердой пищи. Обратилась к врачу-офтальмологу, срочно была госпитализирована в инфекционный стационар. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Адинамична. Мышечный тонус умеренно снижен. Голос охрипший. Движения глазных яблок умеренно ограничены во все стороны, выявлен мидриаз со снижением зрачковых реакций на свет, нарушены конвергенция и аккомодация. Пульс-78 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/65 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧДД-20 в мин. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Слизистые оболочки ротовой полости суховатые, язык обложен желтоватым налетом. Глотание пищи затруднено. Живот вздут. Печень и селезенка не увеличены. Задержка стула. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные: Кровь: Нв-140г/л, Лц.-8,6х10⁹/л, Лимф.-21%, СОЭ-20 мм/час, глюкоза-3,3 ммоль/л, амилаза-4,2 ммоль/л. Моча: уд.вес-1032, белка нет, лейкоциты -1-2 в п/зр.

Задание:

- 1) Предварительный диагноз.
- 2) Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
- 3) Дифференцируемые заболевания.
- 4) План обследования.
- 5) Лечение. **Эталон ответа:**
 - 1) Ботулизм, средняя тяжесть.
 - 2) Употребляла ли больная в течение последних 10 дней консервированные продукты, вяленую рыбу, окорок, колбасы домашнего приготовления?
- 3) Отравление беленой, метиловым спиртом, грибами, пищевая токсикоинфекция, гипертонический криз, острое нарушение мозгового кровообращения, дифтерия.
- 4) До введения лечебной сыворотки, с целью обнаружения возбудителя ботулизма - посев крови, промывных вод желудка, рвотных масс, пищевых продуктов, вызвавших заболевание. После получения центрифугата или фильтрата из вышеперечисленных веществ, ставится реакция нейтрализации для выявления ботулотоксина. Проводится

биопроба на белых мышах для определения типа токсина.

5. Промывание желудка, кишечника раствором соды. Противоботулинические сыворотки А, Е по 10 тыс. ЕД и В – 5 тыс. ЕД в\в с интервалом в 12 часов. Дезинтоксикационная терапия. Левомецетин 0,5 г 4 раза в сутки в течении 5 дней. Симптоматическое лечение. Ок-сигенотерапия.

Задача № 4.

Больной К., 38 лет, госпитализирован в больницу с жалобами на головную боль, головокружение, общую слабость, "сетку", "туман", двоение предметов перед глазами, ухудшение зрения. В дальнейшем появилось затрудненное глотание, сухость во рту. Накануне больной употреблял в пищу консервированные грибы. Объективно: птоз, миодриаз, анизокория, голос гнусавый, хриплый, речь невыразительная. При аускультации в легких выслушивается жесткое дыхание, ЧД 28 в мин. Тоны сердца приглушены, расширение границ относительной тупости сердца влево, ЧСС 95 в мин., АД 140/95 мм рт. ст.

Задание:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) План обследования.
- 3) Лечение. **Эталон ответа:**

1) Пищевой ботулизм, офтальмоплегический, фоноларингоплегический и фагоплегический синдромы, тяжелое течение.

2) Кровь на реакцию нейтрализации на белых мышах (биопроба).

3) Промывание желудка, кишечника раствором соды. Противоботулинические сыворотки А, Е по 10 тыс. ЕД и В – 5 тыс. ЕД в\в с интервалом в 12 часов. Дезинтоксикационная терапия. Левомецетин 0,5 г 4 раза в сутки в течении 5 дней. Симптоматическое лечение. Оксигенотерапия.

Задача № 5. В инфекционную больницу доставлен больной в тяжелом состоянии. Заболел внезапно: появилась боль в эпигастриальной области, тяжесть в желудке, мышечная слабость. Температура нормальная. Через 5-6 часов присоединились умеренный птоз век, миодриаз, нистагм, стробизм, осиплость голоса. Со стороны внутренних органов: расширение границ сердца, глухость сердечных тонов, брадикардия. Из эпиданамнеза установлено, что 18 часов назад ел копченую колбасу, икру, маринованные грибы. Еще два человека, которые ели эти же продукты, находятся в больнице в тяжелом состоянии с подобными симптомами. **Задание:**

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Назовите возбудителя.
- 3) С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?

Эталон ответа: 1) Ботулизм, офтальмоплегический, миастенический синдромы, тяжелое течение. 2) *Clostridium botulinum*.

3) Пищевые токсикоинфекции, полиомиелит, вирусные энцефалиты, синдром Гийена-Барре, отравления ФОС.

Тема 12. Нарушение сна и бодрствования.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

- 1. Уменьшает глубину сна, в связи с чем применяется при лечении энуреза:**
- а) амитриптилин
 - б) сиднокарб
 - в) пипольфен
 - г) пирацетам
 - д) аминалон Ответ: б
- 2. Препараты, уменьшающие глубину сна, следует давать при энурезе: а) в течение всего дня**
- б) утром и днем
 - в) на ночь
 - г) утром и вечером
 - д) днем Ответ: в
- 3. Для лечения эпилепсии сна целесообразно назначение:**
- а) карбамазепина
 - б) гексамидина
 - в) вальпроевой кислоты
 - г) фенobarбитала Ответ: а
- 4. К редким синдромам энцефалита Экономо относят:**
- а) глазодвигательные расстройства
 - б) патологические стопные знаки
 - в) нарушения сна
 - г) вегетативные расстройства Ответ: б
- 5. Приступ пароксизмальной миоплегии при гипокалиемической форме болезни Вестфала - Шахновича обычно возникает: а) во время тяжелой физической нагрузки**
- б) сразу после тяжелой физической нагрузки
 - в) в состоянии полного покоя днем
 - г) во время ночного сна
 - д) во всех перечисленных состояниях Ответ: г
- 6. Приступ миоплегии при гиперкалиемической (болезнь Гармсторпа) и нормокалиемической форме (болезнь Посканцера и Керра) возникает: а) во время тяжелой физической нагрузки**
- б) во время отдыха после физической нагрузки
 - в) в состоянии покоя днем
 - г) во время ночного сна
 - д) верно а) и г)
 - е) верно б) и в) Ответ: е

7. Припадки эпилепсии чаще возникают ночью (эпилепсия сна) при локализации эпилептического очага:

- а) в правой лобной доле
- б) в левой лобной доле
- в) в правой височной доле
- г) в левой височной доле
- д) одинаково часто при любой локализации Ответ:в

8. Проявлению эпилептической активности на ЭЭГ способствуют:

- а) ритмическая фотостимуляция
- б) гипервентиляция
- в) депривация (лишение) сна
- г) сонная активация
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б) Ответ:д

9. Нарушение засыпания является наиболее частой формой диссомнических расстройств при следующих неврозах: а) неврастении

- б) неврозе навязчивых состояний
- в) истерии
- г) невротической депрессии Ответ:а

10. Признаки начальной стадии сна (дремота) по ЭЭГ:

- а) альфа-ритм замещается тета-волнами, могут регистрироваться острые вертексные волны
- б) доминируют тета-волны, и появляются сонные веретёна и К- комплексы
- в) высокоамплитудные дельта-колебания Ответ:а

11. Признаки второй стадии медленного сна (неглубокий сон) по ЭЭГ:

- а) высокоамплитудные дельта-колебания
- б) доминируют тета-волны и появляются сонные веретёна и К - комплексы
- в) регистрируются острые вертексные волны, изредка наблюдается гипнагогическая гиперсинхрония Ответ:б

12. Признаки третьей и четвертой стадий медленного сна по ЭЭГ:

- а) регистрируются острые вертексные волны, изредка наблюдается гипнагогическая гиперсинхрония
- б) доминируют тета-волны и появляются сонные веретёна и К- комплексы
- в) высокоамплитудные дельта-колебания Ответ:в

13. Ночные страхи и снохождение чаще всего отмечают:

- а) в первую стадию медленного сна
- б) в фазу быстрого сна
- в) в четвёртую стадию медленного сна Ответ:в

14. Возникновение сонных веретен связано с активностью нейронов:

- а) таламического ретикулярного ядра
 - б) гиппокампа
 - в) коры полушарий
- Ответ: а

15. Возникновение остроконечных пульсирующих волн связано с активностью нейронов:

- а) коры полушарий
 - б) гиппокампа
 - в) ядер таламуса
- Ответ: б

16. Появление высокочастотной электрической активности, называемой «рябью», вызвано:

- а) синхронной активностью корковых нейронов
 - б) изменением активности нейронов таламического ретикулярного ядра
 - в) реактивацией нейронов, которые были активны в предшествующий сну период бодрствования
- Ответ: в

17. Признаки пятой стадии сна по ЭЭГ:

- а) высокоамплитудные дельта-колебания
 - б) ЭЭГ десинхронна, появляются колебания альфа- и бета-диапазона, пилообразные волны
 - в) доминируют тета-волны и появляются сонные веретена и К- комплексы
- Ответ: б

18. Понто-геникуло-окципитальные волны регистрируются:

- а) в ходе четвертой стадии
 - б) в ходе пятой стадии
 - в) в ходе второй стадии
- Ответ: б

19. Возникновение понто-геникуло-окципитальных волн связано:

- а) с изменением активности ядер таламуса
 - б) с интенсивной синхронной вспышечной активностью структур ствола мозга
 - в) с изменением активности таламического ретикулярного ядра
- Ответ: б

20. Продолжительность сна у взрослых, новорожденных и пожилых людей составляет:

- а) 6-8, 12-16, 4-6 часов
 - б) 6-8, 4-6, 12-16 часов
 - в) 12-16, 6-8, 4-6 часов
- Ответ: а

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной 44 года врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением,

принимал амитриптилин доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

Вопросы:

- 1) Назовите описанный синдром и симптомы.
- 2) Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
- 3) Рекомендуемое лечение.

Эталон ответа:

- 1) Астено-депрессивный, инсомния, астения.
- 2) психологические, шкала Гамильтона
- 3) ремерон, паксил, ноотропы

Задача № 2.

Пациентка 25 лет обратилась к психиатру для решения вопроса обследования по поводу своего состояния. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали.

Пациентку беспокоят: сниженное настроение, тревога, беспокойство. Больная стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные обязанности, появилась трудность засыпания.

Вопросы:

- 1) Назовите описанный синдром и симптомы.
 - 2) Рекомендуемое лечение. **Эталон ответа:**
- 1) депрессивный, инсомния, астения, 2) антидепрессанты с седативным эффектом

Задача № 3.

Больная 45 лет, врач-педиатр. В течение 2-х месяцев жалуется на пониженное настроение с суточными колебаниями в тяжести симптомов, ранние утренние пробуждения, снижение аппетита со снижением веса. У пациентки выявляется повышенная плаксивость и психомоторная заторможенность. Испытывает сонливость в течение дня, утратила интерес к тому, что раньше было для неё приятным. Пациентка признается, что временами появляются мысли о самоубийстве, хотя конкретных планов у неё нет и, как человек верующий, считает это большим грехом, вряд ли решится покончить с собой. Пациентка говорит, что стала больше посещать церковь, чтобы облегчить свое состояние, но мало помогало. Пробовала употреблять алкоголь, но, испугавшись привыкания, бросила.

Вопросы:

- 1) Назовите описанный синдром и симптомы.
 - 2) Рекомендуемое лечение. **Эталон ответа:**
- 1) астенический, астения, инсомния, сомато-вегетативные.
 - 2) антидепрессанты, ноотропы,

Задача № 4. Больная 54 года, наследственность не отягощена, без вредных привычек. После известия о трагической смерти сына в автокатастрофе внезапно ощутила

резкую слабость в ногах, в течение часа не могла говорить, не понимала, что с ней происходит. На приёме жалобы на подавленное, безрадостное настроение, тоску, мучительные воспоминания о случившемся, нарушения сна, отсутствие аппетита, потерю веса за последний месяц на 10 кг.

Вопросы:

Какие симптомы описаны?

Каковы лечебные рекомендации? **Эталон ответа:**

1)депрессивный, инсомния, астения, 2)антидепрессанты с седативным эффектом

Задача № 5.

Студент медицинского университета, по ночам работает медицинским братом в бригаде «скорой помощи», помогает матери-инвалиду воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон, плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено. **Вопросы:**

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?

2) Требуется ли госпитализация?

3) Объясните, с чем связаны жалобы пациента.

4) Предложите меры профилактики и тактику лечения. Какие немедикаментозные методы лечения можно предложить? **Эталон ответа:**

1) Астенический невроз. Синдром вегетативной дисфункции (перманентное течение).

2) Госпитализация не показана.

3) Жалобы пациента могут быть связаны с неблагоприятным сочетанием двух факторов: конституциональной вегетативной дисфункции и факторов внешней среды (недостаток отдыха, хроническое эмоциональное напряжение)

4) Нормализация режима труда и отдыха. Прогулки, водные процедуры, занятия физкультурой, аутотренинг. Магний В6. При необходимости короткий курс транквилизаторов.

Тема 13. Неврологические расстройства при алкоголизме и наркомании.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Для I-й стадии хронического алкоголизма не характерны:

а) утрата количественного контроля потребляемого алкоголя

б) развитие толерантности к алкоголю

в) зависимость алкогольных эксцессов от ситуационных факторов

г) появление психического влечения к алкоголю

д) развитие абстинентного синдрома **Ответ: д**

2. Для II-й стадии хронического алкоголизма наиболее важным признаком является:

- а) развитие толерантности к алкоголю
 - б) формирование абстинентного синдрома
 - в) развитие астено-невротического симптомокомплекса
 - г) появление соматических осложнений
- Ответ: б

3. Для III-й стадии хронического алкоголизма характерны следующие признаки, кроме:

- а) снижения толерантности к алкоголю
 - б) снижения психического влечения
 - в) психоэмоционального подъема после приема алкоголя
 - г) истинных запоев
 - д) появления рвоты при похмелье
- Ответ: в

4. Развитие эпилептических припадков при хроническом алкоголизме наблюдают:

- а) на I-й стадии
 - б) на II-й стадии
 - в) на III-й стадии
 - г) одинаково вероятно на всех стадиях
- Ответ: б

5. Наиболее частым соматическим осложнением хронического алкоголизма является:

- а) гастрит
 - б) язвенная болезнь желудка
 - в) энтероколит
 - г) гепатит
 - д) цирроз печени
- Ответ: а

6. Энцефалопатия Гайе - Вернике характеризуется следующими неврологическими симптомами, за исключением:

- а) глазодвигательных нарушений
 - б) атаксии
 - в) гемипареза
 - г) тремора
 - д) хореоатетоза
- Ответ: в

7. Корсаковский синдром проявляется следующими психическими симптомами, за исключением:

- а) амнезии
 - б) конфабуляции
 - в) дезориентированности во времени
 - г) бредовых идей
- Ответ: г

8. К сенсibiliзирующей терапии алкоголизма относится применение следующих препаратов, за исключением:

- а) анаприлина
 - б) трихопола
 - в) эметина
 - г) тетурама
- Ответ: а

9. Морфиноподобное действие оказывают все перечисленные наркотические вещества, кроме:

- а) промедола
 - б) опия
 - в) пантопона
 - г) кодеина
 - д) марихуаны
- Ответ: д

10. Наиболее частым побочным действием морфиноподобных препаратов, вводимых в терапевтических дозах, является:

- а) угнетение всех фаз дыхательной деятельности
 - б) тахикардия
 - в) снижение артериального давления
 - г) тошнота и рвота
 - д) затруднение мочеиспускания
- Ответ: г

11. Морфинная абстиненция характеризуется следующими психическими симптомами:

- а) беспокойством
 - б) тревогой
 - в) слезливостью
 - г) депрессией
 - д) верно а) и б)
 - е) верно в) и г)
- Ответ: д

12. Вегетативные проявления морфинной абстиненции включают следующие симптомы, за исключением:

- а) повышения артериального давления
 - б) повышения потоотделения
 - в) снижения температуры тела
 - г) кишечных дискинезий
 - д) слезотечения и насморка
- Ответ: в

13. Длительное злоупотребление продуктами индийской конопли (гашиш, марихуана, маконха, дага, анаша) приводит: а) к полинейропатии

- б) к тикам
 - в) к хореоатетозу
 - г) к деменции
 - д) к судорожным припадкам
- Ответ: г

14. Соматовегетативные нарушения при отравлении продуктами индийской конопли проявляются:

- а) артериальной гипертензией и брадикардией
- б) артериальной гипотензией и тахикардией

- в) повышением сухожильных рефлексов
- г) снижением сухожильных рефлексов
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в) Ответ: в

15. При применении высоких доз барбитуратов не бывает:

- а) подавления психических функций
- б) нарушения координации движений
- в) психомоторного возбуждения
- г) угнетения дыхания Ответ: в

16. Укажите симптомы, характерные для алкогольной полиневропатии:

- а) проксимальные парезы конечностей;
- б) проводниковые расстройства чувствительности;
- в) дистальные парезы конечностей;
- г) парестезии и боли в конечностях;
- д) болезненность нервных стволов;
- е) поражение блуждающего и диафрагмального нервов;
- ж) дистальный тип нарушения чувствительности;
- з) психические расстройства.

Ответ: в,г,ж

17. Укажите основные проявления алкогольной полиневропатии:

- а) проксимальные парезы конечностей;
- б) дистальные парезы конечностей;
- в) парестезии и боли в конечностях;
- г) аксональный тип нарушения на электронейромиографии (ЭНМГ);
- д) проводниковые расстройства чувствительности;
- е) демиелинизирующий тип нарушения на ЭНМГ;
- ж) дистальный тип нарушения чувствительности;
- з) психические расстройства. Ответ: б-г,ж

18. В основе неврологических нарушений при алкоголизме лежат все перечисленные механизмы, кроме:

- а) токсических и деструктивных процессов, обусловленных токсическими эффектами этанола
- б) повышения внутричерепного давления
- в) гидроцефалического синдрома
- г) воспалительных процессов в головном и спинном мозгу Ответ: г

19. Для нарушений сна при алкоголизме характерным является все перечисленное, кроме:

- а) раннего пробуждения
- б) бессонницы, сочетающейся с астенией, аффективной неустойчивостью
- в) сохранения чувства сна при отсутствии чувства отдыха после сна

г) затрудненного засыпания Ответ: г

20. Вегето-сосудистая дистония при алкоголизме проявляется всем перечисленным, кроме:

- а) повышенной сонливости
- б) гипергидроза
- в) лабильности пульса и артериального давления
- г) повышенной раздражительности
- д) быстрой утомляемости Ответ: а

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больная 48 лет находилась на лечении в стационаре по поводу алкогольной полинейропатии нижних конечностей, куда была госпитализирована из-за невозможности самостоятельно передвигаться, вследствие развившегося пареза в ногах (преимущественно в дистальных отделах). После перевода больной на амбулаторный этап лечения у пациентки сохраняется парез в стопах до 3 баллов, гипестезия до нижней трети голеней, ахилловы рефлекс не вызываются, коленные рефлекс значительно снижены.

Задания:

- 1) Предложите наиболее эффективное медикаментозное лечение.
- 2) Какие методы не медикаментозной терапии можно использовать для лечения?
- 3) Консультации, каких специалистов могут вам понадобиться? 4) Предложите план профилактических мероприятий.

5) Возможные исходы заболевания? Эталон ответа:

- 1) Бенфотиамин (жирорастворимое производное тиамин) или комбинированный препарат витаминов группы В (мильгамма), препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин, нейромидин)
- 2) ФТЛ, лечебная физкультура
- 3) Консультация гастроэнтеролога, кардиолога, нарколога.
- 4) Отказ от алкоголя.
- 5) а) Полное восстановление функций, б) частичная утрата функций с сохранением пареза в ногах

Задача № 2.

35 летний мужчина, нигде не работающий, обратился в приемное отделение больницы. Жалуется на нарушение походки: наступает на наружный край стоп, не может удержать равновесие и часто падает. Рассказал, что длительно злоупотреблял алкоголем и эфедроном, который изготавливал дома и вводил внутривенно. При неврологическом осмотре выявлено: гипомимия, брадикинезия, дистония стоп, постуральные нарушения. МРТ. На МРТ выявлены области «свечения» в подкорковых ядрах.

Задание:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.

- 3) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**
- 1) Паркинсонический синдром и дистонический гиперкинез.
 - 2) Хроническая марганцевая интоксикация (марганцевый паркинсонизм).
- 3) Тетацин-кальций, унитиол, витамины группы В.

Задача № 3.

Мужчина 43 лет, доставлен в стационар в бессознательном состоянии из дома. Со слов родственников: длительное время злоупотребляет алкоголем. Последнее время стал эмоционально неустойчив (вспышки эйфории, чувства тревоги сменяются апатией, вялостью), периодически бывал дезориентирован, временно не узнавал родственников, сегодня возник судорожный припадок. Была вызвана скорая помощь, по прибытии которой пациент был возбужден, вырывался, пытался бежать, был агрессивен настроен на осмотр. Обращал на себя внимание тремор рук, атаксия. После чего стал заторможен, сонлив. При обследовании: неопятен, кожа желтушная, множественные петехиальные кровоизлияния. На вопросы не отвечает, на боль реагирует неkoordinированными реакциями, сухожильные рефлексы низкие, выраженные рефлексы орального автоматизма, симптом Бабинского с обеих сторон, менингеальных знаков нет.

Задание:

- 1) Тип нарушения сознания?
 - 2) Помощь на месте?
 - 3) Действия врача скорой помощи?
 - 4) Дообследование?
 - 5) Клинический диагноз?
 - 6) Лечение в стационаре? **Эталон ответа:**
- 1) Кома 1 степени (умеренная).
 - 2) Предупреждение травм и аспирации: повернуть на бок, удалить зубные протезы, ослабить воротник и пояс.
 - 3) Контроль за функцией дыхания, АД, ЧСС, при необходимости – введение препаратов для коррекции АД, ЧСС, интубация.
 - 4) Клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование крови на уровень глюкозы, электролитов, молочной кислоты, кетонов, функции печени и поджелудочной железы, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, КТ головного мозга, консультация невролога.
 - 5) Хроническая печеночная недостаточность, декомпенсация состояния. Дисметаболическая энцефалопатия, судорожный синдром. Дисметаболическая (печеночная) кома.
 - 6) Обеспечение витальных функций, лечение основного заболевания, детоксикационная терапия, поддержание водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия.

Задача № 4.

Больной 27 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, боль в икроножных мышцах, онемение стоп, нарушение походки. В последние пять лет ежедневно выпивает по 500 мл водки. При обследовании: резкое снижение мышечной силы в стопах; гипотония, гипотрофия икроножных мышц. Рефлексы с ахилловых сухожилий не вызываются,

коленные – угнетены. Гипестезия в дистальных отделах ног. Снижена вибрационная чувствительность в стопах. **Задания:**

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
- 3) Какие обследования можно провести для уточнения диагноза?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо провести?
- 5) План лечения?

Эталон ответа:

- 1) Множественное поражение нервов нижних конечностей.
- 2) Алкогольная полинейропатия, с преимущественным поражением нижних конечностей (моторно-сенсорная)
- 3) Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ билирубин, глюкоза). При необходимости УЗИ печени, поджелудочной железы. ЭНМГ.
- 4) Нарколог, гастроэнтеролог.
- 5) Полный отказ от алкоголя и обеспечение адекватной богатой витаминами диетой. Парентеральное введение тиамина, и других витаминов группы В, с последующим переходом на прием внутрь, прием фолиевой кислоты. Коррекция дефицита магния (магне-В6). При сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфалипоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. Антиконвульсанты и антидепрессанты для купирования боли. При выраженном парезе препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин), ФТЛ, физические упражнения.

Задача № 5. Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении - состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без особенностей. Активные движения в конечностях в полном объеме, выявляется снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц кистей, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу перчаток и носков. Анализы крови и мочи без патологии. При поясничном проколе получен прозрачный бесцветный ликвор, вытекающий под нормальным давлением. Содержание клеток и белка не увеличено. При ЭМГ с икроножной мышцы получен денервационный тип кривой.

Задания:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какой основной клинический синдром выявляется у больного?
- 3)Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

- 1)Алкогольная полинейропатия.
- 2)Основной синдром - полинейропатический.
- 3)Лечение - прекращение приема алкоголя, дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия (большие дозы витаминов группы В), метаболическая и сосудистая терапия.

Тема 14. Дегенеративные заболевания с когнитивными нарушениями.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Болезнь Альцгеймера относится к группе дегенеративных заболеваний головного мозга развивается:

- а) в молодом возрасте
 - б) проявляется агнозией, апраксией, афазией
 - в) проявляется центральным гемипарезом
 - г) часто сопровождается эпилептическими припадками
- Ответ:б

2. Обязательными признаками деменции являются:

- а) нарушение памяти
 - б) расстройство сознания
 - в) нарушение нескольких когнитивных функций
 - г) необратимый характер когнитивных нарушений
 - д) органическое поражение головного мозга
- Ответ:а

3. Основные методы диагностики болезни Альцгеймера:

- а) МРТ головного мозга
 - б) транскраниальная доплерография
 - в) нейропсихологическое обследование
 - г) эхоэнцефалоскопия
 - д) электромиография
- Ответ:д

4. Патогенетические механизмы дисциркуляторной энцефалопатии:

- а) хроническая ишемия головного мозга
 - б) повторные острые нарушения мозгового кровообращения
 - в) наследственная дегенерация нейронов
 - г) нарушение продукции цереброспинальной жидкости
 - д) повышение внутричерепного давления
- Ответ:г

5. Проявление начальной стадии болезни Альцгеймера:

- а) моторная афазия
 - б) нарушение памяти на текущие события
 - в) недержание мочи
 - г) недостаточность номинативной функции речи (трудности называния предметов)
 - д) нарушение походки
- Ответ:б

6. Для болезни Альцгеймера характерны:

- а) прогрессирующее нарушение памяти
- б) расстройства праксиса и гнозиса
- в) амнестическая афазия
- г) мозжечковая атаксия

д) гемианопсия Ответ:б

7. Для сосудистой деменции типичны:

- а) инсульт в анамнезе
- б) псевдобульбарный синдром
- в) тремор головы
- г) апраксия ходьбы
- д) корсаковский синдром Ответ:в

8. Для дисциркуляторной энцефалопатии III стадии характерны:

- а) вертикальный парез взора
- б) деменция
- в) недержание мочи
- г) скандированная речь
- д) псевдобульбарный синдром Ответ:в

9. Причины деменции:

- а) дегенеративные заболевания головного мозга
- б) повторные инсульты
- в) ревматоидный полиартрит
- г) сирингомиелия
- д) дефицит витамина В12 Ответ:в

10. В терапии болезни Альцгеймера эффективны:

- а) ацетилхолинергические
- б) дофаминергические
- в) глутаматергические
- г) серотонинергические
- д) норадренергические средства Ответ:д

11. В патофизиологии болезни Альцгеймера наиболее важную роль играет:

- а) дофаминергическая недостаточность
- б) серотонинергическая недостаточность
- в) ацетилхолинергическая недостаточность
- г) норадренергическая недостаточность
- д) норадренергическая активация Ответ:б

12. Самая частая причина деменции:

- а) болезнь Альцгеймера
- б) сосудистая деменция
- в) рассеянный склероз
- г) болезнь Паркинсона
- д) болезнь Генингтона Ответ:г

13. Причины обратимой деменции:

- а) травматическая внутричерепная гематома
 - б) нормотензивная гидроцефалия
 - в) дефицит витамина В12
 - г) болезнь Альцгеймера
 - д) фронто-темпоральная деменция
- Ответ:а

14. Необратимые деменции:

- а) хорея Гентингтона
 - б) болезнь Вильсона-Коновалова
 - в) деменция с тельцами Леви
 - г) опухоль головного мозга
 - д) болезнь Паркинсона
- Ответ:д

15. Деменция при болезни Паркинсона:

- а) возникает на ранних стадиях заболевания
- б) связана с приемом агонистов дофаминергических рецепторов
- в) проявляется нарушениями памяти, внимания и замедленностью мышления
- г) чаще отмечается в молодом возрасте
- д) характеризуется отсутствием первичных нарушений праксиса, гнозиса и речи

Ответ:б

16. Для лечения гиперкинетической формы хореи Гентингтона применяют:

- а) дофасодержащие препараты
 - б) нейролептики
 - в) холинолитики
 - г) агонисты дофамина
- Ответ:б

17. Тип наследования при хорее Гентингтона характеризуется как:

- а) аутосомно-доминантный
 - б) аутосомно-рецессивный
 - в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
 - г) все перечисленное
- Ответ:а

18. Клиническая картина типичной хореи Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает:

- а) пластическую экстрапирамидную ригидность
 - б) симптом "зубчатого колеса"
 - в) акинезию
 - г) гипомимию
 - д) деменцию
- Ответ:д

19. Нейрохимические изменения в подкорковых ядрах при болезни Паркинсона характеризуются следующими изменениями моноаминов мозга: а) уменьшением дофамина

- б) увеличением содержания ацетилхолина

- в) снижением содержания норадреналина
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в) Ответ:г

20. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами:

- а) хореоатетодным
- б) акинетико-ригидным
- в) вестибуломозжечковым
- г) денторубральным
- д) гиперэксплексией

Ответ:б

Ситуационные задачи Задача № 1.

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала “пропавшие” вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания. **Вопросы:**

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации? **Эталон ответа:**

1)Прогрессирующая амнезия, цефалгия, бред ущерба, разорванность мышления, амнестическая дезориентировка.

2)Тотальное слабоумие.

3)Пресенильный вариант болезни Альцгеймера.

4)Генетическая предрасположенность. 5)Компенсирующая, защитная, противовоспалительная и поведенческая терапия.

Задача № 2.

Больная Т. Заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла или не находила различные вещи. Испытывала затруднения в счёте денег. Постепенно нарастала беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Имеется ли логоклония?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Эталон ответа:

- 1) Прогрессирующая амнезия, апраксия, аграфия.
- 2) Болезнь Альцгеймера с ранним началом.
- 3) Не известно. В описании она не отражена.
- 4) Неблагоприятный. 5) Церебролизин, акатинол-мемантин.

Задача № 3.

Больная 72 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвертую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации? **Эталон ответа:**

- 1) Апраксия, аграфия, слабоумие.
- 2) Тотальная деменция.
- 3) Болезнь Альцгеймера.
- 4) Генетические факторы. 5) Церебролизин, индометацин, амиридин.

Задача № 4.

Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива. При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлекс-автоматизмы.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитации? **Эталон ответа:**
- 1) ЦВБ. ХНМК. Сосудистая деменция, (необходим дифференциальный диагноз с болезнью Альцгеймера).
- 2) Госпитализация не показана.
- 3) МРТ головного мозга.
- 4) Мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин), дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг. Эрготерапия, нейропсихологический тренинг.

Задача № 5.

Больная Т. Заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла или не находила различные вещи. Испытывала затруднения в счёте денег. Постепенно нарастала беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Имеется ли логоклония?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение. **Эталон ответа:**

- 1) Прогрессирующая амнезия, апраксия, аграфия.
- 2) Болезнь Альцгеймера с ранним началом.
- 3) Не известно. В описании она не отражена.
- 4) Неблагоприятный.
- 5) Церебролизин, акатинол-мемантин.

Тема 15. Нейрокожные синдромы.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Синоним нейрофиброматоза:

- а) болезнь Реклингхаузена
- б) злокачественное лентиго
- в) симметричная аденома сальных желез **Ответ: а**

2. К каким формам встречается нейрофиброматоз:

- а) редкий и частый
- б) главный и второстепенный
- в) центральный и периферический **Ответ: в**

3. Основной признак нейрофиброматоза I типа:

- а) пятна кофейного цвета на коже
- б) сосудистые пятна
- в) очаговое поредение волос **Ответ: а**

4. Что включает триада при туберозном склерозе:

- а) поражения кожи, глаз и ногтей
- б) поражения кожи, эпилепсия и ониходистрофии
- в) поражения кожи, эпилепсия и умственная отсталость **Ответ: в**

5. Синоним синдрома Стерджа – Вебера – Крабе:

- а) эпилоя
 - б) ангиоматоз энцефалотригеминальный
 - в) болезнь Прингля – Бурвеля
- Ответ: б

6. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки:

- а) атропина
 - б) прозерина
 - в) ацетилхолина
 - г) пилокарпина
 - д) галантамина
- Ответ: а

7. Клиническими признаками нейропатии наружного кожного нерва бедра являются:

- а) снижение коленного рефлекса
 - б) гипестезия по наружной передней поверхности бедра
 - в) гипестезия по наружной задней поверхности бедра
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
- Ответ: б

8. Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны:

- а) побледнение кожных покровов
 - б) понижение температуры конечности
 - в) гипергидроз
 - г) отек конечности
 - д) все перечисленное
 - е) верно а), б) и г)
- Ответ: д

9. Для синдрома поражения звездчатого узла характерны:

- а) жгучие боли в области шеи, руки и нижней трети лица
 - б) нарушения ритма сердечных сокращений
 - в) нарушения трофики кожи шеи, руки и лица на стороне поражения
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и в)
- Ответ: г

10. Для сочетанного травматического повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв, характерно:

- а) отечность дистальных отделов конечности
- б) гиперемия дистальных отделов конечности

- в) понижение кожной температуры конечности
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б) Ответ: д

11. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки: а) атропина

- б) прозерина
- в) ацетилхолина
- г) пилокарпина
- д) галантамина

Ответ: а

12. Сопутствующими симптомами гипогликемической комы являются:

- а) сухость кожных покровов
- б) влажность кожных покровов
- в) снижение артериального давления
- г) повышение артериального давления
- д) верно б) и в)
- е) верно а) и г)

Ответ: д

13. Первичными признаками туберозного склероза являются все перечисленные, кроме:

- а) ангиофибромы лица
- б) множественные околоногтевые фибромы
- в) кортикальные туберсы
- г) субэпендимальные узлы или гигантоклеточная
- д) множественные субэпендимальные кальцинаты, проминирующие в желудочки
- е) множественные астроцитомы почек
- ж) повышение артериального давления

Ответ: ж

14. При поражении кожно-мышечного нерва отмечается:

- а) снижение карпорадиального рефлекса
- б) ослабление сгибания предплечья
- в) снижение сгибательно-локтевого рефлекса
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в) Ответ: д

15. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для ганглионитов?

- а) герпетические экссудативные кожные высыпания;
- б) тетрапарез;
- в) ограниченные периферические парезы мышц;

- г) корешковые боли;
д) расстройства всех видов чувствительности соответствующих дерматомов. Ответ:

а,г,д

16. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:

- а) папулезной сыпи
б) телеангиэктазий
в) "кофейных" пятен
г) витилиго
д) розеолезной сыпи Ответ: в

17. Туберозный склероз наследуется по:

- а) аутосомно-доминантному типу
б) аутосомно-рецессивному типу
в) сцепленному с полом Ответ: а

18. Перечислите основные клинические признаки факоматозов:

- а) Изменения кожных покровов
б) Поражение нервной системы
в) Поражение глаз
г) Поражение костной системы
д) Поражение эндокринной системы
е) Поражение внутренних органов Ответ: а,б,г,д,е

19. Какие из перечисленных форм наследственных заболеваний относятся к факоматозам?

- а) Нейрофиброматоз Реклингхаузена
б) Семейная атаксия Фридрейха
в) Семейная спастическая параплегия Штрюмпеля
г). Туберозный склероз Бурневиля
д) Плечелопаточная миодистрофия Ландузи-Дежерина
е) Энцефалотригеминальный ангиоматоз Штурге-Вебера
ж) Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна
з) Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тутта Ответ: а,г,е

20. Наиболее типичными нарушениями в головном мозге при туберозном склерозе являются:

- а) Корковые туберсы (гамартомы)
б) субэпендимальные узлы
в) очаги демелинизации
г) рубцовые изменения Ответ: а,б

Ситуационные задачи

Задача № 1.

С первых дней жизни у пациентки в области левой половины лица обнаружилось пятно красного цвета, оно медленно увеличивается в размерах.

Последнее время заметила появление высыпаний красноватого цвета в области левой груди и наружной поверхности левого плеча.

При осмотре: в области иннервации 1-й и 2-й ветвей тройничного нерва капиллярнокавернозный невус (пламенеющий невус) в виде рассеянных очажков ярко-красного цвета, местами узелков не переходящих среднюю линию лица. В процесс вовлечены веки и слизистая нижней губы.

На коже в области левой груди эритематозное пятно, образованное телеангиэктатически расширенными сосудами. Небольшие эритематозные пятна в области наружной поверхности левого плеча и предплечья.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз?
- 2) Дальнейшая тактика ведения пациентки?
- 3) Рекомендуемые методы обследования?
- 4) Методы лечения? **Эталон ответа:**

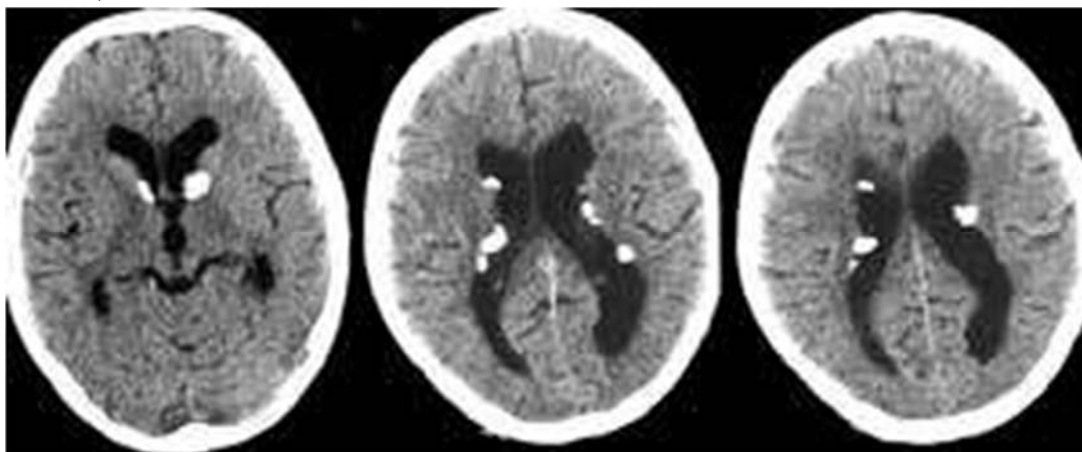
1) Синдром Стерджа-Вебера-Краббе
2) Пациенты с подобными проявлениями подлежат углубленному обследованию с привлечением офтальмологов и невропатологов.

3) Ангиологическое обследование сосудов головного мозга, компьютерная томограмма или магнитно-резонансная томография головного мозга для раннего выявления возможной патологии.

4) В лечении этого врожденного ангиоматоза с успехом применяются методы лазерной терапии.

Задача № 2. Больной К. 9 лет. Жалобы на наличие миоклонических судорожных припадков, задержку психоречевого развития. Кожа бледно-розовая, на лице, руках — туберозные бугорки. Печень +2 см, селезенка не пальпируется; в правой половине живота определяется образование. По данным РКТ головного мозга обнаружены субэпендимальные кальцинаты с четкими контурами и признаки внутренней гидроцефалии

При проведении РКТ и УЗИ почек визуализируются двусторонние солидные опухоли размером до 82х90х126мм. (ангиомиолипома — по данным гистологического исследования).



Вопросы:

Сформулируйте предварительный диагноз?

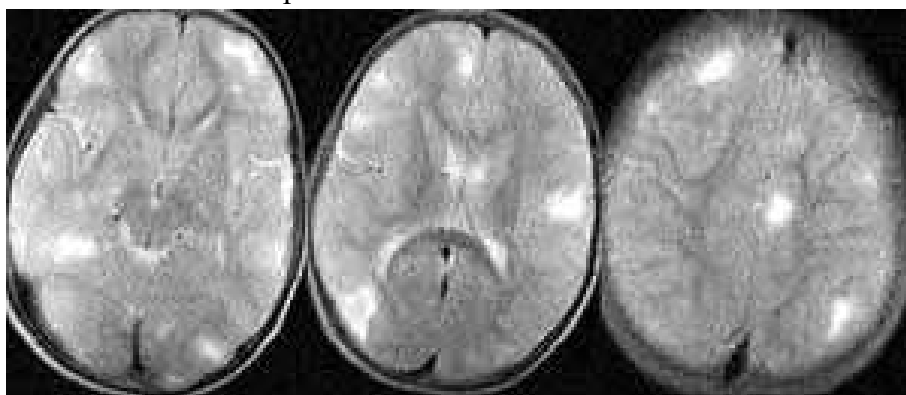
Эталон ответа:

Туберозный склероз

Задача № 3.

Больной У. 4 года. При поступлении жалобы на судорожные приступы, умственную отсталость, глубокую задержку психоречевого развития. Судороги кивательные, 1-2 серии в день. Ребенок ходит; СПР D<S, высокие. На теле выявлены депигментированные пятна размером до 12 мм. При проведении краниальной МРТ определяются очаги гиперинтенсивные в T2W и изогипоинтенсивные в T1W, расположенные преимущественно кортикально и субкортикально. Субэпендимальные очаги явно не визуализируются, возможно, вследствие кальцинации

МР-томограммы головного мозга, T2-взвешенные изображения. Выявляются множественные очаги гиперинтенсивные в T2W.



Вопросы:

Сформулируйте клинический диагноз?

Эталон ответа:

Туберозный склероз

Задача № 4.

Больная С., 1971 г.р., работает медсестрой в поликлинике. Была направлена на консультацию с диагнозом: «Розацеа, папуло-пустулезная форма». Пациентка предъявляла жалобы на высыпания на коже лица, которые беспокоили её на протяжении 5 лет, обращалась к врачам-дерматологам и лечилась по поводу розацеа без особого эффекта. Отмечает эпилептические припадки с 13-летнего возраста. При обращении в областной диагностический центр пациентке была проведена электроэнцефалография: выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности нейронов головного мозга, умеренное снижение их функциональной активности. Фокальные изменения. Очаговое преобладание в диапазоне тета-ритма в височной доле слева. Компьютерная томография головного мозга: киста прозрачной перегородки. В левой почке выявлены множественные ангиомиолипомы.

При дерматологическом осмотре на носу и прилегающих участках щек множественные ангиофибромы в виде папул и небольших узлов красно-розового цвета. На пятом пальце левой стопы, в области живота и на волосистой части головы видны ангиофибромы красно-розового цвета милиарно-лентикулярного характера. **Вопросы:**

1) Сформулируйте клинический диагноз?

2) Дальнейшая тактика ведения пациентки? **Эталон ответа:**

1) Туберозный склероз: ангиофибромы лица, туловища, волосистой части головы, V пальца левой стопы. Криптогенная эпилепсия. Ангиомиолипомы левой почки. Эктимия правой почки по поводу гамартом

2) наблюдение невролога, дерматолога, онколога, психиатра, невропатолога, терапевта, поэтапная лазерная деструкция ангиофибром на лице (онколог, косметолог)

Задача № 5. Больной П., 18 лет, обратился на прием с жалобами на постепенно прогрессирующее расстройство равновесия, в том числе при ходьбе, метеозависимые головные боли с кризовым течением (ликвородинамические кризы), а также последние три года — приступообразные насильственные повороты головы и глаз влево на фоне сохранного сознания без падений и ретроградной амнезии, частота которых постепенно нарастала в течение последних 2 лет.

Из анамнеза известно, что с ранних детских лет у ребенка отмечались множественные пятна гиперпигментации цвета кофе с молоком: на переднебоковой поверхности живота слева крупное пятно (25×19 см) с четкими неровными контурами, мелкие пятна переменных размеров на спине и конечностях (более 10), которые игнорировались при диспансерном наблюдении ребенка у участкового педиатра и дерматолога по месту жительства ребенка. Со слов отца пациента, отмечена тенденция к увеличению числа и размеров пятен гиперпигментации в течение последних 2–3 лет.

КТ головного мозга: на серии контрольных компьютерных томограмм головного мозга на фоне локального дефекта мозгового вещества в проекции верхнего червя мозжечка определялись небольшие опухоли, расположенные по периферии. Кроме того, имеется микропетрификат справа. Обращает на себя внимание наличие дополнительных изменений в веществе мозга: в проекции моста, в подкорковых узлах с двух сторон, а также в проекции корковых отделов височной доли.

Вопросы:

1) Сформулируйте диагноз?

2) Дальнейшая тактика ведения пациента?

Эталон ответа:

1) Нейрофиброматоз 1-го типа (болезнь Реклингхаузена) с наличием дизэмбриопластической нейроэпителиальной опухоли (или кортикальной дисплазии) в левой височной области. Астроцитомы мозжечка

2) Стероидная терапия по схеме, контрольная МРТ головного мозга с контрастированием с оптимальной толщиной МРТ-срезов 1 мм, максимальной — 5 мм через 6 мес., а также повторная консультация нейрохирурга через полгода.

Тема 16. Врожденные аномалии. Сирингомиелия.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Арахноидит мостомозжечкового угла следует дифференцировать:

а) от невриномы VIII нерва

б) от арахноидэндотелиомы задней черепной ямки

в) от сирингобульбии

- г) от всего перечисленного
- д) верно а) и б) Ответ:д

2. Боковой амиотрофический склероз с преимущественным поражением шейного утолщения спинного мозга необходимо дифференцировать: а) с вертеброгенной миелопатией

- б) с переднероговой формой синингомиелии
- в) с интрамедуллярной опухолью
- г) верно а) и б)
- д) со всем перечисленным Ответ:д

3. Достаточными клиническими признаками в диагностике синингомиелии являются:

- а) сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
- б) наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата
- в) прогрессирующая атрофия мышц в участках, соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
- г) нижний спастический парализ
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б) Ответ:е

4. Для переднероговой формы синингомиелии характерны:

- а) нарушения проприоцептивной чувствительности
- б) спастические парезы
- в) диссоциированный тип нарушений чувствительности
- г) сенситивная атаксия
- д) верно в) и г)
- е) ничего из перечисленного Ответ:е

5. Синдром Клиппеля - Фейля характеризуется на рентгенограмме признаками: а) краниостеноза

- б) платибазии
- в) остеопороза турецкого седла
- г) выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
- д) срастанием нескольких шейных позвонков Ответ:д

6. Аномалией Арнольда - Киари называется патология, при которой имеется:

- а) сращение шейных позвонков
- б) сращение 1-го шейного позвонка с затылочной костью
- в) смещение вниз миндалин мозжечка
- г) расщепление дужки 1-го шейного позвонка
- д) все перечисленное Ответ:в

7. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди - Уолкера являются: а) вентрикулография

- б) компьютерная томография мозга
- в) миелография
- г) рентгенография кранио-вертебрального перехода
- д) все перечисленные
- е) верно а) и б) Ответ:е

8. Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием: а) деформации стопы

- б) дизрафическим статусом
- в) поражением мышцы сердца
- г) снижением или выпадением рефлексов
- д) верно а) и г)
- е) всего перечисленного Ответ:е

9. Мозжечковая атаксия Пьера - Мари отличается от атаксии Фридрейха:

- а) наличием пирамидных патологических симптомов
- б) наличием глазодвигательных нарушений
- в) нарушением походки
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в) Ответ:г

10. Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно преобладающее поражение следующих спинальных анатомических структур: а) пирамидных путей

- б) мозжечковых путей
- в) клеток передних рогов
- г) задних канатиков спинного мозга
- д) верно а) и в) Ответ:а

11. Характерной чертой нижнего парापареза при болезни Штрюмпеля является:

- а) преобладание слабости над спастичностью
- б) преобладание спастичности над слабостью
- в) преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
- г) сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
- д) сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией Ответ:б

12. Тип наследственности при спастической семейной параплегии (болезни Штрюмпеля) характеризуется как: а)аутосомно-доминантный

- б)аутосомно-рецессивный
- в)рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г)все перечисленное
- д)верно а) и б) Ответ:д

13. Нейрофибромы при болезни Реклингаузена могут локализоваться:

- а) по ходу периферических нервов
 - б) в спинномозговом канале по ходу корешков
 - в) интракраниально по ходу черепных нервов
 - г) на любом из указанных участков
- Ответ:г

14. Тип наследования болезни Реклингаузена характеризуется как:

- а) аутосомно-доминантный
 - б) аутосомно-рецессивный
 - в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
 - г) верно а) и б)
 - д) неверно все перечисленное
- Ответ:а

15. Интракраниальный ангиоматоз при синдроме Стерджа - Вебера поражает: а) вещество мозга

- б) твердую оболочку
 - в) мягкую оболочку
 - г) одинаково часто все перечисленные структуры
- Ответ:в

16. Для подтверждения интракраниального поражения при энцефалотригеминальном ангиоматозе достаточно произвести: а) электроэнцефалографию

- б) пневмоэнцефалографию
 - в) реоэнцефалографию
 - г) рентгенокраниографию
 - д) транскраниальную доплерографию
- Ответ:г

17. Тип наследования атаксии-телеангиэктазии (синдром Луи - Бар) характеризуется как:

- а) аутосомно-доминантный
 - б) аутосомно-рецессивный
 - в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
 - г) все перечисленное
- Ответ:б

18. Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков:

- а) округлый череп, готическое небо, синдактилия, гипотония мышц
 - б) долихоцефалия, расщепление неба, арахнодактилия, гипертонус мышц
 - в) краниостенотический череп, заячья губа, наличие 6-го пальца, хореоатетоз
 - г) наблюдается сочетание любых перечисленных признаков
- Ответ:а

19. Диссоциированные нарушения чувствительности по сегментарному типу при синрингомиелии характеризуются:

- а) выпадением глубокой при сохранности болевой

- б) выпадением болевой при сохранности температурной
 - в) выпадением только болевой при сохранности глубокой
 - г) сохранностью болевой при выпадении температурной
 - д) сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной
- Ответ: д

20. Достаточными клиническими признаками в диагностике синингомиелии являются:

- а) сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
 - б) наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата
 - в) прогрессирующая атрофия мышц в участках, соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
 - г) нижний спастический парализ
 - д) все перечисленное
 - е) верно а) и б)
- Ответ: е

Ситуационные задачи

Задача № 1. В отделение поступил ребенок возраст 7 месяцев, жалобы со слов мамы на ежедневные судорожные припадки, отставание в физическом и психическом развитии.

Из анамнеза: родился в 43 недели, с весом 3900г. Окружность головки 36 см. Кости черепа были плотными, швы закрыты, большой родничок уменьшен в размерах до 1-1,5 см. В 2 месяца у ребенка замечено сходящееся косоглазие, стал часто срыгивать. В 3 месячном возрасте впервые наблюдался генерализованный судорожный припадок, постепенно припадки стали ежедневными.

Объективно: на осмотр реагирует негативно, плачет. Форма черепа башенная, швы и роднички закрыты. Фиксация взгляда кратковременная. Головку держит плохо. Глазные щели S=D, сходящееся косоглазие, экзофтальм, положительный симптом Грефе. Вызывается рефлекс Моро. Рефлекс Ландау отсутствует. Повышен симметричный шейный тонический рефлекс. Парезов и параличей не выявлено.

Окулист: на глазном дне - застой в венах сетчатки и перипапиллярный отек.

На рентгенограммах черепа выявляется заращение швов и родничков, истончение костей свода черепа; резко выражены пальцевидные вдавления, усилен сосудистый рисунок.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, вытекал под давлением до 300 мм. вод. ст., белок - 0,2‰, цитоз - 15/3 лимфоциты. **Вопросы:**

- 1) Поставить клинический диагноз.
 - 2) Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
 - 3) Какие врожденные патологии приводят к данному состоянию?
- Эталон**

ответа:

- 1) Краниостеноз, гидроцефалия. 2) МРТ головного мозга.
- 3) мальформация Арнольда-Киари 1 вследствие затруднения оттока ликвора из IV желудочка, мальформация Арнольда-Киари 2 в сочетании с менингомиелоцеле или без нее, первичный стеноз водопровода мозга, вторичный стеноз водопровода мозга вследствие глиоза как результат внутриутроб-

ной инфекции, мальформация Денди-Уокера (атрезия отверстия Люшка или Можанди), редкие генетические наследственные аномалии, связанные с X-хромосомой.

Задача № 2.

Больная 38 лет обратилась в клинику нервных болезней с жалобами на безболевого ранения пальцев кистей, длительно сохраняющиеся трофические нарушения, изменения цвета ногтей, их повышенную ломкость. На протяжении 3-4 лет отмечается похудание мышц кистей, незначительная слабость в них. При осмотре: состояние удовлетворительное, черты дизрафического статуса - низкий рост, короткая шея, добавочные шейные ребра, высокое нёбо. В неврологическом статусе: общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Снижение мышечной силы в кистях до 4,0 баллов. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц обычной живости, равномерные. Сегментарные нарушения поверхностной чувствительности на уровне С4 - С8. Нарушений глубокой чувствительности не выявляется. На МРТ отмечается расширение центрального канала спинного мозга, уменьшение высоты межпозвонковых дисков на шейном уровне, уплощение шейного лордоза.

Вопросы:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Чем обусловлено наличие сегментарных нарушений поверхностной чувствительности?

3)Назначьте лечение. Эталон ответа:

- 1)Сирингомиелия.
- 2)Сегментарные нарушения чувствительности обусловлены поражением задних рогов спинного мозга.
- 3)Симптоматическое лечение.

Задача № 3. В отделение поступил ребенок 8 месяцев, жалобы со стороны мамы ребенок плохо держит голову, не сидит, не ползает. Переворачивается с живота на спину.

Объективно: окружность головы 52 см. Б. родничок 3,5х3,5см. не напряжен, м. родничок 0,5х0,5см. Лямбдовидный и сагиттальный швы черепа не закрыты, высокий лоб, выражены лобные и теменные бугры. Вены на лице расширены. Глаза широко расставлены, глазные щели S=D, симптом Грефе, сходящееся косоглазие. Ребенок отстает в умственном и физическом развитии. Спастический тетрапарез с клонусами стоп и коленных чашечек.

Спонтанный симптом Бабинского. Симптом Кернига под углом 130° с обеих сторон.

На рентгенограмме черепа - истончение костей черепа, расширены швы черепа. Турецкое седло деформировано, спинка турецкого седла остеопорозная.

Вопросы:

- 1) Топический диагноз.
- 2) Какие врожденные патологии приводят к данному состоянию? **Эталон ответа:**

- 1) Нарастающая гидроцефалия.
- 2) Врожденная патология приводящая к гидроцефалии:
 - мальформация Арнольда-Киари 1 вследствие затруднения оттока ликвора из IV желудочка,
 - мальформация Арнольда-Киари 2 в сочетании с менингомиелоцеле или без

нее,

- первичный стеноз водопровода мозга,
- вторичный стеноз водопровода мозга вследствие глиоза как результат внутриутробной инфекции,
- мальформация Денди-Уокера (атрезия отверстия Люшка или Можанди),
- редкие генетические наследственные аномалии, связанные с X-хромосомой.

Задача № 4.

Пациент К. 15 лет, который обратился на прием к невропатологу с жалобами на онемение рук. Кроме того, отмечал периодические головные боли в области затылка, усиливающиеся при кашле и наклоне вниз. Для уточнения характера изменений был направлен на МРТ шейного отдела позвоночника.



На МР-томограммах спинной мозг в зоне сканирования с чёткими ровными контурами, при этом на уровне C5-C7 и Th2-Th3 позвонков выявляются интрамедуллярные кистовидные расширения центрального канала, с чёткими ровными контурами, располагающиеся центрально, размерами 4х6х23 мм и 6х6х24 мм, соответственно. Отмечается пролабирование миндалин мозжечка до 7 мм в большое затылочное отверстие.

Вопросы:

1) Сформулируйте диагноз?

2) дальнейшая тактика ведения пациента? **Эталон ответа:**

1) Аномалия Арнольда-Киари I, сирингомиелические кисты

2) Консультация нейрохирурга

Задача № 5.

Пациент Х., 1 год 8 месяцев. Жалобы: на грубую задержку психомоторного развития, периодические приступы беспокойства с рвотой, респираторные пароксизмы при плаче.

Анамнез заболевания: До августа 2012г. со слов мамы ребенок ползал, сидел (но не садился), с игрушками играл. Затем в августе 2012г. (11мес) перенес ОРВИ с подъемом температуры тела, выраженной вялостью, отказом от двигательной активности (перестал сидеть, ползать, брать в руки предметы) госпитализирован в стационар, где при проведении НСГ и КТ ГМ диагностирована гидроцефалия. Нейроинфекции не подтвердились.

Неврологический статус: Сознание ясное, положение вынужденное, обусловлено центральным тетрапарезом. Череп гидроцефальной формы, окружность головы 53 см, ЧМН интактны. Глазные щели D=S. Глазные яблоки правильной формы; движения в полном объеме; нистагма нет. Зрачки округлой формы, равны, фотореакция на свет живая. Лицо: симметричное. Девиации языка нет. Нарушение речи – говорит 5-7 слов. Бульбарные расстройства: изредка поперхивается (со слов матери), респираторные пароксизмы при плаче. Сухожильные рефлексы с рук высокие D=S. Коленные рефлексы: S=D высокие. Мышечный тонус повышен в руках и ногах Мышечная сила снижена в руках и ногах до 3 б. Менингеальная симптоматика отсутствует. Нарушения функции тазовых органов отсутствуют. Опора с поддержкой на носочки очень слабая, шаговые движения единичные, не ползает, не сидит. Самостоятельно поворачивается на бок из положения на спине, переворачивается с живота на спину (редко). Пытается удержать вложенную в руку игрушку.

МРТ головного мозга с фазоконтрастными методами исследования с контрастированием и груднопоясничного отдела позвоночника под наркозом - МР-признаки кистозного образования ствола головного мозга, внутренняя асимметричная окклюзионная гидроцефалия, сирингомиелия шейного отдела спинного мозга, МР-признаки наиболее вероятно сирингомиелической кисты на уровне сегмента Th9.

Вопросы:

1)Сформулируйте диагноз?

2)Определите дальнейшую тактику? **Эталон ответа:**

1)Диагноз: Сирингобульбия, сирингомиелия шейного и грудного отдела позвоночника, внутренняя окклюзионная гидроцефалия, гидроцефально-гипертензионный синдром, субкомпенсация, Органическое поражение ЦНС. Центральный тетрапарез. 2) Хирургическое лечение

17. Неврологические расстройства при соматических заболеваниях и беременности.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Особенностью проявлений различных синдромов поражения нервной системы при заболеваниях печени является:

- а) острое начало и молниеносное течение
- б) острое начало со стабильным неврологическим дефицитом в последующие годы
- в) постепенное начало заболевания с неуклонно прогрессирующим течением
- г) постепенное начало заболевания с ремиттирующим течением неврологических проявлений
- д) острое начало и практическое полное выздоровление без рецидивов **Ответ:г**

2. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются:

- а) экстрапирамидные нарушения
- б) нарушения психики

- в) неврастенический синдром
- г) полинейропатия Ответ:в

3. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается:

- а) энцефалопатия
- б) миелопатия
- в) полирадикулонейропатия
- г) множественная нейропатия Ответ:а

4. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени наступает:

- а) деменция
- б) атаксия
- в) хореоатетодный гиперкинез
- г) дизартрия
- д) все перечисленное
- е) верно б) и в) Ответ:д

5. Типичным параклиническим признаком портосистемной энцефалопатии (с портальной гипертензией) является:

- а) повышение уровня церулоплазмينا в крови
- б) повышение выведения меди с мочой
- в) повышение концентрации аммиака в крови
- г) понижение концентрации аммиака в крови
- д) верно а) и б) Ответ:в

6. При лечении печеночной энцефалопатии с портальной гипертензией (портосистемная форма) средствами первого выбора являются: а) глюкокортикоидные препараты

- б) ограничение введения белка с пищей
- в) неадсорбируемые антибиотики
- г) экстракорпоральная гемосорбция
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в) Ответ:е

7. Основным причинным фактором развития полинейропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта является дефицит:

- а) белка
- б) жиров
- в) углеводов
- г) витаминов B1 и B12
- д) верно а) и г)
- е) все перечисленное Ответ:д

8. Наиболее частыми проявлениями полинейропатии при заболеваниях

желудочнокишечного тракта являются: а) двигательные нарушения

- б) чувствительные нарушения
- в) вегетативно-трофические нарушения
- г) все перечисленные
- д) верно б) и в) Ответ:д

9. Для синдрома фуникулярного миелоза характерно:

- а) сенситивная атаксия
- б) пирамидная недостаточность
- в) вялые парезы ног
- г) полинейропатия
- д) все перечисленное
- е) все перечисленное, кроме в) Ответ:д

10. Развитие фуникулярного миелоза обусловлено нарушением метаболизма: а) витамина В12

- б) витамина В1
- в) фолиевой кислоты
- г) всего перечисленного Ответ:а

11. Наиболее частыми клиническими проявлениями фуникулярного миелоза являются:

- а) мозжечковая атаксия
- б) сенситивная атаксия
- в) нижний спастический парапарез
- г) нижний вялый парапарез
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в) Ответ:е

12. Наиболее часто при фуникулярном миелозе встречается триада симптомов:

- а) парестезии, нарушение глубокой чувствительности, парез нижних конечностей
 - б) офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей, расстройства функций тазовых органов
 - в) нарушение глубокой чувствительности, расстройства сфинктеров, вялый парез нижних конечностей
 - г) корсаковский синдром, сенсорная и моторная полинейропатия
 - д) все перечисленное неверно
- Ответ:а

13. Для заболеваний почек с симптомами хронической почечной недостаточности наиболее характерны следующие синдромы поражения нервной системы: а) сенсо-моторная полинейропатия

- б) хроническая ренальная энцефалопатия
- в) уремическая кома

- г) острое нарушение мозгового кровообращения
 - д) верно а) и б)
 - е) верно в) и г)
- Ответ: д

14. При лечении печеночной энцефалопатии без портальной гипертензии средствами первого выбора являются:

- а) неадсорбируемые антибиотики
 - б) кортикостероидные препараты
 - в) экстракорпоральная гемосорбция
 - г) ограничение потребления белка
 - д) верно а) и г)
 - е) верно б) и в)
- Ответ: е

15. Для уремической полинейропатии не характерны:

- а) дистальные сенсорные нарушения
 - б) моторные нарушения с выраженными вялыми парезами
 - в) сенсо-моторные нарушения
 - г) преобладание нарушений в нижних конечностях
- Ответ: б

16. Наибольшая эффективность патогенетического и симптоматического лечения неврологических осложнений хронической почечной недостаточности обеспечивается:

- а) при гемодиализе
 - б) при пересадке почки
 - в) при компенсации метаболического ацидоза
 - г) при непрерывной гипотензивной терапии
 - д) верно а) и б)
 - е) верно в) и г)
- Ответ: д

17. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические осложнения обусловлены развитием:

- а) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
 - б) гипоксической гипоксии
 - в) анемической гипоксии
 - г) метаболической гипоксии
 - д) комбинированной гипоксии
- Ответ: б

18. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием:

- а) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
- б) гипоксической гипоксии
- в) анемической гипоксии
- г) метаболической гипоксии

д) комбинированной гипоксии Ответ:д

19. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является:

- а) полинейропатия
- б) миелопатия
- в) энцефалопатия
- г) менингит
- д) все перечисленное Ответ:г

20. При хронических заболеваниях бронхов и легких, осложненных эмфиземой, наиболее характерны явления энцефалопатии: а) с преобладанием очаговой симптоматики

- б) с преобладанием общемозговой симптоматики
 - в) с повышением внутричерепного давления и затруднением венозного оттока
 - г) с преобладанием мозжечковой симптоматики
 - д) верно а) и г)
 - е) верно б) и в)
- Ответ:е

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Женщина 25-ти лет обратилась к врачу в связи с жалобами на повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение и ощущение нехватки воздуха. Поводом обращения послужил приступ, накануне вечером. Приступу предшествовала тревога и головная боль, а затем развился ознобоподобный тремор, сердцебиение (ЧСС-110 в 1 мин.), похолодание конечностей, повысилось АД до 150/90 мм.рт.ст., возник страх смерти. Приступ продолжался около часа. Обследование выявило небольшую асимметрию АД, акрогипергидроз и акрогипотермию. ЭКГ в пределах нормы. Неврологический статус без особенностей.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

- 1) Синдром вегетативной дисфункции. Паническая атака.
- 2) Госпитализация не нужна.

3) Приступ купируется транквилизаторами (бензодиазепины), бета-блокаторами (анаприлин). Нормализация режима труда и отдыха, ЛФК, ФТЛ, при необходимости антидепрессанты на курсовой прием.

Задача № 2.

Женщина 72 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. Пациентка обратилась к участковому терапевту с

жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. При осмотре: суставы стоп деформированы, больше справа, кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены.

Задания:

- 1) Поставьте синдромальный и топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Предложите план обследования?
- 4) Нужны ли консультации каких-либо специалистов?
- 5) Предложите план лечения? Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?

- 6) Предложите профилактические мероприятия. **Эталон ответа:**

- 1) Множественное поражение нервов нижних конечностей
- 2) Диабетическая полинейропатия, с преимущественным поражением нижних конечностей, моторно-сенсорно-вегетативная. Диабетическая стопа
- 3) Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, суточные колебания глюкозы,

ЭНМГ.

- 4) Консультация хирурга, эндокринолога.
- 5) Поддержание нормального содержания глюкозы крови, препараты инактивирующие свободные радикалы ; активирующие альтернативные метаболические пути: альфалиповая кислота (тиоктаcid, эспа-липон), мексидол, дезагреганты (пентоксифиллин) витамины В1, В6, Е, ацетил-L-карнитин, коррекция болевого синдрома с использованием антидепрессантов (имипрамин, дулоксетин, цитолопрам, параксетин), антиконвульсантов (габапентин, карбамазепин), коррекция вегетативной дисфункции. Немедикаментозные методы лечения ФТЛ, ЛФК, ортопедические мероприятия. 6) Повышение комплаенса к лечению, коррекция диеты, ортопедическая обувь.

Задача № 3.

Пациент 52 лет с избыточной массой тела, страдающий гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом II типа, жалуется на «жжение» в стопах. При осмотре выявлено снижение глубоких рефлексов на руках и ногах. Гипестезия в дистальных отделах ног. При обследовании выявлен повышенный уровень глюкозы в крови.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятное сопутствующее заболевание нервной системы.
- 2) Нужна ли консультация, какого либо специалиста? 3) Тактика лечения пациента.

- 4) Предложите план профилактических мероприятий.

- 5) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**

- 1) Полинейропатия диабетическая (моторно-сенсорная).
- 2) Эндокринолог, невролог
- 3) Коррекция терапии для нормализации глюкозы крови, препараты инактивирующие свободные радикалы ; активирующие альтернативные метаболические пути: альфалиповая кислота (тиоктаcid, эспа-липон), мексидол, дезагреганты

(пентоксифиллин) витамины В1, В6, Е, препараты, влияющие на тканевое дыхание (актовегин), ацетил-Лкарнитин. При возникновении болевого синдрома – антиконвульсанты.

4) Стойкая коррекция уровня гликемии на фоне гипогликемической терапии, соблюдении режима двигательной активности, снижение массы тела.

5) а) полный регресс субъективных ощущений, б) уменьшение выраженности субъективных ощущений, в) прогрессирование признаков полиневропатии с формированием синдрома «диабетической стопы»

Задача № 4.

Больная Л., 31 года, находилась под наблюдением в ревматологическом отделении. На основании кожных розеол, высокой РОЭ, ремиттирующего течения с подъемами температуры и поражения внутренних органов был установлен диагноз системной красной волчанки.

Больна около 3 лет. За 9 месяцев до появления неврологических симптомов родила двух близнецов, один ребенок вскоре умер, другой жив, но очень слабый. Сначала появилась слабость в ногах, быстро прогрессирующая. Одновременно резкое ухудшение общего состояния и обильное «высыпание» на коже груди и конечностей. Через полгода больная уже не могла свободно ходить.

При осмотре отмечено, что спускает ноги с кровати с помощью рук, походка паретическая. Надкостничные и коленные рефлексы повышены. Ахилловы рефлексы оживлены. Двусторонний симптом Бабинского. Реакция зрачков на свет вяловатая. Анизокория D>S. Болезненность нервных стволов к давлению, двусторонний симптом Ласега. Незначительная гипестезия на бедрах и голених и гиперестезия на стопах. Мочеиспускание затруднено, временами задержка мочи. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Задания:

Сформулируйте диагноз? **Эталон ответа:**

Системная красная волчанка с преимущественным поражением нервной системы по типу менингомиелорадикулита.

- 2.
- 3.

Задача № 5.

Больная Г., 38 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на боли в плечевых, голеностопных, коленных суставах, боли в грудной клетке, одышку, общую слабость, ощущение сухости в горле, боли в области сердца. Поставлен диагноз: системная красная волчанка острого течения

При объективном исследовании отмечался легкий симптом Кернига с обеих сторон. Зрачки правильной формы, равномерные, с живой реакцией на свет и при конвергенции. Движение правого глазного яблока кнаружи несколько ограничено. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность на лице не расстроена. Рот открывает не полностью. Центральный парез правого лицевого нерва. При глотании поперхивается, жидкая пища попадает в нос. Глоточный рефлекс отсутствует с обеих сторон, небная занавеска снижена справа. Язык при высовывании отклоняется влево, атрофий и фибриллярных подергиваний в нем нет. Мышечная сила несколько снижена в ногах, в них немного повышен тонус. Сухожильные рефлексы справа оживлены, в ноге больше, чем в руке. Брюшные рефлексы отсутствуют.

Задания:

Сформулируйте диагноз? **Эталон ответа:**

Системная красная волчанка острого течения с преимущественным поражением суставов (артрит), нервной системы (волчаночный энцефалополиневрит с преимущественным поражением ствола головного мозга).

Раздел 8. Травматические повреждения центральной нервной системы.

Тема 1. Черепно-мозговая травма

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. При каком виде черепно-мозговой травмы наблюдается «светлый промежуток»:

1. субарахноидальное кровоизлияние;
2. сотрясение головного мозга;
3. ушиб головного мозга;
4. эпидуральная гематома;
5. внутримозговое кровоизлияние. Ответ:4

2. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует:

1. о внутричерепной субдуральной гематоме;
2. об ушибе мозга;
3. о внутричерепной эпидуральной гематоме;
4. о всём перечисленном.

Ответ:4

3. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности:

1. амнезии;
2. расстройства жизненно важных функций;
3. гемипареза;

4. всего перечисленного. Ответ:4

4. Морфологическим субстратом остаточных явлений тяжёлой черепно-мозговой травмы являются:

рубцово-спаечные изменения в оболочках;

паренхиматозные кисты; гидроцефалия;

Ответ:1,2,3

5. Эпилептический синдром при посттравматической эпилепсии проявляется джексоновскими припадками при локализации патологического очага в области:

1. лобной доли;

2. теменной доли;

3. центральных извилин; 4. извилины Гешля;

5. височной доли.

Ответ:3

6. Перечислите симптомы, характерные для травматического субарахноидального кровоизлияния:

1. менингеальные симптомы;

2. парезы конечностей;

3. психомоторное возбуждение;

4. головная боль;

5. головокружение, рвота.

Ответ:1,3,4,5

7. При каких видах черепно-мозговой травмы наблюдаются очаговые симптомы поражения головного мозга:

1. сотрясение головного мозга;

2. эпидуральная гематома;

3. субарахноидальное кровоизлияние;

4. субдуральная гематома;

5. внутримозговая гематома; 6. ушиб головного мозга. Ответ:2,4,5,6

8. Перечислите симптомы, характерные для сотрясения головного мозга:

1. Утрата сознания.

2. Рвота.

3. Параличи.

4. Афазии.

5. Нарушение ритма дыхания.

6. Гиподинамия.

7. Головокружение. Ответ:1,2,6,7

9. Какие изменения спинномозговой жидкости наблюдаются при острой субдуральной гематоме:

1. Лимфоцитарный плеоцитоз.
2. Примесь крови.
3. Повышение давления.
4. Понижение давления. Ответ:2,3

10. Укажите, какие из лекарственных препаратов и лечебных мероприятий применяются при субарахноидальном кровоизлиянии:

Дегидратационные средства.

Папаверин.

Оперативное вмешательство.

4. Рутин.
5. Нифедипин.
6. Гепарин.
7. Гипотермия головы. Ответ:1,3,5

11. При каких из перечисленных видов черепно-мозговой травмы может наблюдаться примесь крови в ликворе:

1. Эпидуральная гематома.
2. Субарахноидальное кровоизлияние.
3. Сотрясение головного мозга.
4. Субдуральная гематома.
5. Контузия головного мозга. Ответ:2,4,5

12. Укажите, какие из перечисленных симптомов могут наблюдаться при субдуральной гематоме:

1. Анизокория.
2. Менингеальные симптомы.
3. Вялые парезы.
4. Патологические пирамидные рефлексы.
5. "Светлый" промежуток.
6. Сегментарный тип расстройств чувствительности.
7. Гипертензионный синдром. Ответ:1,2,4,5,7

13. Какие симптомы характерны для сотрясения головного мозга:

1. параличи, парезы конечностей;
2. рвота;
3. нарушение ритма дыхания;
4. афазии;
5. гиподинамия;
6. утрата сознания; 7. головокружения;
8. головная боль. Ответ:2,6,7,8

14. Какие методы обследования используются для диагностики сотрясения головного мозга:

1. радиоизотопное сканирование;

2. ангиография;
3. исследование спинномозговой жидкости;
4. рентгенография черепа;
5. исследование глазного дна; 6. эхоэнцефалография;
7. КТ.

Ответ: 4, 5, 6, 7

15. Перечислите основные симптомы перелома основания черепа:

повышение температуры тела;

общемозговые симптомы; кровотечение и ликворея из носа и ушей;

4. стволовые нарушения;
5. выраженные парезы конечностей;
6. менингеальные симптомы; 7. поражение черепных нервов. Ответ: 3, 4, 7

16. Назовите показания к хирургическому лечению закрытой ЧМТ:

1. сотрясение головного мозга;
2. внутричерепные гематомы;
3. тяжелый ушиб головного мозга;
4. перелом основания черепа;
5. травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Ответ: 2, 3

17. Назовите отдаленные последствия ЧМТ:

1. гипертензионный синдром;
2. поясничные боли;
3. судорожный (эпилептический) синдром; 4. паркинсонизм;
5. синдром перемежающей хромоты;
6. церебральный арахноидит;
7. гипоталамический синдром;
8. астеноневротический, психоорганический синдромы;
9. синдром очаговой органической церебральной недостаточности.

Ответ: 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9

18. Какие из перечисленных симптомов характерны для контузии головного мозга:

1. общемозговые,
2. менингеальные,
3. очагового поражения головного мозга. Ответ: 1, 2, 3

19. Инфекционные осложнения открытой черепно-мозговой травмы:

1. менингит,
2. абсцесс мозга,
3. остеомиелит,
4. каротидно-кавернозное соустье.

Ответ: 1, 2, 3

20. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной:

1. гомогенного повышения плотности,
2. гомогенного понижения плотности,
3. неоднородного повышения плотности,
4. отека мозга,
5. множественными зонами пониженной плотности.

Ответ: 1

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Женщина 56 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Была доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение. При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения. **Эталон ответа:**

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.
2. Невролога, хирурга, терапевта, офтальмолога.
3. КТ или МРТ головного мозга. Обследования необходимые для исключения сочетанной травмы.

4. Постельный режим до 7-14 дней. Лечение симптоматическое: анальгетики, транквилизаторы

Задача № 2.

Мужчина 48 лет, был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь. Был доставлен в стационар службой скорой помощи, которую вызвали прохожие. При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадины на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки. При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Правила транспортировки?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Предложите тактику лечения. **Эталон ответа:**

1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, при повышении ВЧД – диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

Задача № 3.

Мужчина 38 лет, доставлен в стационар из дома. Был обнаружен соседкой, спящим на лестничной площадке у двери своей квартиры. Проснулся достаточно легко. В связи с неадекватностью поведения была вызвана скорая помощь. В приемном отделении сообщил, что после работы употреблял алкоголь с друзьями, как дошел до дома не помнит. Жалуется на светобоязнь. При осмотре: лицо гиперемировано, определяется горизонтальный нистагм, запах алкоголя. Содержание этанола в крови – 2,1 промилле. Имеется подпапоневротическая гематома левой затылочной области. Зрачки D=S. Движения глазных яблок ограничены из-за болезненности. Заторможен, гиподинамичен, не интересуется окружающим. Незначительный парез в левой руке. Определяются менингеальные знаки. На рентгенограммах черепа выявлен линейный перелом затылочной кости слева. Эхо-ЭС - смещение м-эха 2мм.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения. **Эталон ответа:**
 1. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Линейный перелом затылочной кости слева. Гематома левой затылочной области. Алкогольное опьянение.
 2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
 3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы.

Задача № 4.

Женщина, 37 лет, доставлена в больницу скорой помощи. Известно, что наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о поребрик тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием. При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа. В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения. **Эталон ответа:**
 1. ОЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Травматическое

субарахноидальное кровоизлияние. Перелом правой теменной кости.

2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.

3. Консервативное лечение: нейропротективные, вазоактивные, ноотропные препараты, диуретики, симптоматическое лечение- анальгетики, транквилизаторы

Задача № 5.

Неизвестный мужчина, около 60 лет доставлен в стационар скорой помощью. Со слов очевидцев был обнаружен лежащим в сквере, где пролежал без движения около часа. При осмотре выявлена подкожная гематома левой височной области. Без сознания, на болевые раздражения не реагирует. Произвольной двигательной активности не определяется. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы низкие, определяется мышечная гипотония. Зрачки узкие, фотореакции угнетены. Менингеальных симптомов нет. На рентгенограммах черепа травматических костных изменений не выявлено. Смещение М-эха 2 мм. При люмбальной пункции в первой порции получен ликвор с примесью крови, которая исчезла в последующих порциях. Содержание этанола в крови 4 промилле.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

Эталон ответа:

1. Алкогольное опьянение. Подкожная гематома левой височной области.
2. КТ или МРТ головного мозга, ЛП.
3. Консервативное лечение:

дезинтоксикационная терапия.

Тема 2. Травма позвоночника и спинного мозга.

Тестовый контроль

Выберите один или несколько правильных ответов

1. В зависимости от вида и характера травматического изменения спинного мозга выделяют все перечисленные формы, кроме: а) сотрясения спинного мозга

б) ушиба спинного мозга

в) ротационного перекрута спинного мозга

г) сдавления спинного мозга

д) перерыва спинного мозга и кровоизлияния в спинной мозг (гематомиеэлии) Ответ:в

2. В диагностике повреждений спинного мозга ведущую роль играют перечисленные методы исследования, кроме: а) сбора анамнеза

б) исследования двигательных функций конечностей

в) измерения температуры отдельных частей тела

г) исследования нарушений чувствительности конечностей

д) исследования проходимости подпаутинного пространства (спинальная пункция)

Ответ:в

3. При постановке диагноза повреждения спинного мозга большое значение имеют перечисленные клинические данные, исключая: а) нарушения движения в

конечностях

- б) высокое спинно-мозговое давление
 - в) нарушение кожной чувствительности на конечностях и туловище
 - г) нарушение работы тазовых органов
 - д) мышечные, сухожильные и кожные рефлексорные расстройства
- Ответ:б

4. При повреждении спинного мозга на уровне шеи, возникающего в результате вывиха одного из позвонков, обычно не применяются: а) ламинэктомия

б) корпоротомия с последующим пластическим замещением тела позвонка трансплантатом

в) одномоментное вправление вывиха позвонка

г) пневмомиелорасправление деформации спинного мозга введением кислорода в подпаутинное пространство

д) постепенное вправление вывихнутого позвонка скелетным вытяжением за череп

Ответ:г

5. Пострадавшему с тяжелым повреждением спинного мозга на уровне 1-2-3 шейных позвонков сегментов следует в экстренном порядке осуществить все перечисленные мероприятия реанимационного характера, кроме: а) трахеостомии

б) восстановления гемодинамики

в) интубации трахеи и перевода пострадавшего на искусственную вентиляцию легких

г) ламинэктомии с ревизией спинного мозга

д) фиксации шейного отдела позвоночника

Ответ:г

6. Пострадавшего с тяжелым повреждением спинного мозга в грудном и поясничном отделах позвоночника при наличии только мягких носилок следует транспортировать: а) на спине

б) на левом боку

в) на правом боку

г) в полусидячем положении с подушкой в области поясницы

д) на животе

Ответ:д

7. Консервативное лечение повреждений спинного мозга состоит из всех перечисленных мероприятий, исключая: а) гемостатическую терапию

б) дегидратацию: устранение отека тканей

в) восполнение объема циркулирующей крови

г) устранение сдавления спинного мозга реклинацией или вправлением вывихнутого позвонка

д) восстановление работы легких, почек, тазовых органов, печени

Ответ:г

8. Противопоказаниями к оперативному вмешательству при повреждении спинного мозга являются все перечисленные, кроме: а) травматического шока

б) продолжающегося внутреннего кровотечения, повреждения внутренних органов или головного мозга

в) сепсиса, уросепсиса, гнойных осложнений со стороны мочевыводящих путей
г) клинических признаков сдавления спинного мозга
д) повреждения верхних сегментов шейного отдела с бульбарным симптомокомплексом Ответ:г

9. При ламинэктомии в связи с повреждением спинного мозга выполняются все перечисленные способы операции, исключая:

а) резекцию остистых отростков и дужек позвоночного столба с обнажением места повреждения спинного мозга
б) удаление сгустков крови, осколков кости
в) вправление вывиха или подвывиха позвонка
г) сшивание разорванных нейронов
д) пластическое восстановление удаленных структур Ответ:г

10. При сочетанных повреждениях спинного мозга и печени (ранение печени) хирургическая тактика предусматривает:

а) первоначальное лечение поврежденного спинного мозга
б) первоначальное лечение поврежденной печени
в) одновременное лечение поврежденного спинного мозга и печени
г) выжидание и при улучшении состояния пострадавшего - оперативное вмешательство на том органе, клиника которого превалирует
д) оперативное лечение производиться не будет, лечить следует только консервативно из-за опасности возникновения тяжелого шока Ответ:б

11. При установлении показаний к оперативному лечению повреждений спинного мозга во избежание ошибок следует учитывать все перечисленные обстоятельства, кроме:

а) состояния позвонков, позвоночного канала и связочного аппарата позвоночника
б) состояния спинного мозга (сотрясение, сдавление, размозжение)
в) общего состояния пострадавшего (шок, нарушение дыхания, сепсис, повреждение других органов)
г) состояния ликворного пространства (проверка на проходимость)
д) степени парезов и параличей конечностей Ответ:д

12. У пострадавшего с ушибом спинного мозга при правильном лечении профессиональное восстановление трудоспособности: а) возможно

б) невозможно
в) возможно лишь частично
г) возможно, но через много лет
д) потребует смены специальности Ответ:а

13. Каков наиболее типичный механизм травмы при переломе Джефферсона?
а) компрессионный

б) компрессионно – сгибательный
в) компрессионно – разгибательный

- г) сгибательный
- д) ротационный
- е) смешанный Ответ:а

14. Какой вид повреждений можно заподозрить в случае наличия локальной болезненности и болевой осевой нагрузки в соответствующем отделе позвоночника? а) Ушиб мягких тканей

- б) Вывих позвонка
- в) Перелом позвонка
- г) Переломо-вывих
- д) Разрыв межкостистой связки
- е) Перелом остистого отростка
- ж) Перелом поперечных отростков Ответ:а,в

15. Какие диагностические обследования надо выполнить для конкретизации порежде-ния в случае неосложненного перелома СІ, СІІ:

- а) Рентгенография с центрацией на подбородок и слуховой проход
 - б) Доплерография
 - в) Сцинтиграфия
 - г) Рентгенографияс центрацией наугол нижней челюсти и через рот
 - д) Рентген-контрастная миелография
- Ответ:г

16. Каков наиболее типичный механизм перелома при травме ныряльщика? а) компрессионный

- б) компрессионно-сгибательный
- в) компрессионно-разгибательный
- г) сгибательный
- д) разгибательный Ответ:б

17. Какой вид повреждений можно заподозрить в случае наличия положительного симптома провала, штыкообразной деформации по линии остистых отростков? а) Ушиб мягких тканей

- б) Вывих позвонка
- в) Перелом позвонка
- г) Переломо-вывих
- д) Разрыв межкостистойсвязки
- е) Перелом остистого отростка
- ж) Перелом поперечных отростков Ответ:г,д

18. Какие диагностические исследования необходимо выполнить для конкретизации повреждений в случае неосложненного перелома на уровне СІІ-СІІІ позвонков: а) Стандартная рентгенография

- б) Рентгенография в 3/4
- в) Радиоизотопное сканирование Ответ:а,б

19. Каков наиболее типичный механизм травмы при переломах в грудопоясничном отделе позвоночного столба при падении с высоты на пятки? а) компрессионный

- б) компрессионно-сгибательный
 - в) компрессионно-разгибательный
 - г) сгибательный
 - д) разгибательный
- Ответ:б

20. Какой вид повреждений можно заподозрить в случае локальной болезненности, пастозности кожи, крепитации в области остистых отростков? а) Ушиб мягких тканей

- б) Вывих позвонка
- в) Перелом позвонка
- г) Переломо-вывих
- д) Разрыв межостистой связки
- е) Перелом остистого отростка
- ж) Перелом поперечных отростков

Ответ:а,е

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Мужчина 42х лет был сбит автомобилем. При попытке подняться почувствовал онемение и неловкость в нижних конечностях, о чем рассказал врачу скорой помощи. Сотрудники бригады скорой помощи помогли пациенту подняться на ноги и пересесть в машину скорой помощи. Был доставлен в больницу, где сразу выполнили КТ позвоночника и спинного мозга. На КТ повреждений не выявлено. Жалобы, которые беспокоили пациента, прошли в течение часа. Осмотр невролога не выявил очаговых неврологических симптомов.

Задание:

- 1) Были ли допущены ошибки на догоспитальном этапе?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
- 4) КТ каких отделов позвоночника и спинного мозга необходимо было выполнить?

5) Предложите тактику лечения. Эталон ответа:

- 1) Да. Пациент получивший спинальную травму должен быть помещен в машину скорой помощи на жестких носилках и иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 2) Закрытая спинальная травма. Сотрясение спинного мозга.
- 3) Транспортировка осуществляется лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 4) Шейного, грудного и поясничного. 5) Постельный режим в течение 7-10 дней

Задача № 2. Во время дальнего плавания в открытом океане матрос упал в трюм с высоты 3х метров. Осмотр судового врача сразу же после травмы выявил нижнюю

параплегию, атонию мышц ног, арефлексию коленных и Ахилловых рефлексов, проводниковую анестезию с уровня сосков, задержку мочеиспускания, резкие боли в грудном отделе позвоночника. Через 3 дня тонус мышц повысился, появились глубокие рефлексы и симптом Бабинского с 2-х сторон, остальные симптомы сохранялись.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Как называется состояние, развившееся у пациента сразу после травмы?
- 3) Как называется клинический синдром, выявленный у пациента через 3 дня?
- 4) Какие обследования необходимо провести? 5) Тактика лечения **Эталон**

ответа:

- 1) Закрытая спинальная травма. Сдавление? или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.
- 2) Спинальный шок.
- 3) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга на уровне Т7-8.
- 4) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника.
- 5) Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

Задача № 3.

Мужчина 48 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал.

Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
- 3) Какие обследования необходимо провести? 4) Тактика лечения.

Эталон ответа:

- 1) Сочетанная травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга на уровне Т8.
- 2) Транспортировка осуществляется лежа на спине с фиксацией туловища на жесткой поверхности, подложенным под поясницу валиком, иммобилизацией шейного отдела позвоночника.
- 3) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника, рентгенографию ребер, обследование для исключения повреждения внутренних органов.
- 4) В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

Задача № 4. Пациентка 25-ти лет поступила после автомобильной аварии. Пациентка рассказала, что, несмотря на ремень безопасности, ее резко бросило вперед. Жалобы при поступлении: отсутствие движений и чувствительности в ногах. При неврологическом

исследовании выявлена нижняя параплегия с отсутствием всех глубоких рефлексов и анестезия ниже реберной дуги с 2х сторон. Через 12 часов пациентка начала двигать левой стопой и появилась болевая чувствительность на правой ноге. На левой ноге сохранилась аналгезия и термоанестезия, правая нога осталась полностью парализованной, появилась спастичность мышц, клонус правой стопы и симптомом Бабинского.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Правила транспортировки?
- 3) Как называется состояние, развившееся у пациентки сразу после травмы и в течение в первых 12 часов?
- 4) Как называется клинический синдром, выявленный у пациентки через 12 часов?
- 5) Какие обследования необходимо провести?
- 6) Тактика лечения. **Эталон ответа:**
 - 1) Закрытая спинальная травма. Сдавление? или ушиб грудного отдела (Т7-8) спинного мозга.
 - 2) Спинальный шок.
 - 3) Синдром Броун-Секара.
 - 4) МРТ грудного отдела спинного мозга и позвоночника.
 - 5) В случае подтверждения сдавления спинного мозга (позвонком, гематомой) оперативное лечение - декомпрессия. Введение метилпреднизолона (30мг/кг), симптоматическая терапия (лечение мочевой инфекции, миорелаксанты, профилактика пареза кишечника, пролежней и т.д.), ранняя реабилитация.

Задача № 5.

В реанимационном отделении находится на лечении ребенок 10 лет.

Из анамнеза: ребенок, выходя из автобуса подскальзнулся, после падения потерял сознание и, придя в себя не смог встать.

Объективно: одышка до 40 в мин. Утрачены все виды чувствительности (поверхностная и глубокая) с уровня СIII. Движения в конечностях отсутствуют, сила мышц в руках и ногах 0 баллов. Мышечный тонус низкий во всех сегментах. Сухожильные рефлексы с рук и ног в течение первых 2 дней были низкие, потом стали высокие с расширенными рефлексогенными зонами. Патологические стопные рефлексы сгибательного и разгибательного типа с двух сторон. Брюшные рефлексы abs. Задержка мочи.

Задания:

- 1) Поставить топический диагноз?
- 2) Обосновать топический диагноз. **Эталон ответа:**
 - 1) Поражен поперечник спинного мозга в верхнешейном отделе на уровне СII-III сегментов.
 - 2) Спастическая тетраплегия, расстройство функции тазовых органов тотальная анестезия с уровня третьего шейного сегмента дают основание для обоснования топического диагноза.

Раздел 9. Паллиативная помощь.

Выберите один или несколько правильных ответов.

Тесты

1. Показания к госпитализации в отделения паллиативной помощи:

А. Выраженный болевой синдром

Б. Нарастание симптоматики, отягощающей состояние пациента и неподдающейся адекватной терапии в домашних условиях

В. Отсутствие условий для надлежащего ухода и лечения на дому, ситуация психологического дискомфорта в связи с присутствием в квартире тяжелого онкологического больного и др., нарастание симптоматики, отягощающей состояние пациента и неподдающейся адекватной терапии в домашних условиях, выраженный болевой синдром Г. Ситуация психологического дискомфорта в связи с присутствием в квартире тяжелого онкологического больного и др., нарастание симптоматики Д. Поддержка близких чтоб облегчить финансовые затраты

Ответ: В

2. Неукоснительные принципы паллиативной помощи:

А. Бесплатность оказания паллиативной помощи, гуманность к страданиям пациентов, родственников и открытость диагноза при условии готовности пациента принять его, общедоступность и равнодоступность помощи в стационаре и на дому, не давать пациентам и их родственникам невыполняемых обещаний и на сколько это возможно, полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов.

Б. Не давать пациентам и их родственникам невыполняемых обещаний насколько это возможно

В. Полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов

Г. Гуманность к страданиям пациентов, родственников и открытость диагноза при условии готовности пациента принять его, общедоступность и равнодоступность помощи в стационаре и на дому

Д. Бесплатность оказания паллиативной помощи, гуманность к страданиям пациентов, родственников и открытость диагноза при условии готовности пациента принять его **Ответ: А**

3. В состав хосписных выездных бригад входят:

А. Врачи, мед.сестры, социальные работники, психолог, юрист, добровольцы

Б. Глав врач, старшая мед сестра, председатель ТСЖ

В. Нотариус, председатель ТСЖ, мед сестра, добровольцы

Г. Все врачи узких специальностей

Д. Геронтологи, соц. работники, участковый инспектор

Ответ: А

4. Немедикаментозные мероприятия, позволяющие предупреждать или коррегировать клинические проявления сердечной недостаточности I функционального класса:

А. Ограничить потребление жидкости до 1,5-2 л;

- Б. В качестве физических тренировок рекомендовать бег трусцой;
- В. Рекомендовать прием малых доз спиртных напитков;
- Г. Запретить вакцинацию против гриппа;
- Д. Резко ограничить половые сношения;

Ответ: А

5. У больного рак кишечника. Отмечается постоянная тошнота, рвота. Какие рекомендации по уходу на дому близким:

- А. Предлагать продукты которые в меньшей степени вызывают тошноту
- Б. Кормить и поить больного часто, маленькими порциями медленно, предлагать продукты которые в меньшей степени вызывают тошноту, метоклопрамид 10 мг 3р/д (не более суток), обратиться к врачу, если рвота продолжается более суток или у больного сухой язык, мало мочи или появилась боль в животе**

В. Метоклопрамид 10 мг 3р/д (не более суток)

Г. Обратиться к врачу, если рвота продолжается более суток или у больного сухой язык, мало мочи или появилась боль в животе

Д. Церукал 10 мг 3 р/д в теч. недели, кормить и поить больного часто, маленькими порциями медленно **Ответ: Б**

6. У пациента хосписа появились жалобы на мучительные недомогания, задержку мочи, запоры. Какие усилия должны быть для устранения признаков запора:

А. Применение слабительной терапии

Б. Употребление жидкости и подвижность

В. Применение слабительной терапии, увеличить количество посещений туалета, употребление жидкости и подвижность

Г. Увеличить количество посещений туалета, употребление жидкости и подвижность

Д. Употребление в пищу отрубей.

Ответ: В

7. В хоспис поступил пациент с раком кишечника. До поступления в хоспис в онкологическом центре получал лучевую терапию и через 2 недели был выписан домой. Дома питался за общим столом: овощи, фрукты, варёные блюда, соленья, мясные блюда. На 3-й неделе появилась диарея, с чем вызвана причина диареи:

А. Овощи фрукты

Б. Соленья

В. Варёные и мясные блюда

Г. Прием большого количества жидкости

Д. Лучевая терапия

Ответ: Д

8. В хоспис поступил пациент с асцитом. При осмотре: увеличенный живот, одышка при малейшей подвижности. Какие методы паллиативного лечения необходимы для этого пациента:

А. Лечение первопричины, диуретики, брюшной парацентез, брюшно – венозное шунтирование

- Б. Брюшной парацентез
 - В. Диуретики, брюшно – венозное шунтирование
 - Г. Лечение первопричины, брюшной парацентез
 - Д. Брюшно – венозное шунтирование, диуретики
- Ответ: А

9. Общие принципы терапии хронического болевого синдрома по ВОЗ
- А. «через рот»
 - Б. «по часам», «через рот»
 - В. «по восходящей», «индивидуальный подход»
 - Г. «по часам, через рот, по восходящей, индивидуальный подход, с вниманием к деталям»
 - Д. «через рот», «индивидуальный подход»
- Ответ: Г

10. На начальной ступени обезболивания хронического болевого синдрома при оказании паллиативной медицинской помощи используются:
- А. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики
- Б. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики, сильные опиоиды
 - В. Слабые опиоиды, адъювантные анальгетики, антиконвульсанты
 - Г. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики, слабые опиоиды
 - Д. Сильные опиоиды, антиконвульсанты
- Ответ: А

11. На 2-й ступени обезболивания хронического болевого синдрома используются:
- А. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики
 - Б. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики, слабые опиоиды
 - В. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики, сильные опиоиды
 - Г. Слабые опиоиды, адъювантные анальгетики, антиконвульсанты
 - Д. Слабые опиоиды, антиконвульсант, кортикостероиды
- Ответ: Б

12. На 3-й ступени обезболивания хронического болевого синдрома используется:
- А. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики, кортикостероидные
 - Б. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики, слабые опиоиды
 - В. Неопиоидные анальгетики, адъювантные анальгетики, сильные опиоиды
 - Г. Слабые опиоиды, адъювантные анальгетики, кортикостероиды
 - Д. Сильные опиоиды, антиконвульсант, кортикостероиды
- Ответ: В

13. К неопиоидным анальгетикам относятся:
- А. Парацетамол, диклофенак, целекоксиб, ибупрофен
 - Б. Трамадол, морфин, оксикодон, налоксон
 - В. Преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон
 - Г. Прегабалин, габапентин, толперизон
 - Д. Тизанидин, таклофен, дулоксетин

Ответ: А

14. К опиоидным анальгетикам относятся:

- А. Парацетамол, диклофенак, ценкоксит, ибупрофен
- Б. Трамадол, морфин, оксикодон, налоксон
- В. Преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон
- Г. Прегабалин, габапентин, толперизон
- Д. Тизанидин, таклофен, дулоксетин

Ответ: Б

15. Интенсивность боли как «слабая» по нумерологической оценочной шкале:

- А. От 0 до 2 баллов
- Б. От 0 до 4 баллов
- В. От 0 до 6 баллов
- Г. От 2 до 5 баллов
- Д. От 2 до 6 баллов

Ответ: Б

16. Интенсивность боли как «умеренная» по нумерологической оценочной шкале:

- А. От 0 до 4 баллов
- Б. От 0 до 6 баллов
- В. От 2 до 5 баллов
- Г. От 4 до 7 баллов
- Д. От 4 до 9 баллов

Ответ: Г

17. Интенсивность боли как «нестерпимая» по нумерологической оценочной шкале:

- А. От 4 до 8 баллов
- Б. От 4 до 9 баллов
- В. От 7 до 10 баллов
- Г. От 10 и выше баллов
- Д. От 6 до 9 баллов

Ответ: Г

18). Депрессивная триада характеризуется:

- А. эмоциональным торможением;
- Б. двигательным торможением;
- В. идеаторным торможением;
- Г. верно все перечисленное

Ответ: Г

19. Компоненты паллиативной терапии:

- А. контроль боли и других проявлений болезни
- Б. психологическая поддержка
- В. социальная и духовная
- Г. улучшение качества жизни больных и членов их семей
- Д. все перечисленное

Ответ: Д

20. Условия паллиативной помощи

А. полноценное участие пациента

Б. информированность пациента

В. терпимость и доброжелательность медицинского персонала
Д. наличие «легенды» для больного о диагнозе и прогнозе

Г. верно А, Б, В.

Е. верно А, В, Д.

Ответ : Г

21. Медикаментозные препараты с паллиативным эффектом

А. снимают симптомы

Б. не имеют лечебного эффекта от основного заболевания или его причины
В. все перечисленное

Ответ: В.

22. К принципам паллиативного ухода за пациентом относится:

А. поддержание качества жизни на возможно высоком уровне;

Б. создание психотерапевтической среды;

В. удовлетворение духовных потребностей;

Г. минимум травматичности для пациента;

Д. верно все перечисленное

Е. верно все перечисленное, кроме А

Ответ: Д

23. В основе паллиативной помощи лежит:

А. холистический уход за пациентом;

Б. адекватное обезболивание;

В. высокотехнологичные методы диагностики;

Г. верно все перечисленное

Д. верно А и Б

Ответ: Г

24. Потребности умирающего пациента включают:

А. контроль за проявлениями болезни;

Б. ощущение безопасности;

В. общение с близкими людьми;

Г. возможность принимать участие в решениях;

Д. верно все перечисленное

Е. верно все перечисленное, кроме Г

Ответ: Д

25. К стадиям психологической реакции на неизлечимую болезнь относится: А. отрицание;

- Б. торг;
 - В. гнев;
 - Г. депрессия;
 - Д. верно все перечисленное
- Ответ: Д

Ситуационные задачи

Задача №1

Больному 75 года поставлен диагноз рак нижней трети пищевода IV стадии, ввиду Наличия множественных метастазов в лимфоузлы, печень. Больной резко истощен и Обезвожен. В момент поступления дисфагия 4 степени. Выраженный болевой синдром.

Какая помощь может быть оказана больному? **Эталон ответа:**

Пациенту может быть проведено только паллиативное лечение, радикальная Операция невозможна. Чтобы избавить больного от голодной смерти, ему можно Наложить гастростому, или рассмотреть вариант с установкой стента в пищевод. Для Снятия боли необходимо ценить степень болевого синдрома и назначить анальгетики. Для нормализации водносолевого обмена пациенту необходимо назначить инфузии с электролитами.

Задача №2

Поступила женщина 60 лет (менопауза более 10 лет), с распадающейся изъязвленной раковой опухолью левой молочной железы диаметром 11 см. Язва имеет зловонный запах. Подмышечные лимфатические узлы значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы. Общее состояние больной удовлетворительное. Выставлен диагноз: рак левой молочной железы ст IVT4N3M1 гр IV. Какова ваша тактика лечения больной? **Эталон ответа:**

Несмотря на 4 стадию больная подлежит паллиативной операции – ампутации молочной железы, так как наличие зловонной язвы делает невозможной жизнь больной в обществе. В большинстве подобных случаев послеоперационная рана заживает первичным натяжением. После получения гистологии, их решить вопрос о целесообразности Химиотерапии, гормонотерапии.

Задача №3

Пациент а., 59 лет, на амбулаторном приёме поделился своим горем. Он тяжело переживает смерть брата. Прошло несколько месяцев, а Ощущение страдания не покидает его. Появилась бессонница, чисто механически, без аппетита принимает пищу. Понимает, что надо взять себя в Руки и жить дальше, иначе начнутся проблемы со здоровьем, но ничего с собой сделать не может. Он неоднократно отмечал появление неприятных давящих ощущений в области сердца и страх при их появлении.

Задание: определите, какие потребности нарушены у пациента. Определите проблемы. Составьте план помощи, дайте рекомендации.

Эталон ответа. Нарушены потребности: в сне и отдыхе; в пище; в психологическом комфорте.

Проблемы пациента: дисфункциональное переживание горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появления неприятных ощущений за грудиной. Высоко

вероятно наличие ибс и/или гипертонической болезни.

План помощи: обследование на предмет ибс и гипертонической болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Провести тестирование по шкалам тревоги и депрессии. Дать рекомендации относительно коррекции режима питания и отдыха. Назначить консультацию психотерапевта при необходимости.

Задача №4

Мужчина 47 лет начал замечать появление пританцовывающих насильственных движений при ходьбе. К врачу обратился через 6 месяцев по настоянию родственников. Объективно при осмотре врачом общего профиля было выявлено: крупноамплитудные, быстрые, хаотические насильственные движения в конечностях, непроизвольные движения в мимической Мускулатуре, языке, обращает на себя внимание снижение интеллекта, конфликтность в поведении. Со слов жены, известно, что отец больного страдал подобным заболеванием. Задание:

- 1) топический диагноз?
- 2) предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) нужна ли госпитализация?
- 4) какие методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) принципы терапии?
- 6) потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) возможные исходы заболевания?

9) медико-генетический прогноз для сына 23-х и дочери 17-ти лет **Ответ:**

- 1) Базальные ганглии, кора головного мозга.
- 2) Хорея Гентингтона.
- 3) Да, нужна.
- 4) МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, молекулярно-

генетическое исследование (Прямая ДНК-диагностика хореи Гентингтона основана на амплификации с помощью ПЦР участка первого экзона гена, содержащего тринуклеотидный CAG-сегмент, с последующим электрофоретическим разделением продуктов амплификации. Наличие мутации диагностируется на основании выявления аномального удлиненного фрагмента ДНК, содержащего увеличенное число CAG-повторов. Выявление «пограничных» аллелей из «зоны неполной пенетрантности» (36-39 CAG-повторов), затрудняющих интерпретацию результатов ДНК-анализа. В случае выявления носительства подобного «пограничного» аллеля сделать однозначное заключение о прогнозе у консультируемого лица не представляется возможным.

Такие лица (как и их дети) должны оставаться в группе «высокого риска» и находиться под постоянным наблюдением врача-нейрогенетика.

5) Симптоматическое лечение, антиглутаматергические средства (мемантин), клоназепам, нейролептики (тиаприд, клозапин).

6) Да, потребуется.

7) Противопоказаний нет.

8) Болезнь медленно прогрессирует, приводя к утрате трудоспособности. Прогноз в отношении жизни нередко неблагоприятный. Нарастающее снижение интеллекта приводит к необходимости посторонней помощи и надзору.

9) Вероятность унаследовать заболевание у детей больного составляет 50%. Т.к. число тринуклеотидных (CAG) повторов в зоне генетического дефекта (короткое плечо 4 хромосомы) у членов одной семьи от поколения к поколению часто увеличивается, возможно более раннее начало и более тяжелое течение заболевания.

Задача №5

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмахистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном Туловища вперед, шаркающая ходьба. Отец пациента имел схожие симптомы.

Задание:

- 1) топический диагноз?
- 2) предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) нужна ли госпитализация?
- 4) какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения Диагноза?
- 5) принципы терапии?
- 6) потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) показано ли санаторно-курортное лечение? 8) возможные исходы заболевания

Ответ:

- 1) Поражение базальных ганглиев.
- 2) болезнь Паркинсона, смешанная (гипокинетико-дрожательно-ригидная) форма.
- 3) МРТ, ПЭТ головного мозга, молекулярно-генетическое исследование.
- 4) Госпитализация не обязательна, возможно амбулаторное лечение.
- 5) Стремление к монотерапии. Леводопасодержащие препараты (наком, синемет, мадопар), ингибиторы КОМТ (толкапон, энтакапон), комбинированные препереты (сталево), агонисты дофаминовых рецепторов (мирапекс, проноран), ингибиторы МАО В (селегилин), амантадин (мидантан, ПК-мерц), антихолинэргические средства (циклодол, паркопан), симптоматическая терапия.

6) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности. Особое значение имеет оценка функциональных возможностей больного в осуществлении двигательных актов. Успешное лечение часто приводит к значительному улучшению состояния больного и иногда – восстановлению трудоспособности. Неуклонное прогрессирование процесса, несмотря на проводимое лечение, ухудшает трудовой прогноз, требует пересмотра индивидуального плана и схемы лечения с целью поиска новых терапевтических возможностей. Выраженный и стабильный двигательный дефект при наличии прогрессивного течения, особенно у

больных с прогрессирующей акинезией, указывает на необходимость полного освобождения от работы и интенсификации комплексной терапии в условиях неврологического стационара.

7) Санаторно-курортное лечение может иметь терапевтическое значение лишь на ранних этапах патологического процесса при сохранной способности к самообслуживанию. Это лечение, включая физиотерапевтические методы, эффективно лишь в комплексе с основным патогенетическим и симптоматическим лечением.

8) Исходы заболевания напрямую зависят от своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода

Задача №6

Женщина 24 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на слабость в нижних конечностях (больше в правой) и возникающие из-за этого частые спотыкания и даже падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов Две недели назад и с тех пор нарастали. При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, $d>s$, клonusы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, бабинского, бехтерева, жуковского с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и миопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде Влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

- 1) топический диагноз?
- 2) консультацию какого специалиста нужно получить?
- 3) клинический диагноз?
- 4) обследование?
- 5) показана ли госпитализация?
- 6) лечение?
- 7) возможные исходы заболевания?
- 8) потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности

Ответ:
1) Мозжечок, спинной мозг.
2) Невролога.
3) Рассеянный склероз, церебро-спинальная форма.
4) Неврологический осмотр, офтальмоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование иммунного статуса (повышение содержания ЦИК в крови), цереброспинальной жидкости (легкий лимфоцитарный плеоцитоз 5-50 кл/мкл, умеренное повышение белка не более 1 г/л, олигоклональные антитела к белкам миелина), HLA-типирование (гаплотип DR2 или DW2, аллели A3 и A7), MPT головного и спинного мозга (гиперинтенсивные очаги в режиме T2 типичной локализации).

5) Да, в неврологический стационар.

6) Патогенетическое – иммуносупрессия: кортикостероиды (метилпреднизолон (метипред) «пульс-терапия» 1000 мг/сут. в/в 5 дней, затем преднизолон внутрь по схеме: 6-8-й день – 80 мг, 9-11-й день – 60 мг, 12-14 день – 40 мг, 15-17-й день – 20 мг, 18-20-й день – 10 мг), натализумаб (антегрин, тизабри) 300 мг в/в 1 раз в 4 недели; возможно проведение

плазмафереза в периоде обострения (атака); иммуномодуляция: интерферон бета-1a (авонекс) 6 млн. МЕ в/м 1 раз в неделю, интерферон бета-1a (ребиф) 44 мкг п/к 3 раза в неделю, интерферон бета-1b (бетаферон) 8 млн. МЕ п/к через день, глатирамера ацетат (копаксон) 20 мг п/к ежедневно, финголимод (500 мг) внутрь ежедневно, симптоматическое лечение.

7) Исходы заболевания напрямую зависят от формы заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения: возможно как длительное сохранение трудоспособности и качества жизни, так и быстрая инвалидизация и необходимость посторонней помощи и ухода. Накопление неврологического дефицита происходит с различной скоростью. Если в течение первых 5 лет заболевания не будет значительного неврологического дефекта, то вероятность доброкачественного течения увеличивается.

8) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Неврология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины.

Процедура оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Компоненты контроля и их характеристика

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, Индивидуальный
5.	Метод контроля	Собеседование (устный опрос), проверка практических навыков, стандартизированный контроль (тестовые задания с эталонами ответа, ситуационные задачи)

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к промежуточной аттестации

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8

1. Кора больших полушарий головного мозга: основные принципы строения и функции, проблема локализации функций в мозге. Функциональная асимметрия полушарий мозга. Представление о системной организации психических функций.

2. Высшие мозговые (психические) функции: гнозис, праксис, речь, чтение, письмо, счет, память, внимание, интеллект и их расстройства. Нарушения высших мозговых функций: афазии (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).
3. Нарушения высших мозговых функций: апраксии (конструктивная, пространственная, идеомоторная); агнозии (зрительные, слуховые, обонятельные).
4. Нарушения высших мозговых функций: астереогнозис, анозогнозия, аутоотопагнозия; дисмнестический синдром, корсаковский синдром; деменция, олигофрения.
5. Синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.
6. Строение и функции вегетативной (автономной) нервной системы: симпатическая и парасимпатическая системы; периферический (сегментарный) и центральный отделы вегетативной нервной системы. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный комплекс.
7. Симптомы и синдромы поражения периферического отдела вегетативной нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность, синдром Рейно.
8. Вегетативные кризы. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика.
9. Классификация заболеваний периферической нервной системы. Мононевропатии и полиневропатии: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
10. Невропатия срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового нервов.
11. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению. Синдром карпального канала, кубитального канала.
12. Невропатия лицевого нерва: клиника, диагностика, лечение.
13. Невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.
14. Строение и функции оболочек спинного и головного мозга. Цереброспинальная жидкость: функциональное значение, образование, циркуляция, реабсорбция.
15. Менингеальный синдром: проявления, диагностика.
16. Исследование цереброспинальной жидкости: поясничный прокол, измерение давления, проба Квекенштедта, состав цереброспинальной жидкости в норме и при основных патологических состояниях, белково-клеточная и клеточно-белковая диссоциации.
17. Современные представления об организации произвольного движения. Кортикомышечный путь: строение, функциональное значение. Центральный (верхний) и периферический (нижний) мотонейроны. Кортикоспинальный тракт: его функциональное значение для организации произвольных движений.
18. Поверхностные и глубокие рефлексы, основные патологические рефлексы, защитные спинальные рефлексы.
19. Регуляция мышечного тонуса: спинальная рефлекторная дуга, гамма-система. Надсегментарные уровни регуляции мышечного тонуса. Исследование мышечного тонуса.
20. Центральный и периферический парезы: изменения мышечного тонуса и рефлексов, трофики мышц. Клинические особенности поражения корково-мышечного пути на разных уровнях: головной мозг (прецентральный извилистый венец, внутренняя капсула, ствол мозга), спинной мозг (боковой канатик, передний рог), передний корешок, сплетение, периферический нерв, нервно-мышечный синапс, мышца.
21. Параклинические методы исследования: электромиография, электронейромиография (исследование скорости проведения по двигательным волокнам периферических нервов), магнитная стимуляция с определением моторных потенциалов,

исследование уровня креатинфосфокиназы в сыворотке крови, биопсия мышц и нервов.

22. Чувствительность: экстероцептивная, проприоцептивная, интероцептивная, сложные виды. Афферентные системы соматической чувствительности и их строение: рецепторы, проводящие пути.

23. Анатомия и физиология проводников поверхностной и глубокой чувствительности. Эпикритическая и протопатическая чувствительность.

24. Виды расстройств чувствительности: гипо- и гиперестезии, парестезии и боль, дизестезии, гиперпатия, аллодиния, каузалгия. Типы расстройств чувствительности: периферический, сегментарный, проводниковый, корковый. Диссоциированное расстройство чувствительности.

25. Нейропатофизиологические, нейрохимические и психологические аспекты боли. Антиноцицептивная система. Острая и хроническая боль. Центральная боль. «Отраженные» боли.

26. Строение и основные связи экстрапирамидной системы, роль в организации движений; участие в организации движений путем обеспечения позы, мышечного тонуса и стереотипных автоматизированных движений.

27. Нейрофизиологические и нейрохимические механизмы регуляции деятельности экстрапирамидной системы, основные нейротрансмиттеры: дофамин, ацетилхолин, гаммааминомасляная кислота.

28. Гипокинезия (олиго- и брадикинезия), ригидность и мышечная гипотония.

29. Гиперкинезы: тремор, мышечная дистония, хорея, тики, гемибаллизм, атетоз, миоклонии. Гипотонно-гиперкинетический и гипертонно-гипокинетический синдромы.

30. Анатомо-физиологические данные: мозжечок и вестибулярная система: анатомия и физиология, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Клинические методы исследования координации движений.

31. Симптомы и синдромы поражения мозжечка: атаксия, диссинергия, нистагм, дизартрия, мышечная гипотония. Атаксии: мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная.

32. Спинной мозг и периферическая нервная система: анатомия и физиология.

33. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении шейных, грудных, поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга, передних и задних корешков, сплетений, периферических нервов. Синдром Броун–Секара. Сирингомиелитический синдром.

34. Черепные нервы: анатомо-физиологические данные, клинические методы исследования и симптомы поражения.

35. I пара - обонятельный нерв и обонятельная система; симптомы и синдромы поражения.

36. II пара - зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения зрительной системы на разных уровнях (сетчатка, зрительный нерв, перекрест, зрительный тракт, зрительный бугор, зрительная лучистость, кора). Нейроофтальмологические и параклинические методы исследования зрительной системы (исследование глазного дна, зрительные вызванные потенциалы).

37. III, IV, VI пары - глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения; медиальный продольный пучок и межъядерная офтальмоплегия; регуляция взора, корковый и стволовый парез взора; окулоцефальный рефлекс; зрачковый рефлекс и признаки его поражения; виды и причины анизокории; синдром Аргайла Робертсона, синдром Эйди.

38. V пара — тройничный нерв, синдромы расстройств чувствительности (периферический, ядерный, стволовой и полушарный); нарушения жевания.
39. VII пара — лицевой нерв, центральный и периферический парез мимической мускулатуры, клиника поражения лицевого нерва на разных уровнях. Вкус и его расстройства.
40. VIII пара — преддверно-улитковый нерв, слуховая и вестибулярная системы; роль вестибулярного аппарата в регуляции координации движений, равновесия и позы; признаки поражения на разных уровнях; нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия, синдром Меньера. Отоневрологические методы исследования вестибулярной функции.
41. IX и X пары □ языкоглоточный и блуждающий нервы, вегетативные функции блуждающего нерва; признаки поражения на разных уровнях, бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
42. XI пара □ добавочный нерв, признаки поражения.
43. XII пара □ подъязычный нерв, признаки поражения; центральный и периферический парез мышц языка.
44. Синдромы поражения ствола мозга на различных уровнях, альтернирующие синдромы.
45. Строение ствола головного мозга (продолговатого мозга, моста и среднего мозга).
46. Биомеханика позвоночника, функция межпозвонковых дисков и фасеточных суставов.
47. Остеохондроз позвоночника: дископатии, компрессионные и рефлекторные синдромы.
48. Люмбоишиалгии и цервикобрахиалгии.
49. Фибромиалгия. Клиника и патогенетическое лечение. Показания к хирургическому лечению.
50. Клиническая картина шейной и пояснично-крестцовой радикулопатии.
51. Основные принципы лечения дискогенных и недискогенных радикулопатий.
52. Профилактика радикулопатий.
53. Экспертиза трудоспособности при радикулопатиях.
54. Клиническая картина плечевой плексопатии, роль травмы и неопластических факторов в ее возникновении.
55. Компрессионные и рефлекторные синдромы. Миофасциальный синдром.
56. Дифференциальный диагноз при болях в спине и конечностях: эпидуральный абсцесс, первичные и метастатические опухоли позвоночника, дисгормональная спондилопатия, туберкулезный спондилит, отраженные боли при заболеваниях внутренних органов, анкилозирующий спондилоартрит.
57. Параклинические методы в диагностике болей в спине: спондилография, КТ и МРТ позвоночника.
58. Этиология, патогенез, клиника и лечение острой демиелинизирующей нейропатии Гийена — Барре.
59. Этиология, патогенез, клиника и лечение инфекционных, инфекционно-токсических и дисметаболических полиневропатий (при дифтерии, ботулизме, диабете, алкоголизме).
60. Патогенез, клиника и лечение токсических полиневропатий (медикаментозные, паранеопластические, фосфорорганические и т. д.);
61. Патогенез и клиника основных профессиональных заболеваний нервной системы,

метаболических расстройств и интоксикаций.

62. Методы объективного обследования при полиневропатиях.

63. Классификация головных болей. Патогенез головной боли. Обследование пациентов с головной болью.

64. Мигрень: классификация, патогенез, клинические формы, течение, диагноз. Лечение приступа мигрени. Профилактика приступов мигрени.

65. Пучковая головная болезнь: клиника, диагностика, лечение.

66. Головная боль напряжения: патогенез, диагностика, лечение.

67. Патофизиология головокружения и нарушения равновесия.

68. Дифференциальная диагностика головокружения.

69. Современные методы лечения головной боли, головокружения.

70. Невралгия тройничного нерва: клиника, лечение.

71. Лицевые симпаталгии. Лицевые миофасциальные синдромы.

72. Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

73. Патофизиология повышенного внутричерепного давления.

74. Клиника осложнений повышенного внутричерепного давления.

75. Клиника доброкачественной внутричерепной гипертензии.

76. Гипертензионный синдром: основные клинические и параклинические признаки.

77. Дислокационный синдром.

78. Гидроцефалия врожденная и приобретенная, открытая и окклюзионная, врачебная тактика.

79. Лекарственная коррекция внутричерепной гипертензии

80. Общие принципы нейрореаниматологии.

81. Клиника неврогенных дыхательных нарушений.

82. Клиника внутричерепной гипертензии и экстренная помощь.

83. Основные неотложные неврологические состояния в неврологии и принципы оказания первой неотложной помощи.

84. Принципы ведения больных и ухода за ними при критических состояниях.

85. Коррекция дыхательных нарушений при критических состояниях.

86. Современная классификация нарушений сознания

87. Клиника спутанного сознания. Клиника делирия. Клиника сопора.

88. Клиника комы I-III степени. Деструктивные и метаболические комы.

89. Клиника акинетического мутизма. Клиника хронического вегетативного состояния

90. Электрофизиологические методы исследования – ЭЭГ, вызванные потенциалы головного мозга. Принципы ведения больных в коме.

91. Кровоснабжение головного мозга: анатомия и физиология. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Этиология сосудистых заболеваний головного мозга. Патофизиология мозгового кровообращения при закупорке мозговых артерий и при артериальной гипертензии.

92. Преходящее нарушение мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака) и ишемический инсульт: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Кровоизлияние в мозг: этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия и показания к хирургическому лечению.

93. Субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние: этиология, патогенез,

клиника, диагностика, терапия и показания к хирургическому лечению.

94. Параклинические методы диагностики острых нарушений мозгового кровообращения – КТ и МРТ, ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное и триплексное сканирование, транскраниальная доплерография, ангиография. Реабилитация больных, перенесших инсульт.

95. Хирургическое лечение сосудистых поражений головного мозга, показания и принципы оперативных вмешательств при кровоизлиянии в мозг, аневризме головного мозга, стенозах и окклюзиях магистральных артерий головы. Первичная и вторичная профилактика инсульта.

96. Дисциркуляторная энцефалопатия: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика. Гипертонический криз и гипертоническая энцефалопатия. Сосудистая деменция: патогенез, клиника, диагностика (нейропсихологическое исследование, нейровизуализационные методы исследования), профилактика; дифференциальный диагноз с болезнью Альцгеймера.

97. Кровоснабжение спинного мозга. Нарушения спинального кровообращения.

98. Мышечная дистония: клиника, диагностика, лечение.

99. Синдром Туретта: клиника, диагностика, лечение.

100. Малая хорея и хорея Гентингтона: клиника, диагностика, лечение.

101. Болезнь Паркинсона: клиника, диагностика, лечение.

102. Рассеянный склероз: патогенез, клиника, диагностика, типы течения. Параклинические методы исследования в диагностике рассеянного склероза: МРТ головного и спинного мозга, исследование вызванных потенциалов головного мозга, ликворологические исследования. Лечение.

103. Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, диагностика, лечение.

104. Энцефалиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.

105. Герпетический энцефалит. Клещевой энцефалит. Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе. Ревматические поражения нервной системы, малая хорея.

106. Менингиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.

107. Первичные и вторичные гнойные менингиты: менигококковый, пневмококковый, вызванный гемофильной палочкой. Серозные менингиты: туберкулезный и вирусный менингиты.

108. Полиомиелит, особенности современного течения полиомиелита, полиомиелитоподобные заболевания.

109. Абсцесс мозга, спинальный эпидуральный абсцесс.

110. Опоясывающий лишай (герпес).

111. Дифтерийная полиневропатия. Ботулизм.

112. Нейросифилис. Поражение нервной системы при СПИДе.

113. Параклинические методы в диагностике инфекционных заболеваний нервной системы: ликворологические и серологические исследования, КТ и МРТ головы.

114. Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.

115. Опухоли спинного мозга: клиника, диагностика; экстра- и интрамедуллярные опухоли спинного мозга. Параклинические методы.

116. Показания и принципы оперативных вмешательств при опухолях головного и спинного мозга.

117. Классификация эпилепсии и эпилептических приступов. Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептического синдрома. Лечение эпилепсии. Эпилептический статус: клиника, патогенез, лечение.
118. Неврогенные обмороки – классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.
119. Параклинические методы в диагностике пароксизмальных расстройств сознания – электроэнцефалография, КТ и МРТ головы.
120. Классификация нервно-мышечных заболеваний.
121. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Миопатия Дюшена, Беккера, Ландузи – Дежерина. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, медико-генетические аспекты.
122. Миастения: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
123. Миастенический криз: причины, клиника, диагностика, лечение.
124. Холинергический криз: причины, клиника, диагностика, лечение.
125. Миотония Томсена и дистрофическая миотония: клиника, диагностика, прогноз.
126. Параклинические методы в диагностике нервно-мышечных заболеваний: электромиография, электронейромиография, биопсия мышц, исследование креатинфосфокиназы в сыворотке крови, ДНК-исследования.
127. Нейрокожные синдромы. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
128. Клиника, особенности течения мышечных дистрофий детского возраста, диффдиагностика.
129. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.
130. Болезнь Альцгеймера: клиника, диагностика, прогноз.
131. Боковой амиотрофический склероз: клиника, диагностика, прогноз.
132. Физиология бодрствования и сна. Нарушения сна и бодрствования: инсомнии, парасомнии, сногворение, бруксизм, снохождение, ночной энурез, ночные страхи, гиперсомнии (нарколепсия), синдром сонных апноэ, синдром «беспокойных ног»; принципы терапии.
133. Классификация закрытой черепно-мозговой травмы. Легкая, средняя и тяжелая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга.
134. Внутрочерепные травматические гематомы. Врачебная тактика.
135. Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, врачебная тактика. Реабилитация больных со спинальной травмой.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ Выберите один или несколько правильных ответов.

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8

1. Мышечный тонус при поражении периферического двигательного нейрона:

1. Снижается

2. Повышается

3. Не изменяется

Правильный ответ: 1

2.Мышечный тонус при поражении центрального двигательного нейрона:

- 1.Снижается
- 2.Повышается
- 3.Не изменяется

Правильный ответ: 2

3.Патологические пирамидные симптомы на верхней конечности - рефлекс:

- 1.Бабинского
- 2.Оппенгейма
- 3.Россолимо
- 4.Шеффера

Правильный ответ: 3

4.Гипотрофия мышц характерна для поражения:

- 1.Центрального двигательного нейрона
- 2.Периферического двигательного нейрона
- 3.Мозжечка

Правильный ответ: 2

5.Патологические рефлекс характерны для поражения:

- 1.Периферического двигательного нейрона
- 2.Центрального двигательного нейрона
- 3.Мозжечка

Правильный ответ: 2

6.Глубокие рефлекс при поражении центрального двигательного нейрона:

- 1.Повышаются
- 2.Не изменяются
- 3.Снижаются

Правильный ответ: 1

7.Глубокие рефлекс при поражении периферического двигательного нейрона:

- 1.Повышаются
- 2.Снижаются
- 3.Не изменяются

Правильный ответ: 2

8.При поражении периферического двигательного нейрона трофика мышц:

- 1.Снижена
- 2.Повышена
- 3.Не изменена

Правильный ответ: 1

9.При поражении центрального двигательного нейрона патологические синкинезии:

- 1.Могут наблюдаться
- 2.Наблюдаются всегда
- 3.Не наблюдаются

Правильный ответ: 1

10. Признак поражения внутренней капсулы:

- 1.Гемипарез
- 2.Парапарез
- 3.Моноплегия

Правильный ответ: 1

11.Признаки поражения центрального двигательного нейрона:

- 1.Фибрилляции
- 2.Гипорефлексия
- 3.Атония мышц
- 4.Патологические рефлексы
- 5.Защитные рефлексы
- 6.Синкинезии
- 7.Клонусы
- 8.Отсутствие кожных рефлексов

9.Отсутствие сухожильных рефлексов Правильный ответ: 4,5,6,7,8

12.Признаки поражения периферического двигательного нейрона:

- 1.Спастический тонус
- 2.Гипотония мышц
- 3.Снижение сухожильных рефлексов
- 4.Гипотрофия мышц
- 5.Реакция перерождения мышц при исследовании электровозбудимости

Правильный ответ: 2,3,4,5

13.Признаки поражения периферического нерва:

- 1.Гипотрофия мышц
- 2.Патологические рефлексы
- 3.Защитные рефлексы
- 4.Арефлексия

Правильный ответ: 1,4

14.Признаки поражения пирамидного пути:

- 1.Гемипарез
- 2.Повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах
- 3.Повышение сухожильных рефлексов
- 4.Снижение мышечного тонуса
- 5.Снижение кожных рефлексов
- 6.Защитные рефлексы

Правильный ответ: 1,2,3,5,6

15.Признаки поражения передних рогов спинного мозга:

- 1.Гипотония мышц
- 2.Фибриллярные подергивания
- 3.Отсутствие сухожильных рефлексов

4.Гипотрофия мышц

5.Патологические рефлексы Правильный ответ: 1,2,3,4

16.Бульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:

1. IX, X, XII

2. IX, X, XI

3. VIII, IX, X

Правильный ответ: 1

17.Одностороннюю корковую иннервацию имеет ядро черепных нервов:

1.XII, X

2.XII, VII

3.VII, X

Правильный ответ: 2

18.Область ствола мозга, где располагается ядро глазодвигательного нерва:

1.Варолиев мост

2.Ножка мозга

3.Продолговатый мозг Правильный ответ: 2

19.Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов:

1.IV

2.V

3.III

Правильный ответ: 3

20.Косоглазие наблюдается при поражении пары черепных нервов:

1.III

2.XII

3.VII

4.V

Правильный ответ: 1

21.Дисфагия возникает при поражении пары черепных нервов:

1.V-VII

2.IX-X

3.VII-XI

Правильный ответ: 2

22.Дизартрия возникает при поражении пары черепных нервов:

1.V

2.XI

3.XII

Правильный ответ: 3

23. Мимические мышцы иннервируются парой черепных нервов:

- 1. V
- 2. VI
- 3. VII

Правильный ответ: 3

24. Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв:

- 1. III
- 2. IV
- 3. VI

Правильный ответ: 1

25. Диплопия возникает при поражении пары черепных нервов:

- 1. VII
- 2. X
- 3. VI
- 4. V

Правильный ответ: 3

26. Жевательные мышцы иннервируются черепным нервом:

- 1. VII
- 2. X
- 3. XII
- 4. V

Правильный ответ: 4

27. Расстройство глотания возникает при поражении мышц:

- 1. Мягкого нёба
- 2. Жевательных
- 3. Мимических

Правильный ответ: 1

28. Дисфония возникает при поражении черепных нервов:

- 1. XII
- 2. X
- 3. XI

Правильный ответ: 2

29. Для бульбарного паралича характерны симптомы:

- 1. Глоточный рефлекс вызывается
- 2. Глоточный рефлекс отсутствует
- 3. Периферический парез подъязычного нерва
- 4. Симптомы орального автоматизма
- 5. Дисфагия
- 6. Дизартрия
- 7. Афония

Правильный ответ: 2,3,5,6,7

30.Признаки, характерные для поражения лицевого нерва:

- 1.Дисфагия
- 2.Сглаженность лобных и носогубных складок
- 3.Лагофthalm
- 4.Симптом Белла
- 5.Затруднение высывания языка
- 6.Симптом "паруса"
- 7.Невозможность свиста
- 8.Гиперакузия
- 9.Снижение надбровного рефлекса

Правильный ответ: 2,3,4,6,7,8,9

31.Признаки, характерные для поражения глазодвигательного нерва:

- 1.Сходящееся косоглазие
- 2.Мидриаз
- 3.Ограничение движения глазного яблока вверх
- 4.Ограничение движения глазного яблока кнаружи
- 5.Расходящееся косоглазие
- 6.Птоз
- 7.Диплопия

Правильный ответ: 2,3,5,6,7

32.Симптомы, характерные для альтернирующего синдрома Вебера:

- 1.Мидриаз
- 2.Сходящееся косоглазие
- 3.Расходящееся косоглазие
- 4.Диплопия
- 5.Птоз
- 6.Лагофthalm
- 7.Гемиплегия

Правильный ответ: 1,3,4,5,7

33.Косоглазие возникает при поражении черепного нерва:

- 1.III
- 2.VI
- 3.VII
- 4.II

Правильный ответ: 1,2

34.Статика зависит от нормальной деятельности:

- 1.Хвостатого ядра
 - 2.Мозжечка
 - 3.Черной субстанции
- Правильный ответ: 2

35. Поражение мозжечка приводит к нарушению движений в виде:

1. Пареза
2. Атаксии
3. Гиперкинеза

Правильный ответ: 2

36. Дисметрия возникает при поражении:

1. Пирамидного пути
 2. Мозжечка
 3. Стрио-паллидарной системы
- Правильный ответ: 2

37. Мышечный тонус при поражении мозжечка:

1. Повышается
2. Понижается
3. Не изменяется

Правильный ответ: 2

38. Темп активных движений при поражении паллидо-нигральной системы:

1. Замедляется
 2. Ускоряется
 3. Появляются гиперкинезы
- Правильный ответ: 1

39. Гиперкинезы возникают при поражении:

1. Пирамидной системы
 2. Экстрапирамидной системы
 3. Кору височной доли
- Правильный ответ: 2

40. При поражении экстрапирамидной системы возникает:

1. Акинезия
2. Апраксия
3. Парезы

Правильный ответ: 1

41. Нистагм возникает при поражении:

1. Кору лобной доли
2. Хвостатого ядра
3. Мозжечка

Правильный ответ: 3

42. Почерк при поражении мозжечка:

1. Микрография
2. Макрография
3. Не изменяется

Правильный ответ: 2

43. Красное ядро входит в состав системы:

1. Паллидо-нигральной
2. Стриарной
3. Пирамидной

Правильный ответ: 1

44. Почерк у больного с поражением паллидо-нигральной системы:

1. Микрография
2. Макрография
3. Не изменяется

Правильный ответ: 1

45. Пропульсии наблюдаются при поражении:

1. Хвостатого ядра
2. Красного ядра
3. Черной субстанции

Правильный ответ: 1

46. При поражении паллидо-нигральной системы речь:

1. Скандированная
2. Дизартричная
3. Тихая монотонная

Правильный ответ: 3

47. При поражении мозжечка речь:

1. Скандированная
2. Афония
3. Монотонная

Правильный ответ: 1

48. Расстройство мышечного тонуса при поражении паллидо-нигральной системы:

1. Гипотония
2. Пластическая гипертония
3. Спастическая гипертония

Правильный ответ: 2

49. Походка при поражении паллидо-нигральной системы:

1. Спастическая
2. Спастико-атактическая
3. Гемипаретическая
4. Шаркающая, мелкими шажками

Правильный ответ: 4

50. Расстройство речи при поражении экстрапирамидной системы:

1. Дизартрия
2. Речь тихая, монотонная
3. Афония

Правильный ответ: 2

51. Подкорковые ядра, поражающиеся при стриарном синдроме:

1. Бледный шар
2. Хвостатое ядро
3. Черная субстанция

Правильный ответ: 2

52. Мышечный тонус при паллидо-нигральном синдроме:

1. Гипотония
2. Гипертония
3. Не изменяется

Правильный ответ: 2

53. При поражении стриарной системы мышечный тонус:

1. Повышается
2. Понижается
3. Не изменяется

Правильный ответ: 2

54. Симптомы, характерные для поражения мозжечка:

1. Дизартрия
2. Скандированная речь
3. Гипомимия
4. Брадикинезия
5. Дисметрия
6. Атония
7. Атаксия

Правильный ответ: 2,5,6,7

55. Симптомы, характерные для поражения мозжечка:

1. Мышечная гипертония
2. Мышечная гипотония
3. Интенционный тремор
4. Скандированная речь
5. Миоклония

Правильный ответ: 2,3,4

56. При поражении паллидо-нигральной системы наблюдаются:

1. Гиперкинезы
2. Дизартрия
3. Скандированная речь
4. Мышечная гипертония
5. Мышечная гипотония
6. Гипомимия
7. Интенционный тремор
8. Ахейрокинез

Правильный ответ: 4,6,8

57. Импульсы от проприорецепторов в мозжечок поступают по пути:

1. Спиноталамический путь
2. Путь Флексига
3. Путь Говерса
4. Вестибуло-спинальный путь Правильный ответ: 2,3

58. Для поражения хвостатого ядра характерно:

1. Мышечная гипертония
 2. Мышечная гипотония
 3. Гиперкинезы
 4. Брадикинезия 5. Гипомимия
- Правильный ответ: 2,3

59. При поражении задних рогов нарушается чувствительность:

1. Экстероцептивная
 2. Проприоцептивная
 3. Интероцептивная
- Правильный ответ: 1

60. При поражении заднего рога нарушается чувствительность:

1. Тактильная и температурная
2. Температурная и болевая
3. Болевая и тактильная Правильный ответ: 2

61. Возникновение боли характерно для поражения:

1. Задних корешков
2. Передних корешков
3. Заднего бедра внутренней капсулы Правильный ответ: 1

62. При множественном поражении задних корешков нарушается чувствительность:

1. Глубокая и поверхностная
2. Только глубокая
3. Только поверхностная Правильный ответ: 1

63. При поражении зрительного бугра нарушается чувствительность:

1. Только глубокая
2. Только поверхностная
3. Глубокая и поверхностная Правильный ответ: 3

64. Возникновение боли характерно для поражения:

1. Зрительного тракта
2. Зрительного бугра
3. Зрительной зоны коры Правильный ответ: 2

64. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:

1. Зрительного тракта
2. Медиальной части хиазмы
3. Латеральной части хиазмы Правильный ответ: 2

65. При поражении внутренней капсулы наблюдается:

1. Гомонимная гемианопсия с противоположной стороны
2. Гомонимная гемианопсия с той же стороны
3. Гетеронимная гемианопсия Правильный ответ: 1

66. Синдром Броун-Секара возникает при поражении спинного мозга:

1. Полного поперечника
2. Передних рогов
3. Половины поперечника Правильный ответ: 3

67. При поперечном поражении грудного отдела спинного мозга наблюдаются расстройства чувствительности: 1. Проводниковые

2. Сегментарные 3. Корешковые

Правильный ответ: 1

68. При поражении внутренней капсулы возникают чувствительные расстройства:

1. Моноанестезия
2. Гемианестезия 3. Парестезия

Правильный ответ: 2

69. При поражении задних столбов спинного мозга наблюдаются нарушения чувствительности:

1. Температурной
2. Вибрационной 3. Болевой

Правильный ответ: 2

70. При поражении зрительного бугра возникает атаксия:

1. Мозжечковая
2. Сенситивная
3. Вестибулярная

Правильный ответ: 2

71. Полная потеря слуха при одностороннем поражении верхней височной извилины наблюдается:

1. Со своей стороны
2. С противоположной стороны
3. Не наблюдается

Правильный ответ: 3

72. При раздражении корковой височной области возникают:

- 1.Зрительные галлюцинации
- 2.Слуховые галлюцинации
- 3.Шум в ухе

Правильный ответ: 2

73.Для "полиневритического" типа расстройства чувствительности наиболее характерны симптомы:

- 1.Расстройство чувствительности в соответствующих дерматомах
- 2.Боли в конечностях
- 3.Анестезия в дистальных отделах конечностей
- 4.Гемиянестезия

Правильный ответ: 2,3

74.Сегментарный тип расстройства чувствительности возникает при поражении:

- 1.Задних рогов спинного мозга
- 2.Задних столбов спинного мозга
- 3.Ядра спинального тракта тройничного нерва
- 4.Внутренней капсулы

Правильный ответ: 1,3

75.Гетеронимная гемиянопсия возникает при поражении:

- 1.Средины хиазмы
- 2.Наружного коленчатого тела
- 3.Наружных углов хиазмы
- 4.Зрительного тракта

Правильный ответ: 1,3

76.Для поражения задних корешков наиболее характерны симптомы:

- 1.Боли
- 2.Диссоциированное расстройство чувствительности
- 3.Парестезии
- 4.Нарушение всех видов чувствительности

Правильный ответ: 1,4

77.Нарушение чувствительности по проводниковому типу наблюдается при поражении:

- 1.Задних корешков
- 2.Серого вещества спинного мозга
- 3.Боковых столбов спинного мозга
- 4.Половины поперечника спинного мозга
- 5.Всего поперечника спинного мозга

Правильный ответ: 3,4,5

78.Гемиянопсия в сочетании с гемиянестезией возникает при поражении:

- 1.Внутренней капсулы
- 2.Зрительного бугра
- 3.Задней центральной извилины
- 4.Затылочной доли

Правильный ответ: 1,2

79. Для поражения конского хвоста наиболее характерны симптомы:

1. Боли
 2. Анестезия на нижних конечностях и в промежности
 3. Спастическая параплегия нижних конечностей
 4. Нарушение функции тазовых органов
 5. Парезы ног по периферическому типу
- Правильный ответ: 1,2,4,5

80. Для поражения конуса наиболее характерны симптомы:

1. Нарушения функции тазовых органов
 2. Анестезия в области промежности
 3. Нарушения чувствительности по проводниковому типу
 4. Парезы ног попериферическому типу
- Правильный ответ: 1,2

84. При поражении какого периферического нерва наблюдается симптом «конской стопы»?

1. большеберцового,
2. малоберцового,
3. бедренного,
4. седалищного, 5. запирательного.

Правильный ответ: 1

82. При поражении какого нерва наблюдается симптом «свисающей руки»?

1. срединного,
 2. лучевого,
 3. локтевого,
 4. плечевого,
 5. мышечно-кожного.
- Правильный ответ: 2

83. Перечислите методы лечения невралгии тройничного нерва:

1. алкоголизация ветвей тройничного нерва,
 2. новокаиновые блокады с гидрокортизоном,
 3. оперативное лечение с перерезкой ветви тройничного нерва, 4. назначение финлепсина (препарат группы карбомазепина),
 5. назначение мочегонных средств.
- Правильный ответ: 1,3,4

84. Для клиники центрального паралича характерны (несколько ответов):

1. Мышечный гипотонус
2. Мышечный гипертонус
3. Патологические стопные рефлексy
4. Патологические синкинезии
5. Повышение глубоких рефлексов
6. Снижение глубоких рефлексов
7. Патологические защитные рефлексy
8. Атрофия

Правильный ответ: 2,3,4,5,7

85. У больного с амнестической афазией нарушена способность:

1. Описать свойства и назначение предмета
 2. Дать название предмета
 3. Определить предмет при ощупывании
- Правильный ответ: 2

86. У больного с апраксией нарушены целенаправленные действия по причине:

1. Пареза
 2. Нарушения последовательности и схемы действия
 3. Нарушения скорости и плавности действия
- Правильный ответ: 2

87. При поражении левой лобной доли возникает афазия:

1. Моторная
2. Сенсорная
3. Амнестическая

Правильный ответ: 1

88. При поражении корковых речевых центров возникает:

1. Афония
2. Анартрия
3. Афазия

Правильный ответ: 3

89. При поражении левой угловой извилины возникает:

1. Аграфия
2. Алексия
3. Афазия

Правильный ответ: 2

90. При поражении левой надкраевой извилины возникает:

1. Апраксия
2. Аграфия
3. Афазия

Правильный ответ: 1

91. Зрительная агнозия наблюдается при поражении:

1. Зрительного нерва
 2. Затылочной доли
 3. Зрительной лучистости
- Правильный ответ: 2

92. Слуховая агнозия наблюдается при поражении:

1. Слухового нерва
2. Височных долей
3. Корковой зоны Вернике

Выберите все правильные ответы:

Правильный ответ: 2

93. При поражении левой височной доли возникает:

1. Моторная афазия

2. Сенсорная афазия

3. Амнестическая афазия Правильный ответ: 2,3

94. При поражении теменной коры правого полушария мозга возникает:

1. Анозогнозия

2. Псевдомелия

3. Афазия

4. Алексия

5. Аутоагнозия

Правильный ответ: 1,2,5

95. При поражении теменной коры левого полушария мозга возникает:

1. Моторная афазия

2. Акалькулия

3. Апраксия

4. Алексия

5. Агнозия

Правильный ответ: 2,3,4

96. При поражении левой лобной доли нарушается:

1. Письмо

2. Чтение

3. Экспрессивная речь

Правильный ответ: 1,3

97. При поражении левой теменной доли возникает апраксия:

1. Идеаторная

2. Моторная

3. Конструктивная

Правильный ответ: 1,2,3

98. Для поражения солнечного сплетения характерно:

1. Боли в области пупка

2. Полиурия

3. Мидриаз

4. Миоз

Правильный ответ: 1

99. Для поражения звездчатого узла характерно:

1. Нарушения сердечного ритма

2. Жгучие боли в области половины лица, шеи и верхней конечности
 3. Парезы рук
 4. Нарушение адаптации к боли
 5. Патологические симптомы
 6. Отеки в области половины лица, шеи и верхней конечности
 7. Трофические нарушения кожи верхней конечности и половины лица
 8. Вазомоторные нарушения в области половины лица
- Правильный ответ: 1,2,3,4,6,7,8

100. Для синдрома Горнера характерны:

1. Экзофтальм
2. Птоз
3. Миоз
4. Энофтальм
5. Диплопия
6. Мидриаз

Правильный ответ: 2,3,4

101. Боль в спине может быть вызвана раздражением болевых рецепторов:

- 1) фиброзного кольца межпозвоночного диска,
- 2) пульпозного ядра межпозвоночного диска, 3) фасеточных суставов позвонков, 4) задней продольной связки.
- 5) передних рогов спинного мозга. Правильный ответ: 1,3,4

102. Какой из перечисленных симптомов не характерен для поражения периферического двигательного нейрона? 1) спастический тонус;

- 2) гипотония мышц;
- 3) снижение сухожильных рефлексов;
- 4) гипотрофия мышц;
- 5) "биоэлектрическое молчание" на ЭМГ. Правильный ответ: 1

103. Симптомы дискогенной радикулопатии С6:

- 1) боль по передней поверхности плеча, лучевой поверхности предплечья,
- 2) снижение рефлекса с двуглавой мышцы,
- 3) парез мышцы, отводящей мизинец,
- 4) мышечно-тонический синдром,
- 5) синдром Горнера на стороне радикулопатии.

Правильный ответ: 1,2,4

104. Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами:

- 1) периферической вегетативной недостаточностью
- 2) ангиотрофалгическими синдромами
- 3) нейрогенной тетанией
- 4) кластерной головной болью

- 5) верно 1) и 2)
- 6) всеми перечисленными Правильный ответ: 5

105. Симптом дискогенной радикулопатии L5:

- 1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра, 2) положительные симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича.
- 3) слабость длинного разгибателя большого пальца стопы, 4) утрата коленного рефлекса, 5) утрата ахиллова рефлекса. Правильный ответ: 3

106. Характерными сопутствующими симптомами полинейропатии, вызванной миеломной болезнью, являются: 1) упорные боли в костях

- 2) клеточно-белковая диссоциация в ликворе
- 3) патологические переломы костей
- 4) верно 2) и 3)
- 5) верно 1) и 3)

Правильный ответ: 5

107. Рентгенография позвоночника выявляет:

- 1) грыжу межпозвонкового диска,
- 2) спондилолистез,
- 3) перелом тела позвонка,
- 4) остеопороз,
- 5) компрессию спинного мозга. Правильный ответ: 2,3,4

108. Для уремической полинейропатии характерно:

- 1) снижение скорости проведения возбуждения по нервам
- 2) поражение черепных нервов
- 3) преобладание аксональной дегенерации
- 4) все перечисленное Правильный ответ: 1

109. Отраженные боли в спине характерны для: 1) анемии,

- 2) эритремии.
- 3) ишемической болезни сердца. 4) мочекаменной болезни, 5) аднексита.

Правильный ответ: 3,4,5

110. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются:

- 1) выраженность сенсорной атаксии
- 2) выраженность болевого синдрома
- 3) тяжесть вялых параличей конечностей
- 4) черный цвет кала
- 5) красный цвет мочи Правильный ответ: 5

111. Наиболее часто грыжа межпозвоночного диска возникает в отделе:

- 1) шейном,
- 2) верхнегрудном,

- 3) нижнегрудном, 4) верхнепоясничном, 5) нижнепоясничном. Правильный ответ: 5
112. Укажите нехарактерный для полинейропатии симптом:
- 1) вялые парезы кистей и стоп;
 - 2) снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей;
 - 3) вегетативно-трофические расстройства в дистальных отделах конечностей;
 - 4) патологические стопные рефлексы;
 - 5) снижение сухожильных и периостальных рефлексов. Правильный ответ: 4
113. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:
- 1) эрготамина
 - 2) анальгетики
 - 3) антигистаминовые
 - 4) антисеротониновые
 - 5) противосудорожные. Правильный ответ: 1
114. Причиной наследственно обусловленной нейропатии может быть :
- 1) амилоидоз
 - 2) порфирия
 - 3) гепато-церебральная дистрофия
 - 4) все перечисленное
 - 5) верно 1) и 2) Правильный ответ: 5
115. Для диабетической полинейропатии характерно:
- 1) симметричность поражения;
 - 2) преимущественное поражение нервов верхних конечностей;
 - 3) преимущественное поражение нервов нижних конечностей; 4) преимущественное поражение черепно-мозговых нервов; 5) всё перечисленное. Правильный ответ: 5
16. Для мигренозного статуса не характерны:
- 1) серия тяжелых, следующих друг за другом приступов
 - 2) повторная многократная рвота
 - 3) тоникоклонические судороги
 - 4) повышение внутричерепного давления
 - 5) признаки раздражения оболочек мозга. Правильный ответ: 3
117. Синдром полинейропатии проявляется:
- 1) слабостью дистальных отделов конечностей;
 - 2) расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей; 3) вегетативными нарушениями в кистях и стопах; 4) всем перечисленным. Правильный ответ: 4
118. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является:
- 1) носоресничная невралгия
 - 2) крылонебная невралгия

- 3) невралгия большого каменистого нерва
- 4) пучковые (кластерные) головные боли
- 5) невралгия тройничного нерва
- 6) каротидиния

Правильный ответ: 4

119. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

- 1) противосудорожные и противорвотные
- 2) дегидратирующие и глюкокортикоиды
- 3) антихолинэргические и антихолинэстеразные
- 4) транквилизаторы и антидепрессанты
- 5) антигистаминные и анальгетики

Правильный ответ: 3

120. При компенсированной гидроцефалии у детей внутричерепное давление:

- 1) стойко высокое
- 2) нормальное
- 3) пониженное
- 4) неустойчивое с тенденцией к повышению
- 5) неустойчивое с тенденцией к понижению

Правильный ответ: 2

121. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга не сочетается:

- 1) с шумом в ушах
- 2) с шумом в голове
- 3) с неустойчивостью при ходьбе
- 4) с нистагмом
- 5) с ощущением дурноты

Правильный ответ: 4

122. Избыточная продукция спинно-мозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии:

- 1) наружной
- 2) внутренней
- 3) открытой или сообщающейся
- 4) гиперпродуктивной
- 5) абсорбтивной

Правильный ответ: 4

123. Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима - Адамса) проявляется триадой симптомов:

- 1) головная боль, снижение памяти, дезориентированность
- 2) головная боль, снижение зрения, атаксия
- 3) нарушение походки, недержание мочи, деменция
- 4) головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия

Правильный ответ: 3

124. Ребенок с врожденной гидроцефалией обычно рождается:

- 1) с нормальной или слегка увеличенной головой

- 2) с увеличением окружности головы на 4-5 см
- 3) с уменьшенной головой
- 4) с увеличением окружности головы на 5-8 см Правильный ответ: 1

125. Большинство гидроцефалий у детей являются:

- 1) травматическими
- 2) токсическими
- 3) гипоксическими
- 4) врожденными
- 5) приобретенными Правильный ответ: 4

126. Какой из перечисленных симптомов не наблюдается при поражении пирамидного пути?

- 1) гемипарез;
- 2) повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах;
- 3) повышение сухожильных рефлексов;
- 4) снижение мышечного тонуса;
- 5) снижение кожных рефлексов. Правильный ответ: 4

127. В наиболее тяжелых случаях при гидроцефалии у детей развивается:

- 1) неврит зрительного нерва
- 2) гидроанэнцефалия
- 3) пирамидная недостаточность
- 4) дистрофия подкорковых узлов
- 5) поражение мозжечка и его связей Правильный ответ: 2

128. Локализация коркового отдела пути произвольного движения?

- 1) Передняя центральная извилина
- 2) Задняя центральная извилина
- 3) Верхняя височная извилина
- 4) Верхняя лобная извилина Правильный ответ: 1

129. Какие из перечисленных патологических стопных рефлексов относятся к разгибательным?

- 1) Рефлексы орального автоматизма
- 2) Бабинского
- 3) Мендель-Бехтерева
- 4) Гордона
- 5) Россолимо
- 6) Оппенгейма

Правильный ответ: 2,4,6

130. Какие пути образует центральный нейрон двигательного пути?

- 1. Корково-спинномозговой путь
- 2. Спинно-церебеллярный
- 3. Корково-ядерный путь
- 4. Рубро-спинальный

Правильный ответ: 1,2

131. Какие признаки центрального паралича у детей первых месяцев жизни являются физиологическими?

1. Стопные патологические рефлексy
 2. Гипотонус
 3. Гипертонус
 4. Рефлексy орального автоматизма
- Правильный ответ: 1,3,4

132. Где проходит корково-ядерный путь во внутренней капсуле?

1. Передняя ножка
2. Задняя ножка
3. Колено

Правильный ответ: 3

133. Для клиники центрального паралича характерны:

1. Мышечный гипотонус
2. Мышечный гипертонус
3. Патологические стопные рефлексy
4. Патологические синкинезии
5. Повышение глубоких рефлексy
6. Снижение глубоких рефлексy
7. Патологические защитные рефлексy
8. Атрофия

Правильный ответ: 2,3,4,5,7

134. Где проходит корково-спинномозговой путь во внутренней капсуле?

1. Передняя ножка
2. Задняя ножка
3. Колено

Правильный ответ: 1

135. Для клиники периферического паралича характерны:

1. Мышечный гипотонус
2. Мышечный гипертонус
3. Патологические стопные рефлексy
4. Реакция перерождения в нерве
5. Гиперрефлексия
6. Гипорефлексия
7. Патологические защитные рефлексy
8. Атрофия

Правильный ответ: 1,4,6,8

136. В каких рогах спинного мозга находится тело периферического нейрона двигательного пути? 1. Передних

2. Задних
3. Боковых

Правильный ответ: 1

137. Какие клинические синдромы характерны для поражения двигательного пути в передних рогах спинного мозга? 1. Мышечный гипотонус

2. Мышечный гипертонус
3. Патологические стопные рефлексy
4. Реакция перерождения в нерве
5. Гиперрефлексия
6. Гипорефлексия
7. Патологические защитные рефлексy
8. Атрофия
9. Фибриллярные подергивания в мышцах. Правильный ответ: 1,4,6,8,9

138. Какие клинические синдромы характерны для поражения двигательного пути в области внутренней капсулы?

1. Гомолатеральный центральный гемипарез
2. Гетеролатеральный центральный гемипарез
3. Центральный парез мимической мускулатуры
4. Центральный парез жевательной мускулатуры
5. Центральный парез мышц языка
6. Джексоновская эпилепсия Правильный ответ: 2,3, 5

139. Назовите клинические признаки поражения паллидарной системы:

1. Мышечная гипертония
2. Гиперкинезы
3. Олигокинезия
4. Брадикинезия
5. Поза восковой куклы
6. Микрография
7. Брадилалия
9. Мышечная гипотония
10. Брадипсихия

Правильный ответ: 1,3,4,5,6,7,10

140. Какие клинические синдромы характерны для поражения двигательного пути в области передней центральной извилины?

1. Гомолатеральный центральный гемипарез
2. Гетеролатеральный центральный гемипарез
3. Центральный парез мимической мускулатуры
4. Центральный парез жевательной мускулатуры
5. Центральный парез мышц языка
6. Джексоновская эпилепсия

Правильный ответ: 2,3,5,6

141. Какие из перечисленных симптомов характерны для поражения чувствительных путей во внутренней капсуле?

1. гемианестезия,
2. гемиатаксия,
3. гемианопсия,
4. гемиальгии,
5. гиперпатия

Правильный ответ: 1,2,3

142. Отметьте, какие из перечисленных симптомов наиболее характерны для поражения задних корешков?

1. Боли.
2. Диссоциированное расстройство чувствительности.
3. Парестезии.
4. Нарушение глубокой чувствительности.
5. Нарушение поверхностной чувствительности. Правильный ответ: 1,3,4,5

143. Укажите, при поражении каких образований мозга возникает сегментарный тип расстройства чувствительности?

1. Задние рога спинного мозга.
2. Задние столбы спинного мозга.
3. Передняя белая спайка спинного мозга.
4. Внутренняя капсула. Правильный ответ: 1,3

144. Какие из перечисленных симптомов характерны для поражения зрительного бугра?

1. моноанестезия,
2. гемианестезия,
3. парестезии в противоположной очагу половине тела,
4. гемиатаксия,
5. гемианопсия,
6. гемиалгии,
7. гиперпатия

Правильный ответ: 2,4,5,6,7

145. У больного с амнестической афазией нарушена способность:

1. Описать свойства и назначение предмета
2. Дать название предмета
3. Определить предмет при ощупывании
4. Выполнения действий по плану
5. Понимания сложных грамматических конструкций Правильный ответ: 2

146. Назовите основные признаки тиков:

1. Локальный
2. Медленный

3. Быстрый
4. Распространенный
5. Стереотипный
6. Нестереотипный

Правильный ответ: 1,3,5

147. Назовите клинические признаки поражения паллидарной системы:

1. Мышечная гипертония
2. Гиперкинезы
3. Олигокинезия
4. Брадикинезия
5. Поза восковой куклы
6. Микрография
7. Брадилалия
9. Мышечная гипотония
10. Брадипсихия

Правильный ответ: 1,3,4,5,6,7,10

148. Симптомы характерные для паркинсонического синдрома:

1. поза «просителя»
2. симптом «зубчатого колеса»
3. макрография
4. микрография
5. речь громкая, «взрывчатая»

Правильный ответ: 1,2,4

149. Назовите основные признаки хореического гиперкинеза:

1. Локальный
2. Стереотипный
3. Быстрый
4. Распространенный
5. Медленный
6. Проксимальный
7. Высокоамплитудный
8. Дистальный
9. Нестереотипный

Правильный ответ: 3,4,6,7,9

150. Назовите основные признаки атетоидного гиперкинеза:

1. Локальный
2. Стереотипный
3. Быстрый
4. Распространенный
5. Медленный
6. Проксимальный
7. Червеобразный

8. Дистальный
9. Нестереотипный

Правильный ответ: 1,2,5,7,8

151. Признаки кинестетической апраксии:

1. ошибки пространственной организации движений
2. невозможность воспроизвести заданную позу пальцев
3. нарушение понимания жестов
4. нарушение последовательности действий
5. нарушение чтения

Правильный ответ: 1,2,3.

152. Назовите основные признаки торсионной дистонии:

1. «Штопорообразный»
2. Стереотипный
3. Быстрый
4. Провоцируется движением
5. Медленный
6. Мышцах туловища
7. Мышцах конечностей
8. Червеобразный
9. Нестереотипный

Правильный ответ: 1,2,4,5,6

153. Профилактика неврологических осложнений остеохондроза:

1. занятие силовыми видами спорта,
2. сон на мягком матрасе,
3. лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц спины,
4. плавание.
5. прыжки в высоту.

Правильный ответ: 3,4

154. Для лечения хронической люмбалгии наиболее эффективны:

1. транквилизаторы,
2. ноотропные средства,
3. антидепрессанты,
- 4.нейролептики, 5. психостимуляторы. Правильный ответ: 3

155. Лечение дискогенной компрессии корешков конского хвоста:

1. вытяжение позвоночника,
2. рефлексотерапия,
3. мануальная терапия,
4. антидепрессанты, 5. хирургическое лечение. Правильный ответ: 5

156. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска:

1. выраженный острый болевой синдром,
2. нарушение функции тазовых органов,
3. спондилолистез,
4. утрата ахиллова рефлекса, 5. утрата коленного рефлекса. Правильный ответ: 2

157. Для остеохондроза в молодом возрасте характерны

1. выраженный болевой корешковый синдром
2. выраженный остеопороз позвоночника
3. выраженные явления остеохондроза на рентгенограмме позвоночника
4. клиновидная деформация позвонков
5. выраженные явления спондилеза на рентгенограмме позвоночника

Правильный ответ: 1

158. Укажите не характерный для полинейропатии симптом:

1. вялые парезы кистей и стоп;
2. снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей;
3. вегетативно-трофические расстройства в дистальных отделах конечностей;
4. патологические стопные рефлексы;
5. снижение сухожильных и периостальных рефлексов. Правильный ответ: 4

59. Для диабетической полинейропатии характерно:

1. преимущественное поражение нервов верхних конечностей;
2. преимущественное поражение нервов нижних конечностей;
3. преимущественное поражение черепно-мозговых нервов;
4. всё перечисленное. Правильный ответ: 4

160. При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен:

1. аспирин
2. индометацин
3. эрготамин
4. анаприлин
5. резерпин

Правильный ответ: 2

161. Медикаментозно индуцированная головная боль возникает вследствие злоупотребления: 1. Препаратами эрготомина 2. Антибиотиками

3. Анальгетиками.
4. Витаминами группы «В»
5. Антиоксидантами

Правильный ответ: 1, 3

162. Мигренью болеют:

1. до пубертатного периода с одинаковой частотой мальчики и девочки
2. только взрослые
3. во всех возрастных группах только лица женского пола

4. девочки в два раза чаще мальчиков Правильный ответ: 1

163. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

1. противосудорожные и противорвотные
2. дегидратирующие и глюкокортикоиды
3. антихолинергические и антихолинэстеразные
4. транквилизаторы и антидепрессанты
5. антигистаминные и анальгетики Правильный ответ: 3

164. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:

1. эрготамина
2. анальгетики
3. антигистаминовые
4. антисеротониновые
5. противосудорожные Правильный ответ: 1

165. Купирование приступа мигрени эффективно достигается:

1. препаратами эрготомина
2. антикоагулянтами
3. нестероидными противовоспалительными препаратами
4. агонистами серотониновых рецепторов
5. антиоксидантами

Правильный ответ: 1, 3, 4

166. Приступы мигрени:

1. появляются в молодом возрасте
2. часто сопровождаются тошнотой и /или рвотой
3. длятся не более 45 минут
4. провоцируются рядом продуктов
5. чаще встречаются у мужчин

Правильный ответ: 1, 2, 4

167. Имеют право информировать больного о его здоровье, плане обследования и лечения

1. лечащий врач или заведующий отделением
2. медсестра
3. родственники
4. врач функциональной диагностики
5. любой врач отделения, не курирующий больного

Правильный ответ: 1

168. Врач к больному должен обращаться

1. по имени
2. по имени и отчеству
3. по фамилии

4. "больной"

Правильный ответ: 2

169. При миоплегическом статусе назначают:

1. антихолинэстеразные средства
2. антихолинергические средства
3. мышечные релаксанты
4. бензодиазепины

Правильный ответ: 1

170. Для диагностики повреждения спинного мозга при травме позвоночника необходимо произвести: 1. рентгенографию

2. компьютерную томографию
3. магнитно-резонансную томографию
4. люмбальную пункцию
5. все перечисленное
6. достаточно 1) и 3)

Правильный ответ: 5

171. Назовите признаки характеризующие семантическую афазию:

1. Может говорить, но не понимает обращенную и собственную речь
2. Понимает обращенную речь, но не говорит
3. Нарушено понимание сложных логико-грамматических структур
4. Забывает название имен существительных, но знает их функциональное

назначение Правильный ответ: 3.

172. Для разрыва аневризм конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме: 1. утраты сознания

2. головной боли
3. очаговых неврологических симптомов
4. менингеального синдрома Правильный ответ: 1

173. Для острого рассеянного энцефаломиелита не характерно развитие:

1. пирамидных нарушений
2. расстройства глубокой чувствительности
3. вестибуло-мозжечковых расстройств
4. экстрапирамидных нарушений
5. нарушения функции тазовых органов Правильный ответ: 1

174. Для коррекции метаболического ацидоза следует провести внутривенное капельное вливание:

1. реополиглюкина
2. гемодеза
3. бикарбоната натрия
4. альбумина

5. изотонического хлорида натрия Правильный ответ: 3

175. При миоплегическом статусе назначают:

1. антихолинэстеразные средства
2. антихолинергические средства
3. мышечные релаксанты
4. бензодиазепины Правильный ответ: 1

176. Сопор в отличие от комы характеризуется:

1. сохранностью вербального контакта
2. сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций
3. отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
4. отсутствием реакций на внешние раздражители Правильный ответ: 4

177. Для компрессии корешка C7 характерны

1. боли и парестезии в области III пальца кисти, выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча
2. боли и парестезии в области I пальца кисти, выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
3. боли в области V пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса
4. боли в области локтевого сустава
5. слабость разгибания кисти Правильный ответ: 1

178. Основным патофизиологическим фактором головной боли при неврозах является

1. дистония кранио-церебральных сосудов
2. патологическое мышечное напряжение
3. ликвородинамические нарушения
4. невралгия черепных нервов
5. колебание артериального давления Правильный ответ: 2

179. Для поражения корешка S1 характерно:

1. Боль по передне-внутренней поверхности бедра
2. Боль по задней и задне-наружной поверхности бедра
3. Слабость разгибателя I пальца стопы
4. Снижение ахиллова рефлекса
5. Снижение коленного рефлекса Правильный ответ: 2,4

180. Папаверин в острой стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать:

1. при утрате сознания и менингеальном синдроме
2. при застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов
3. при артериальном давлении выше 200/100 мм рт. ст.
4. верно 1) и 2)
5. верно 2) и 3)

Правильный ответ: 2

181. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

1. утрата сознания
2. рвота
3. психомоторное возбуждение
4. инфаркт миокарда
5. отек легкого

Правильный ответ: 5

182. Основными двигательными нарушениями при паркинсонизме являются:

1. гипокинезия
2. сонливость
3. тремор
4. депрессия
5. ригидность

Правильный ответ: 1, 3, 5

183. Признаками невропатии срединного нерва являются

1. слабость IV и V пальцев кисти
2. снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев
3. слабость I, II пальцев кисти
4. болезненность руки при отведении ее за спину
5. слабость и атрофия дельтовидной мышцы

Правильный ответ: 3

184. Признаками поражения лучевого нерва являются

1. когтистая кисть
2. невозможность разгибания кисти
3. невозможность отведения V пальца
4. боль в области V пальца
5. гиперкератоз кожи ладони

Правильный ответ: 2

185. При невропатии локтевого нерва наблюдается

1. «свисающая кисть»
2. нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
3. невозможность приведения IV, V пальцев
4. ангидроз кожи ладони
5. боль в области II и III пальцев

Правильный ответ: 3

186. При невропатии бедренного нерва наблюдается

1. симптом Ласега
2. слабость четырехглавой мышцы бедра
3. отсутствие ахиллова рефлекса
4. атрофия мышц голени
5. боль в области коленного сустава

Правильный ответ: 2

187. Синкопальный вертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншайдта) характеризуется:

1. внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления
2. внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи
3. внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи
4. всем перечисленным
5. верно 1) и 3)

Правильный ответ: 2

188. Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены:

1. корешковыми болями
2. синдромом компрессии спинного мозга
3. утратой сознания
4. верно 1) и 2)
5. верно 2) и 3)

Правильный ответ: 4

189. Энцефалическая реакция при гриппе характеризуется всеми следующими симптомами, за исключением:

1. гемиплегии
2. менингеального синдрома
3. судорожных припадков с утратой сознания
4. утраты сознания с двигательными автоматизмами
5. повышения давления спинномозговой жидкости

Правильный ответ: 1

190. Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более:

1. 10 с
2. 1 мин
3. 3 мин
4. 5 мин

Правильный ответ: 2

191. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:

1. длительным коматозным состоянием с момента травмы
2. развитием комы после "светлого" периода
3. отсутствием потери сознания
4. кратковременной потерей сознания

Правильный ответ: 1

192. Решающим диагностическим признаком эпилептического сложного абсанса является:

1. возникновение множественных миоклоний
2. развитие фокальной или генерализованной атонии мышц

3. кратковременная утрата сознания
4. симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей Правильный ответ: 3

191. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине:

1. плавающего взора
2. горметонического синдрома
3. гиперкатаболического типа вегетативных функций
4. нарушения сознания
5. двусторонних пирамидных стопных знаков Правильный ответ: 2

192. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны клинические проявления в виде:

1. падения артериального давления
2. подъема артериального давления
3. адинамии, прогрессирующей утраты сознания
4. острого психотического синдрома
5. верно 1) и 3)
6. верно 2) и 4)

Правильный ответ: 5

193. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие

1. нижнего вялого парапареза
2. нарушения болевой чувствительности
3. нарушения функции тазовых органов по центральному типу
4. сенситивной атаксии нижних конечностей 5. сохранной глубокой

чувствительности Правильный ответ: 4.

194. Припадок эпилепсии называют генерализованным, если он проявляется: а) клоническими судорогами во всех конечностях

- б) тоническими судорогами во всех конечностях
- в) генерализованными сенсорными эквивалентами
- г) нарушением сознания Правильный ответ: г

195. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов 1. C1-C4 2. C2-C5 3. C3-C6 4. C4-C7

5. C5-C8

Правильный ответ: 1.

196. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов

1. C5-C8
2. C5-T1
3. C6-C8
4. C8-T2

5. T1-T3

Правильный ответ: 2.

197. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, склонен к плоским шуткам, неопрятен. Где локализуется патологический очаг и как называется нарушение?

1. Лобная доля
2. Теменная доля
3. Височная доля
4. Апраксия
5. Лобная психика

Правильный ответ: 1,5.

198. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга

1. C3-C4 2. C5-C6
3. C7-C8
4. C8-T1
5. T1-T2

Правильный ответ: 2.

199. Признаки гипертензионного синдрома:

1. Головная боль в утреннее время
2. Головная боль в вечернее время
3. Брадикардия
4. Застойный диск зрительного нерва 5. Первичная атрофия диска зрительного нерва

Правильный ответ: 1,3,4.

200. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

1. T6 или T7
2. T8 или T9
3. T9 или T10
4. T10 или T11
5. T11 или T12

Правильный ответ: 2

201. Отличительный признак неврита зрительного нерва от поражений нерва при опухолях головного мозга

- 1) жалобы на затуманивание зрения
- 2) концентрическое сужение полей зрения
- 3) быстрое снижение остроты зрения
- 4) картина первичной атрофии зрительного нерва
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 3

202. Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения внутренней капсулы: 1)спастический гемипарез,
2)гемигипестезия,
3)спастическая моноплегия,
4)гемианопсия,
5)периферический гемипарез. Правильный ответ:1,2,4

203. Что характерно для коркового уровня поражения:
1)периферический монопарез;
2)спастический монопарез;
3)периферический гемипарез; 4)спастический гемипарез. Правильный ответ:2

204. Укажите, какие патологические пирамидные симптомы могут появляться на верхней конечности: 1)с-м Бабинского;
2)с-м Оппенгейма;
3)с-м Россолимо;
4)с-м Якобсона-Ласка; 5)с-м Шеффера; 6)с-м Бехтерева. Правильный ответ:3,4,6

205. Двигательные корковые центры мышц нижних конечностей находятся в:
1)нижних отделах прецентральной извилины;
2)лучистом венце;
3)в средних отделах прецентральной извилины; 4)в верхних отделах прецентральной извилины; 5)внутренней капсуле. Правильный ответ:4

206. Кортико-нуклеарный путь заканчивается в:
1)боковых канатиках спинного мозга;
2)передних рогах спинного мозга;
3)ядрах черепных нервов;
4)спинальном ганглии;
5)боковых рогах спинного мозга. Правильный ответ:3

207. Рефлекторная дуга коленного рефлекса замыкается в спинальных сегментах:
1)C5-C6; 2)C7-C8; 3)L2-L4; 4)Д8-Д10; 5)L5-S2.
Правильный ответ:3

208. К экстерорецепторам относятся:
1)тактильные;
2)расположенные в мышцах, связках, сухожилиях, суставах, надкостнице; 3)болевые;
4)температурные. Правильный ответ:1,3,4

209. Этиологические факторы кровоизлияния в мозг:
1. гипертоническая болезнь
2. артерио-венозные мальформации
3. стеноз интракраниальных сосудов
4. системные васкулиты

5. болезни крови
 6. эмболии при ИБС
 7. вторичная почечная гипертензия
- Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 7.

210. Отметьте, какие симптомы наиболее характерны для полиневритического типа расстройства чувствительности:

- 1) расстройства чувствительности в соПравильный ответствующих дерматомах;
 - 2) боли в конечностях;
 - 3) гипестезия в дистальных отделах конечностей;
 - 4) гемигипестезия.
- Правильный ответ: 2, 3

211. Кровоизлияние в мозг развивается в результате:

1. разрыва сосуда
2. тромбоза
3. диапедеза

Правильный ответ: 1, 3

212. Третий нейрон поверхностной чувствительности находится в:

- 1) спинальном ганглии;
 - 2) передних рогах спинного мозга;
 - 3) задних рогах спинного мозга;
 - 4) таламусе;
 - 5) стволе мозга.
- Правильный ответ: 4

213. Кортикальная проекция глубокой чувствительности представлена в:

- 1) прецентральной извилине;
- 2) постцентральной извилине;
- 3) гиппокамповой извилине;
- 4) язычной извилине.

Правильный ответ: 2

214. При поражении задних корешков возникают: 1) спастические параличи;

- 2) диссоциированное расстройство чувствительности;
- 3) боли;
- 4) утрата всех видов чувствительности;
- 5) судороги.

Правильный ответ: 3, 4

215. Отраженные боли возникают при поражении:

- 1) спинальных ганглиев;
 - 2) задних корешков спинного мозга;
 - 3) внутренних органов;
 - 4) таламуса.
- Правильный ответ: 3

216. Симптомами раздражения постцентральной извилины являются:

- 1) приступы клонических судорог – локальных или в виде джексоновского марша;
- 2) приступы парестезий - локальных или в виде джексоновского марша;
- 3) моно-или гемигипестезия;
- 4) спастический моно-или гемипарез;
- 5) обонятельные или вкусовые галлюцинации.

Правильный ответ: 2

217. Укажите, где перекрещиваются проводящие пути глубокой чувствительности:

1)передняя серая спайка;

2)продолговатый мозг; 3)варолиев мост; 4)средний мозг. Правильный ответ:2

218. Наиболее информативные диагностические методы обследования при ишемическом инсульте:

1. электроэнцефалография

2. ангиография мозговых сосудов

3. люмбальная пункция

4. компьютерная томография

5. вентрикулография

6. пневмоэнцефалография

Правильный Правильный ответ: 2, 3, 4

219. Укажите, какие симптомы отмечаются при поражении мозжечка:

1)мышечная гипертония; 2)мышечная гипотония;

3)интенционный тремор;

4)скандированная речь;

5)миоклония.

Правильный ответ:2,3,4

220. Укажите, какие ножки мозжечка проводят афферентные импульсы от коры больших полушарий к мозжечку:

1)верхние, 2)средние; 3)нижние.

Правильный ответ:2

221. При каких пробах можно обнаружить интенционный тремор:

1)пальце-носовая;

2)проба Ромберга; 3)указательная; 4)пяточно-коленная.

Правильный ответ:1,3,4

222. Как нарушается почерк при поражении мозжечка:

1)микрография;

2)графоспазм; 3)мегалография. Правильный ответ:3

223. К какой интегративной системе относится мозжечок:

1)пирамидной;

2)экстрапирамидной;

3)лимбико-ретикулярный комплекс. Правильный ответ:2

224. Укажите, какие подкорковые ядра поражаются при стриарном синдроме:

1)бледный шар; 2)хвостатое ядро; 3)путамен.

Правильный ответ:2,3

225. Укажите, какие симптомы характерны для паркинсонизма:

- 1)мышечная гипотония;
- 2)амимия;
- 3)пластическая гипертония мышц;
- 4)спастическая гипертония мышц;
- 5)брадикинезия; 6)пропульсии; 7)тремор покоя.

Правильный ответ:2,3,5,6,7

226. Подкорковые гиперкинезы возникают при:

- 1)дефиците дофамина;
- 2)активации дофаминовой системы. Правильный ответ:2

227. Симптомы, характерные для ушиба спинного мозга:

1. обратимость неврологических симптомов в течение нескольких часов
2. стойкие двигательные и чувствительные нарушения
3. нарушение функции тазовых органов
4. нарушение проходимости субарахноидального пространства Правильный ответ:

2, 3

228. Укажите виды гиперкинезов органического характера:

- 1)хореический;
- 2)миоклонический;
- 3)атетоидный;
- 4)торсионная дистония;
- 5)тики, исчезающие при отвлечении внимания. Правильный ответ:1,2,3,4

229.Укажите синдром поражения IX, X, XII пар черепных нервов:

- 1)пирамидный;
- 2)экстрапирамидный; 3)псевдобульбарный; 4)бульбарный. Правильный ответ:4

230.У больного развились птоз, мидриаз, расходящееся косоглазие справа и левосторонний центральный гемипарез. Укажите характер синдрома и локализацию очага поражения:

- 1)подкорковый стриарный синдром;
- 2)альтернирующий синдром;
- 3)псевдобульбарный синдром;
- 4)хвостатое ядро справа;
- 5)хвостатое ядро слева; 6)ножка мозга справа; 7)ножка мозга слева. Правильный

ответ:2,6

231.Битемпоральная гемианопсия возникает при поражении:

- 1)перекрещенных волокон хиазмы;
- 2)неперекрещенных волокон хиазмы;
- 3)подкорковых зрительных центров;

4)внутренней поверхности коры затылочной доли. Правильный ответ:1

232.При поражении каких нервов слухового анализатора будет одностороннее поражение слуха:

- 1)внутреннее ухо;
- 2)слуховой нерв;
- 3)ядро слухового нерва;
- 4)подкорковые слуховые центры;
- 5)височная поперечная извилина (извилины Гешле). Правильный ответ:1,2,3

233. Симптомы, характерные для менингита:

- 1.общая гиперестезия
2. головная боль
3. рвота
4. нормальный состав ликвора
5. ригидность затылочных мышц
6. распространение инфекционного процесса на вещество мозга

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5

234.При поражении коры теменной доли правого полушария мозга возникает:

- 1)аутоагнозия;
- 2)алексия;
- 3)псевдомелия; 4)анозогнозия; 5)аграфия.

Правильный ответ:1,3,4

235.Вкусовые галлюцинации возникают при раздражении коры:

- 1)прецентральной извилины;
- 2)постцентральной извилины; 3)верхней лобной извилины; 4)парагиппокамповой извилины. Правильный ответ:4

236.Квадрантные гемианопсии возникают при поражении:

- 1)угловой извилины;
- 2)внутренней поверхности затылочной доли; 3)наружной поверхности затылочной доли;
- 4)средней лобной извилины. Правильный ответ:2

237.Цереброспинальная жидкость продуцируется:

- 1)сосудистыми сплетениями мозговых желудочков;
- 2)пахионовыми грануляциями;
- 3)твердой мозговой оболочкой;
- 4)паутинной мозговой оболочкой; 5)мягкой мозговой оболочкой. Правильный ответ:1

238.Укажите менингеальные симптомы:

- 1)с-м Нери;
- 2)ригидность затылочных мышц;
- 3)с-м Кернига;

4)с-м Ласега;

5)верхний с-м Брудзинского; 6)средний с-м Брудзинского; 7)нижний с-м Брудзинского.

Правильный ответ:2,3,5,6,7

239.У пациента с люмбальгией во время люмбальной пункции получен неравномерно окрашенный кровью ликвор. Укажите результаты центрифугирования в случае травматической («путевой») примеси крови к спинномозговой жидкости: 1)центрифугированная жидкость бесцветна; 2) центрифугированная жидкость ксантохромна. Правильный ответ:1

240.Для поражения боковых рогов спинальных сегментов С8-Д1 характерен:

1)симптом Аргайла-Робертсона;

2)обратный симптом Аргайла-Робертсона; 3)синдром Клода Бернара-Горнера.

Правильный ответ:3

241.Белый местный дермографизм характерен для:

1)симпатической активации;

2)преобладания тонуса парасимпатической системы. Правильный ответ:1

242.К надсегментарным вегететивным образованиям относятся:

1)лимбическая система;

2)гипоталамус;

3)спинной мозг;

4)симпатический ствол;

5)ретикулярная формация мозгового ствола. Правильный ответ:1,2,5

243.Укажите частоту альфа-ритма, регистрируемого на ЭЭГ в норме над затылочной и теменной областями головного мозга, у человека в состоянии расслабленного бодрствования:

1) 0-3 Гц;

2) 4-7 Гц;

3) 8-12 Гц; 4)свыше 12 Гц. Правильный ответ:3

244.Укажите наиболее достоверный метод распознавания внутричерепных аневризм:

1)компьютерная томография;

2)магнитно-резонансная томография; 3)электроэнцефалография; 4)церебральная ангиография. Правильный ответ:4

245.Укажите наиболее характерные признаки неэмболического инфаркта мозга (ишемического инсульта по типу тромбоза):

1)постепенное нарастание очаговой неврологической симптоматики на фоне сохранного сознания; 2)острое начало в период бодрствования с нарушением сознания. Правильный ответ:1,3,4,5

246.Больную М., 50 лет, беспокоят приступы острой, режущей, нестерпимой боли по типу «удара электрическим током», начинающиеся в области крыла носа справа, и распространяющиеся на правую половину верхней губы, зубы правой половины верхней

челюсти и скуловую область, правый висок. Продолжительность болевого приступа 10-15 секунд, частота 2-3 раза в день. Болезна около 10 лет. Боли усиливаются во время разговора, жевания, глотания. Между приступами в неврологическом статусе отмечается резкая болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа. В области кожи крыла правой половины носа отмечается зона сверхповышенной чувствительности, прикосновение к которой провоцирует возникновение болевого приступа. Поставьте предполагаемый клинический диагноз:

- 1)лицевая мигрень;
 - 2)невропатия правого лицевого нерва;
 - 3)невралгия 2-й ветви правого тройничного нерва;
 - 4)дентальная правосторонняя верхнечелюстная плексальгия (одонтогенная невропатия 2-й ветви правого тройничного нерва).
- Правильный ответ:3

247.Больной К., 21 год, пожаловался на несколько приступов, случившихся с ним за последние 4 года. Приступы возникают внезапно, теряет сознание, падает. Со слов окружающих сначала отмечаются тянущие двусторонние судороги, а затем быстрые подергивания ног и рук. Каждый раз он прикусывал язык и не удерживал мочу. После одного из приступов он обнаружил даже вывих плеча. Укажите тип припадков, наиболее соПравильный ответствующий жалобам пациента:

- 1)генерализованный тонико-клонический;
 - 2)простой абсанс;
 - 3)сложный абсанс;
 - 4)простой парциальный моторный; 5)сложный парциальный.
- Правильный ответ:1

248.Антиэпилептические лекарственные препараты каких групп являются наиболее эффективными при лечении абсансов:

- 1)барбитураты (фенобарбитал и др.);
 - 2)бромиды;
 - 3)сукцинимиды (этосуксимид и др.).
- Правильный ответ:3

249. В медико-генетическую консультацию обратилась девушка 15-летнего возраста с жалобами на отставание в физическом развитии (низкий рост), недоразвитие молочных желез, отсутствие месячных. При осмотре отмечены крыловидные складки на короткой шее, половой инфантилизм, врожденный порок сердца. При исследовании кариотипа - число хромосом 45, XO. В клетках эпителия слизистой щеки отсутствует половой хроматин. Поставьте клинический диагноз:

- 1)синдром Дауна;
 - 2)синдром Клайнфельтера;
 - 3)синдром трисомии X;
 - 4)синдром Шерешевского –Тернера.
- Правильный ответ:4

250.При первичной прогрессирующей мышечной дистрофии (форме Эрба Рота) мышечная слабость и атрофии в конечностях, тазовом и плечевом поясе развиваются вследствие первичного поражения: 1)периферических нервов;

- 2)спинальных мотонейронов; 3)поперечно-полосатой мускулатуры; 4)корковых

мотонейронов. Правильный ответ:3

251.Укажите тип наследования Дюшенновской миодистрофии:

- 1)аутосомно-доминантный;
- 2)аутосомно-рецессивный;
- 3)рецессивный, сцепленный с X-хромосомой; 4)доминантный, сцепленный с X-хромосомой. Правильный ответ:3

252.Гепатоцеребральная дистрофия является наследственно-дегенеративным заболеванием с преимущественным поражением: 1)пирамидных путей;

- 2)экстрапирамидной системы; 3)периферических нервов; 4)спинного мозга. Правильный ответ:2

253.Выберите наиболее правильный Правильный ответ. Медицинская генетика изучает:

- 1)клинические особенности наследственных болезней;
- 2)роль наследственных факторов в патологии человека;
- 3)этиологию, патогенез наследственных болезней и болезней с наследственной предрасположенностью;
- 4)пути профилактики наследственных болезней. Правильный ответ:3

254.Выберите два правильных Правильный ответа. Для аутосомно-доминантного типа наследования характерно:

- 1)родители больного ребенка фенотипически здоровы, но аналогичные заболевания встречаются у сибсов пробанда;
- 2)сын никогда не наследует заболевания от отца;
- 3)одинаково часто заболевание встречается у мужчин и женщин; 4)заболевание передается от родителей к детям в каждом поколении. Правильный ответ:3,4

255.Выберите один правильный Правильный ответ. Диагностические критерии нейрофиброматоза: 1)врожденный порок сердца и порок развития лучевой кости;

- 2)множественные пигментные пятна на коже, опухоли кожные, подкожные и по ходу нервных волокон, сколиоз, глиомы зрительного нерва;
- 3)анемия, гепатоспленомегалия, башенный череп, водянка плода, трехфаланговый большой палец, отставание в росте, узкие плечи, врожденная анемия. Правильный ответ:2

256.Выберите два правильных Правильный ответа. Основные показания для исследования кариотипа: 1)наличие в анамнезе умерших детей с множественными пороками развития; 2)хронический прогрессивный характер течения болезни с началом в детском возрасте; 3)неврологические проявления (судороги, изменения мышечного тонуса, спастические или периферические парезы конечностей);

- 4)олигофрения в сочетании с пороками развития. Правильный ответ:1,4

257.Выберите один правильный Правильный ответ. Определение концентрации альфафетопротеина в крови беременной женщины является скринирующим методом дородовой диагностики: 1)наследственных дефектов обмена аминокислот;

- 2)наследственной патологии крови;
- 3)пороков развития;
- 4)наследственных дефектов обмена углеводов. Правильный ответ:3

258.Наиболее выраженным неврологическим осложнением летаргического энцефалита Экономо является: 1)слепота;

- 2)глухота;
- 3)нижняя спастическая параплегия;
- 4)паркинсонизм;
- 5)недержание мочи и кала. Правильный ответ:4

259.Развитию пневмококкового гнойного менингита способствуют все нижеперечисленные причины кроме:

- 1)ликвореи;
- 2)острого гнойного гайморита;
- 3)эпилепсии;
- 4)острого среднего гнойного отита. Правильный ответ:3

260.Среди двигательных структур вирус клещевого энцефалита наиболее часто поражает: 1)пирамидные клетки Беца;

- 2)базальные ганглии;
- 3)двигательные ядра IX-XII пар черепных нервов;
- 4)спинальные мотонейроны шейного утолщения; 5)спинальные мотонейроны поясничного утолщения; 6)периферические нервы. Правильный ответ:4

261.Укажите форму острого энцефалита, наиболее часто встречающуюся среди заболевших людей зрелого возраста:

- 1)герпетический;
- 2)клещевой;
- 3)летаргический; 4)комариный. Правильный ответ:1

262.Непаралитическая форма острого полиомиелита проявляется клинической картиной: 1)гнойного менингита; 2)серозного менингита; 3)менингизма. Правильный ответ:2

263.Подострый базальный сифилитический менингит относится к: 1)ранним формам нейрорлюэса; 2)поздним формам нейрорлюэса. Правильный ответ:1

264.Больной Л., 48 лет, предъявляет жалобы на пошатывание при ходьбе, возникшее примерно 3-4 года назад, и в дальнейшем постепенно усиливающееся. Пошатывание особенно усиливается в темное время суток. При осмотре: отсутствует реакция зрачков на свет, а на конвергенцию и аккомодацию удовлетворительная. Глубокие рефлексы с рук средней живости, с ног не вызываются. Четких парезов конечностей не определяется. Нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп. Пошатывание в позе Ромберга в обе стороны, больше вправо. Походка штампующая. Коррекция ходьбы зрением. Положительны серологические реакции РИФ и РИБТ. Поставьте предполагаемый клинический диагноз:

- 1)болезнь Фридрейха;
- 2)диабетическая полинейропатия;
- 3)спинная сухотка; 4)фуникулярный миелоз. Правильный ответ:3

265.Сифилитические солитарные гуммы в спинном мозгу, растущие из оболочек, имеют клинику, сходную с опухолью спинного мозга:

- 1)интрамедуллярными; 2)экстремедуллярными. Правильный ответ:2

266.Укажите наиболее частую причину возникновения абсцессов мозга:

- 1)гематогенное распространение инфекции;
- 2)проникающие ранения черепа; 3)травма челюстно-лицевой области;
- 4)нейрохирургические вмешательства. Правильный ответ:1

267.Укажите наиболее тяжелую по проявлениям и клиническому течению форму острого гнойного менингита: 1)пневмококковый;

- 2)стафилококковый; 3)стрептококковый; 4)менингококковый. Правильный ответ:4

268.Укажите характер парализации верхних конечностей при шейно-грудной форме бокового амиотрофического склероза:

- 1)вялый; 2)спастический; 3)смешанный. Правильный ответ:3

269.Множественные очаги демиелинизации с пролиферацией глиальных элементов (бляшки) при рассеянном склерозе выявляются в:

- 1)мозговых оболочках;
- 2)сером веществе ЦНС;
- 3)белом веществе ЦНС;
- 4)сером и белом веществе ЦНС;
- 5)периферических нервах;
- 6)мозговых оболочках, сером и белом веществе ЦНС, периферических нервах.

Правильный ответ:3

270.Укажите регионы с наиболее высокой заболеваемостью рассеянным склерозом:

- 1)Северная Америка;
- 2)Южная Америка;
- 3)Северо-Западная Европа; 4)Азия; 5)Африка.

Правильный ответ:1,3

271.Укажите наиболее вероятную причину приступообразной боли режущего характера в одном глазу в течение до двух-трех часов у больного К, 20 лет, сопровождающуюся обильным слезотечением, отеком века и гиперемией данного глаза. Приступы возникают, главным образом, ночью, спустя несколько часов после засыпания. В момент приступа больной неспокоен. В периоды обострения заболевания приступы по существу каждую ночь 2-3 раза на протяжении нескольких недель или месяцев, затем проходят на 1-2 месяца, а в дальнейшем проявляются аналогичным образом и т.д.:

- 1)простая мигрень;

2)классическая мигрень;
3)невралгия I-й ветви тройничного нерва; 4)ганглионит Гассерова узла; 5)кластерная цефалгия. Правильный ответ:5

272.Укажите наиболее часто встречающуюся форму острых спинальных инсультов:
1)ишемический инсульт спинного мозга;
2)гематомиелия;
3)спинальное субарахноидальное кровоизлияние; 4)эпидуральная гематома;
5)субдуральная гематома. Правильный ответ:1

273.При истерических судорожных припадках главным отличительным признаком от эпилепсии является:
1)психомоторное возбуждение;
2)живая реакция зрачков на свет; 3)последующая анамнезия приступа; 4)гиперемия лица.
Правильный ответ:2

274.Эозинофильные аденомы гипофиза клинически проявляются:
1)акромегалией;
2)ранним половым созреванием; 3)синдромом Иценко-Кушинга; 4)несахарным диабетом. Правильный ответ:1

275.Слабость и атрофия мышц, их спастичность, гиперрефлексия сухожильных и надкостничных рефлексов, положительный симптом Бабинского позволяют предположить:
1)заболевание задних спинальных корешков;
2)заболевание передних спинальных корешков; 3)болезнь двигательных нейронов;
4)повреждение клеток Пуркинье. Правильный ответ:3

276.Наиболее информативным методом диагностики сирингомиелии являются:
1)магнитно-резонансная томография спинного мозга;
2)компьютерная томография спинного мозга;
3)миелография;
4)спинальная ангиография; 5)электромиография; 6)электронейромиография. Правильный ответ:1

277.Если у больного с рождения отмечаются нижняя вялая параплегия, энурез и энкопрез в сочетании с повреждением спинного мозга, то врач должен заподозрить:
1)кисту в задней черепной ямке;
2)менингомиелоцеле;
3)сирингомиелию;
4)интрамедуллярную опухоль. Правильный ответ:2

278.Все нижеперечисленное может вызывать отвисание стопы и перенеальную походку (степпаж), кроме:
1)болезни Шарко-Мари;
2)сдавление спинального корешка L5;

3)инфекционно-аллергической полиневропатии; 4)гепатолентикулярной дегенерации.
Правильный ответ:4

279.Укажите основной препарат при лечении эссенциального тремора:

- 1)леводопа;
- 2)синемет;
- 3)анаприлин; 4)мидантан; 5)амитриптилин. Правильный ответ:3

280.У больного К., 30 лет, в результате транспортной травмы плеча возникли выраженная слабость в проксимальных отделах правой руки, боли и парестезии по наружному краю плеча и предплечья. Невозможно отведение правой руки в плечевом суставе и сгибание ее в локтевом. При осмотре отмечены атрофии и слабость мышц: дельтовидной, двуглавой, внутренней плечевой, плечелучевой и короткого супинатора; выпадение бицепс-рефлекса, гипестезия на наружной поверхности плеча и предплечья. Движение кисти и пальцев правой руки не нарушено. Поставьте предварительный диагноз:

- 1)травматическая правосторонняя плечевая плексопатия в форме верхнего паралича Дюшенна-Эрба;
 - 2)травматическая правосторонняя плечевая плексопатия в форме нижнего паралича Дежерина-Клюмке;
 - 3) травматическая правосторонняя плечевая плексопатия в форме тотального паралича.
- Правильный ответ:1

281.Укажите, при поражении какого нерва развивается «когтеобразная кисть»:

- 1)лучевого;
- 2)срединного;
- 3)локтевого;
- 4)мышечно-кожного. Правильный ответ:3

282.Больной Ф., 24 года, во время игры в футбол получил травму правой ноги. Возникло ограничение тыльного сгибания стопы и пальцев правой ноги. При осмотре спустя 3 недели: правая стопа свисает книзу, ротирована внутрь. При ходьбе высоко поднимает правую ногу, чтобы не задеть стопой за пол. Гипотрофия мышц передненаружной поверхности правой голени. Гипестезия по наружной поверхности голени и тыльной поверхности правой стопы. Коленные и ахилловы рефлексы средней живости, патологических стопных пирамидных симптомов не определяется. Симптомы натяжения Ласега, Мацкевича отрицательные. Поставьте предполагаемый диагноз:

- 1)травматическая невропатия правого бедренного нерва;
- 2) травматическая невропатия правого седалищного нерва;
- 3)травматическая невропатия правого большеберцового нерва; 4)травматическая невропатия правого малоберцового нерва. Правильный ответ:4

283.Больная К., 47 лет, прачка, на протяжении последних 4-5 лет предъявляет жалобы на преимущественные ночные и утренние болезненные онемения пальцев правой руки. Парестезии усиливаются при поднимании правой руки вверх и при перкуссии ладонной поверхности правого лучезапястного сустава. При осмотре выявлены гипотрофия тенара, уменьшение силы

сдавления между большим и указательным пальцами правой кисти (возникают трудности при застегивании пуговиц, заводе часов). Поставьте предполагаемый диагноз:

- 1)правосторонняя плечевая плексопатия (паралич Дежерин-Клюмке);
- 2)шейный остеохондроз с правосторонним рефлекторным синдромом плечо-кисть;
- 3)туннельная невропатия (синдром правого запястного канала); 4)шейный остеохондроз с правосторонней цервико-брахиальгией. Правильный ответ:3

284.Что обычно является преобладающим в клинической картине дифтерийной полиневропатии:

- 1)поражение III, IV, VI пар черепных нервов;
- 2)поражение бульбарных черепных нервов;
- 3)множественное поражение периферических нервов верхних и нижних конечностей. Правильный ответ:2

285.У больного Т., 57 лет, бухгалтера, в течение последнего года появились и постепенно усилились жгучие боли, парестезии и кожный зуд в дистальных отделах ног. Боли особенно усиливаются в ночное время. Ранее считал себя здоровым. Объективно: легкая гипотрофия мелких мышц стоп и кистей, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы. Легкий периферический дистальный тетрапарез (мышечная сила 4 балла). При ходьбе – легкий степпаж, элементы сенситивной атаксии. Гипестезия всех видов чувствительности в виде «перчаток и носков». Кожные покровы стоп истончены, сухие, шелушатся. Акроцианоз кистей и стоп. Содержание сахара в крови в разные дни колеблется от 6 до 10 ммоль/л. Зрачки несколько сужены и вяло реагируют на свет. Серологические нетрепонемные и трепонемные реакции отрицательные. Поставьте предполагаемый диагноз:

- 1)диабетическая дистальная симметричная полиневропатия;
- 2)спинная сухотка;
- 3)алкогольная полиневропатия. Правильный ответ:1

286.Укажите, что является наиболее эффективным в терапии острой полирадикулоневропатии Гийена-Барре: 1)гепарин; 2)кортикостероиды; 3)плазмафарез. Правильный ответ:3

287.У больной С., 65 лет, на фоне катарального состояния (недомогание, субфебрилитет) появились резкие стреляющие боли опоясывающего характера на правой половине грудной клетки в области сегментов Д5-Д6 и пузырьковые высыпания в той же области. Болезненная пальпация паравerteбральных точек справа на уровне Д5-Д6. Гипестезия по корешковому типу в области Д5-Д6 сегментов на правой половине грудной клетки. При люмбальной пункции ликвор прозрачный, бесцветный, давление 220 мм вод.ст., белок 0,45 г/л., цитоз 7 в 1 мкл (лимфоциты), содержание сахара и хлоридов в пределах нормы. Поставьте предполагаемый диагноз:

- 1)острый серозный миелит;
- 2)острый серозный спинальный менингит;
- 3)остеохондроз грудного отдела позвоночника с правосторонним корешковым синдромом (Д5-Д6); 4)опоясывающий герпес с явлениями правосторонней межреберной невралгии

(Д5-Д6). Правильный ответ:4

288.Для клинической картины дистрофической миотонии (болезнь Штейнерта-Куршмана) характерным является сочетание:

- 1)миотонических и миопатических симптомов;
- 2)миотонических и миастенических симптомов;
- 3)миотонических симптомов и подкорковых хореических гиперкинезов. Правильный

ответ:1

289.Больной М.. 44 лет, шофер, в течение года отмечал периодические боли в пояснице. 3 дня назад в результате автодорожного столкновения перенес удар в область поясницы, в результате возникли боли по передней поверхности бедра и внутренней поверхности голени левой ноги. Развилась слабость в левой ноге (затруднения при подъеме по лестнице). При осмотре выявлены парез четырехглавой мышцы бедра и выпадение коленного рефлекса слева, гипестезия на передневнутренней поверхности бедра, внутренней поверхности голени и стопы левой ноги. Данные КТ указывают на грыжу диска L3-L4. Поставьте предполагаемый диагноз:

- 1)люмбаго;
- 2)поясничный остеохондроз с компрессией корешка слева L4;
- 3)поясничный остеохондроз с компрессией L5 слева;
- 4)поясничный остеохондроз с компрессией корешка S1 слева. Правильный ответ:2

290.Укажите наиболее частый тип первичных опухолей головного мозга:

- 1)менингиома;
- 2)лимфосаркома; 3)астроцитомы; 4)медуллобластома. Правильный ответ:3

291. Профилактика неврологических осложнений остеохондроза:

- 1) занятие силовыми видами спорта,
- 2) сон на мягком матрасе,
- 3) лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц спины, 4) плавание.
- 5) прыжки в высоту.

Правильный Правильный ответ: 3,4

292.Укажите симптомы поражения лучевого нерва:

- 1)отсутствие трицепс-рефлекса;
- 2)парез разгибателей кисти;
- 3)невозможность отведения большого пальца; 4)невозможность приведения большого пальца.

Правильный ответ:1,2,3

293. Мигренью болеют:

- 1) до пубертатного периода с одинаковой частотой мальчики и девочки
- 2) только взрослые
- 3) во всех возрастных группах только лица женского пола
- 4) девочки в два раза чаще мальчиков Правильный Правильный ответ: 1

294. Укажите основные стадии экстрамедуллярной опухоли:

- 1) корешковая стадия;
- 2) стадия синдрома Броун-Секара;
- 3) стадия поперечного поражения спинного мозга; 4) полиомиелитическая стадия.

Правильный ответ: 1, 2, 3

295. При сотрясении головного мозга отмечаются все симптомы, кроме (выберите один Правильный ответ): 1) утраты сознания;

2) тошноты;

3) очаговой неврологической симптоматики; 4) головокружения; 5) головной боли.

Правильный ответ: 3

296. Для диабетической полинейропатии характерно:

- 1) симметричность поражения;
- 2) преимущественное поражение нервов верхних конечностей;
- 3) преимущественное поражение нервов нижних конечностей; 4) преимущественное поражение черепно-мозговых нервов; 5) всё перечисленное.

Правильный ответ: 5

297. Имеют право информировать больного о его здоровье, плане обследования и лечения

- 1) лечащий врач или заведующий отделением
 - 2) медсестра
 - 3) родственники
 - 4) врач функциональной диагностики
 - 5) любой врач отделения, не курирующий больного
- Правильный ответ: 1

298. Врач к больному должен обращаться

- 1) по имени
- 2) по имени и отчеству
- 3) по фамилии
- 4) "больной"

Правильный ответ: 2

299. Объем помощи на догоспитальном этапе в случае неотложного состояния ограничивается назначением средств, необходимых:

- 1) для купирования нарушений сердечной деятельности
 - 2) для купирования нарушений дыхания
 - 3) для обеспечения безопасной транспортировки в стационар
 - 4) для снятия болевого синдрома
 - 5) для прекращения рвоты
- Правильный ответ: 1

300. Для лечения рассеянного склероза используют:

- 1) интерфероны;
- 2) кортикостероиды;

- 3) плазмаферез;
- 4) всё перечисленное; 5) верно 2) и 3).

Правильный ответ: 4

Ситуационные задачи

Задача 1

Больная 67 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарушение памяти, частые головные боли, головокружение, периодическое поперхивание при еде, иногда испытывает неустойчивость при ходьбе, начала пользоваться палочкой. Данные жалобы появились около 3х лет назад и постепенно прогрессировали. Много лет страдает гипертонической болезнью, лечится нерегулярно. Объективно выявляется легкая дисфония и дизартрия, язык слегка девирует вправо, атрофий в языке нет. Выраженные симптомы орального автоматизма.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать? **Эталон ответа:**

1) ЦВБ. ХНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия II.
2) Госпитализация не показана.
3) МРТ головного мозга.
4) Коррекция гипотензивной терапии. Дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг. При ухудшении когнитивных функций: мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин)

Задача 2

Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78летнюю мать. Мама жалоб не предъявляет, но дочь рассказала, что последний год мама перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери нарушения памяти отмечаются в течении 5-6ти лет, она потеряла интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Задания:

- 1) Поставьте клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать? **Эталон ответа:**

1) ЦВБ. ХНМК. Сосудистая деменция.
2) Госпитализация не показана.
3) МРТ головного мозга.
4) Мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин), дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг.

Задача 3

Пациент 74х лет в течение 20ти лет страдает гипертонической болезнью. Вечером при просмотре новостной программы по телевизору, появились головокружение, тошнота, слабость и онемение в левых конечностях. Внучка измерила АД – 190/110 мм.рт.ст., дала таблетку «от давления». Ночью жалобы продолжали беспокоить, и внучка вызвала скорую помощь. В приемном отделении больницы врач выявил: общее самочувствие удовлетворительное, ЧСС 72 в 1 мин., ритм синусовый, горизонтальный нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, левосторонний центральный гемипарез до 4 баллов. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитационных мероприятий и вторичной профилактики? **Эталон**

ответа:

- 1) ЦВБ. Ишемический инсульт в вертебрально-базилярном бассейне справа.
- 2) Госпитализация показана.
- 3) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр) 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта б) коррективная гипотензивной терапии.
в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
г) в случае выявления гемодинамически значимых стенозов решение вопроса о хирургическом лечении

д) ранняя реабилитация.

5) Вторичная профилактика инсульта:

- А) антигипертензивная терапия
- Б) антитромбоцитарная терапия
- В) антикоагулянтная терапия
- Г) гиполипидемическая терапия

Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики: А) отказ от вредных привычек

Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела В) регулярные физические нагрузки Г) соблюдение режима труда и отдыха Профилактика инвалидизации:

1. Своевременная госпитализация
2. Адекватное лечение
3. Ранняя и поздняя реабилитация:
А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)
Б) физиотерапия, массаж
В) эрготерапия

Задача 4

Мужчина 64-х лет, утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке. Через 1,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД- 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента). На ЭКГ, выполненной на дому, ЧСС 68 в мин., ритм синусовый, выявлены признаки диффузного кардиосклероза.

Задания:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз?
- 2) Поставьте топический диагноз?
- 3) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 4) Нужна ли экстренная госпитализация, если «да» в какое отделение?
- 5) Какие обследования необходимо провести, как быстро, в какой последовательности, и какова их информативность?
- 6) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 7) Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики инвалидизации.

Эталон ответа:

- 1) Частичная моторная афазия, центральный монопарез правой руки.
- 2) Поражение левой лобной доли.
- 3) Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии (корковые ветви).
- 4) Срочная госпитализация в сосудистый центр
- 5) КТ головного мозга в течение первых 2-4-х часов, позволит исключить кровоизлияние и направить пациента на тромболизис. ЭКГ, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр) В дальнейшем показано МРТ головного мозга для выявления ишемического очага, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография для выявления изменения просвета сосудов, ЭХО кардиография,
 - 6) А) тромболизис
 - Б) базисная недифференцированная терапия инсульта
 - В) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
 - Г) в случае выявления гемодинамически значимых стенозов решение вопроса о хирургическом лечении
- 7) Вторичная профилактика инсульта:
 - А) антигипертензивная терапия
 - Б) антитромбоцитарная терапия
 - В) антикоагулянтная терапия
 - Г) гиполипидемическая терапияВторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики: А) отказ от вредных привычек
- Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела В) регулярные физические нагрузки Г) соблюдение режима труда и отдыха Профилактика инвалидизации:
 1. Своевременная госпитализация
 2. Адекватное лечение
 3. Ранняя и поздняя реабилитация:

- А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)
- Б) физиотерапия, массаж
- В) эрготерапия
- Г) занятия с логопедом

Задача 5

Женщина 65 лет, страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, принимает кордарон и дигоксин. Во время прогулки, внезапно почувствовала «перебои» в сердце, не смогла говорить, с трудом понимала обращенную речь, появилась асимметрия лица. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице через день сохраняется субтотальная сенсомоторная афазия, центральный парез лицевой мускулатуры справа, акцент глубоких рефлексов справа. **Задание:**

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные осложнения и исходы заболевания? **Эталон ответа:**

1) Поражение левого полушария (лобно-теменно-височная обл.).
 2) Ишемический инсульт в бассейне корковых ветвей левой средней мозговой артерии (предположительно тромбо-эмболический).

3) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр) 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта При подтверждении ишемического характера инсульта:

- б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
- в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)

5) а) смертность достигает 15-25%, стойкая инвалидизация остается у 30-40%, возможно полное выздоровление

б) осложнения: отек мозга и сдавление мозгового ствола, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии, уроинфекция, пролежни

Задача 6

Мужчина 58 лет с ревматическим митральным пороком сердца внезапно утратил сознание, возник генерализованный судорожный припадок. Был госпитализирован. При осмотре на отделении: несколько заторможен, вял, не помнит, что с ним случилось, речь правильная, но замедленная, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 4) Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.
- 5) Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности? **Эталон**

ответа:

1) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно тромбо-эмболический).

2) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр

3) а) базисная недифференцированная терапия инсульта При подтверждении ишемического характера инсульта:

б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).

в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол) 4) Вторичная профилактика инсульта:

А) антигипертензивная терапия

Б) антитромбоцитарная терапия

В) антикоагулянтная терапия

Г) гиполипидемическая терапия

Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:

А) отказ от вредных привычек

Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела

В) регулярные физические нагрузки

Г) соблюдение режима труда и отдыха Профилактика инвалидизации:

1. Своевременная госпитализация

2. Адекватное лечение

3. Ранняя и поздняя реабилитация:

А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)

Б) физиотерапия, массаж

В) эрготерапия

Г) занятия с логопедом

5) вероятность стойкой инвалидизации 30-40%.

Задача 7

Пациент 42 лет внезапно почувствовал слабость в левых конечностях, не успел ухватиться за ближайшую опору, упал. Через 40 минут был доставлен в специализированный городской сосудистый центр, где 6 месяцев назад перенес операцию по протезированию митрального клапана сердца. При осмотре выявлено: левосторонняя гемиплегия, игнорирование левой половины тела и пространства. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?

2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.

3) Какие обследования необходимо провести?

4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

5) Возможные исходы заболевания?

6) Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности?

Эталон ответа:

1) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии

(предположительно кардиоэмболический).

- 2) Операция по протезированию митрального клапана
- 3) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр. 4) В остром периоде:
 - а) базисная недифференцированная терапия инсультаПри подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
 - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
 - в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний)
 - г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол) В случае выявления гемодинамически значимых стенозов: д) эндоваскулярная хирургия (стентирование)
- 5) смертность достигает 15-25%, стойкая инвалидизация остается у 30-40%, возможно полное выздоровление
- 6) вероятность стойкой инвалидизации 30-40%

Задача 8

Пациентка 74 лет, страдающая гипертонической болезнью, пытаясь снизить повышенное АД, самостоятельно приняла большое количество гипотензивных препаратов. При вставании с постели внезапно потеряла сознание. Придя в себя, не помнит, что с ней произошло, не узнает свою дочь и свою комнату. При осмотре врачом специализированной (неврологической) бригады скорой помощи выявлено: АД 105/60 мм.рт.ст., левосторонняя гомонимая гемианопсия, зрительная агнозия, ретроградная амнезия. На ЭКГ: ритм синусовый, признаки очагового кардиосклероза. От госпитализации категорически отказалась. На следующий день самочувствие несколько улучшилось. Через день была отвезена сыном в частный консультативный центр, где было выполнено дуплексное сканирование церебральных сосудов. По заключению выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 90 %, левой внутренней сонной артерии до 70 %.

Задания:

- 1) Поставьте топический и предположительный клинический диагноз?
- 2) Какой механизм сосудистого нарушения можно предположить?
- 3) Какую тактику лечения можно рекомендовать? **Эталон ответа:**
 - 1) Правая затылочная доля. Ишемический (предположительно гемодинамический) инсульт в бассейне правой задней мозговой артерии.
 - 2) Гемодинамический инсульт на фоне резкого снижения АД 3) а) эндоваскулярное хирургическое лечение (стентирование). б) антикоагулянтная терапия (варфарин)
 - в) строгий контроль приема антикоагулянтов и гипотензивных препаратов
 - г) нейрорепаративная терапия, нейropsychологический тренинг.

Задача 9

У мужчины 70 лет, страдающего гипертонической болезнью, не смотря на регулярный прием препаратов из группы сартанов и бета-блокаторов, периодически АД поднимается до 180/110 мм.рт.ст. 2 дня назад внезапно почувствовал ощущение «каши во рту» при попытке что-то сказать, и неловкость в кисти левой руки. Данные проявления с тех пор не росли и не уменьшились. Известно, что неделю назад были подобные проявления, которые возникли на

фоне повышения АД и полностью регрессировали через несколько часов. Так как жалобы сохранились, обратился в поликлинику.

Задания:

- 1) Назовите вероятные неврологические синдромы на основании описанных жалоб.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Какую тактику лечения можно рекомендовать? **Эталон ответа:**

1) Дизартрия из-за центрального пареза языка, центральный монопарез левой кисти.
2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (корковые ветви).

3) Срочная госпитализация
4) КТ или МРТ головного мозга и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)

- 5) а) базисная недифференцированная терапия инсульта

При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:

б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).

в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамо) В случае выявления гемодинамически значимых стенозов: г) эндоваскулярная хирургия (стентирование) Ранняя реабилитация, занятия с логопедом. д) коррекция гипотензивной терапии

Задача 10

Во время летних каникул, находясь у бабушки в деревне в Белоруссии, 14-летний подросток регулярно пил козье молоко, которое покупала бабушка в соседней деревне. Внезапно у него возник озноб, поднялась температура до 39 градусов, заболела голова, была рвота. На второй день болезни был жидкий стул, боли в животе. Через 2 дня температура снизилась, но еще через 2, вновь поднялась, стал сонлив и спутан, в связи с чем доставлен в больницу. В больнице определили положительные симптомы ригидности шейных мышц, Кернига и Брудзинского. Очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. В анализе ликвора: бесцветный, прозрачный, давление –350 мм вод.ст., цитоз- 200 кл. в 1 мкл, смешанного х-ра, с преобладанием лимфоцитов.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения. **Эталон ответа:**

1) Оболочки головного мозга
2) Клещевой энцефалит, менингеальная форма
3) Анализ ликвора на выявление вируса – серологическое исследование, ПЦР
4) Лечение этиотропное – рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическая – противоотечная (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективная,

витамины (милльгамма)

- 5) Энтеральный путь заражения, козье молоко

Задача 11

Женщина 55 лет, страдающая гипертонической болезнью в течение 5ти лет, проснувшись утром, почувствовала головную боль, тупого давящего характера, больше выраженную в затылочной области. Женщина померила АД, оказалось – 130/85, приняла свои обычные лекарства, головная боль не прошла и вскоре она заметила выпадение левых половин полей зрения, тогда она вызвала такси и доехала до поликлиники. Врач при сборе анамнеза выяснил, что мать пациентки страдала мигренью. Неврологический осмотр выявил левостороннюю гемианопсию. Врач дал рекомендации по соблюдению диеты (исключение шоколада, красного вина, сыра чеддер), назначил прием препарата из группы триптанов и рекомендовал повторное обращение через месяц.

Задания:

- 1) Какую ошибку совершил врач?
- 2) Поставьте топический диагноз.
- 3) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 4) Требовалась ли госпитализация?
- 5) Консультации, каких специалистов необходимо было назначить?
- 6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 7) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**

1) Врач поставил неправильный диагноз «мигрень с аурой» и назначил соответствующее лечение. Врач не учел возраст пациентки, наличие гипертонической болезни, нетипичный для мигрени характер головной боли, и самое главное, стойкий характер очаговой симптоматики (гемианопсии). Врач обязан был госпитализировать пациентку в экстренном порядке.

- 2) Поражение зрительной лучистости справа
- 3) Ишемический инсульт в бассейне задней мозговой артерии справа.
- 4) Госпитализация обязательна.
- 5) Консультация невролога, офтальмолога.
- 6) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга. 7)

Лечение ишемического инсульта (см. задачи соответствующего раздела).

Задача 12

Мужчина 52х лет обратился к врачу в связи с появившейся у него 1,5 месяца назад головной болью, из-за которой он просыпается в 5 часов утра, головная боль носит распирающий характер, четко не локализуется. Все это время головная боль носила нарастающий характер, а в последнее время присоединилась рвота. Участковый врач сразу послал пациента к офтальмологу, который выявил правостороннюю верхнеквадрантную гемианопсию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?

- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 6) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**
 - 1) Поражение зрительной лучистости слева (височная, затылочная доли) 2) Опухоль головного мозга.
 - 3) Госпитализация обязательна.
 - 4) Консультация невролога, нейрохирурга.
 - 5) МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов головного мозга. 6) Хирургическое лечение.

Задача 13

Мужчина 40 лет на станции метро внезапно почувствовал «кинжальную» головную боль, утратил сознание, была рвота. Сотрудники метрополитена вызвали скорую помощь. К приезду скорой помощи мужчина начал контактировать с окружающими, жаловался на нестерпимую головную боль, сообщил врачу, что ничем раньше не болел. Врач скорой помощи выявил оглушение, наличие менингеальных симптомов, двухсторонний симптом Бабинского.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 3) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
- 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Обоснуйте выбор методов обследования.
- 6) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**
 - 1) Поражение (раздражение) оболочек головного мозга.
 - 2) Субарахноидальное кровоизлияние (аневризматическое).
 - 3) Госпитализация обязательна.
 - 4) Консультация невролога, нейрохирурга.
 - 5) МРТ головного мозга для подтверждения наличия кровоизлияния в субарахноидальное пространство и исключение кровоизлияния в паренхиму мозга. МРТ ангиография для выявления аневризм.
 - 6) А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы).
Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин) Г) базисная недифференцированная терапия инсульта.

Задача 14

Мужчина 31 года, полгода назад был избит, лечился с диагнозом сотрясение головного мозга. В течение всего этого периода продолжала беспокоить упорная головная боль средней интенсивности, периодическая тошнота. Сегодня утром жена не смогла разбудить его и вызвала скорую помощь. Врач скорой помощи выявил soporозное состояние и анизокорию.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
- 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?

- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 5) Назначьте лечение. **Эталон ответа:**
 - 1) Хроническая субдуральная гематома. Гипертензионно-дислокационный синдром.
 - 2) Срочная госпитализация на нейрохирургическое отделение.
 - 3) Консультация невролога, офтальмолога, нейрохирурга.
 - 4) МРТ головного мозга. 5) Хирургическое лечение.

Задача 15

59-ти летний мужчина начал замечать, что испытывает неудобство при управлении автомобилем, стало трудно давить на педали правой стопой. Обратился к врачу. К этому времени появились боли «жгучего» характера по задней поверхности нижних конечностей. На выполненных рентгенограммах были выявлены дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Назначен курс лечения мильгаммой, вольтареном и физиотерапией. Однако состояние продолжало ухудшаться, присоединилась слабость в левой стопе, нарушение мочеиспускания. Направлен на консультацию к неврологу, который выявил нижний дистальный периферический парез, гипестезию болевой и температурной чувствительности в сегментах L5-S3 с двух сторон. **Задание:**

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Тактика лечения. **Эталон ответа:**
 - 1) Опухоль конского хвоста? Интрамедуллярная опухоль спинного мозга на уровне эпиконуса-конуса?
 - 2) МРТ спинного мозга на уровне L4-S3.
 - 3) Лечение оперативное. Лучевая терапия и химиотерапия по показаниям

Задача 16

66-ти летняя пациентка госпитализирована из-за постепенно, в течение 1,5 месяцев, нарушившейся походки; 3 недели назад начала пользоваться палочкой, а 2 дня назад перестала ходить. Нарушения тазовых функций нет. Неврологическое обследование выявило: сила в верхних конечностях достаточная, глубокие рефлексы и чувствительность на верхних конечностях сохранены. В нижних конечностях определяется слабость до 2х баллов с повышением мышечного тонуса, оживлением коленных и ахилловых рефлексов, 2х сторонним симптомом Бабинского. Отсутствует болевая и вибрационная чувствительность ниже линии сосков с 2х сторон, нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Какие обследования необходимо провести?
- 3) Тактика лечения. **Эталон ответа:**
 - 1) Экстремедуллярная опухоль грудного отдела (Т3-4) спинного мозга.
 - 2) МРТ спинного мозга на уровне Т1-Т6. 3) Лечение оперативное.

Задача 17

У больного 49 лет, 1,5 месяца назад появилось затруднение в подборе слов, нарушилось письмо, 2 недели назад заметил, что из правой руки стали выпадать предметы. В последние две недели стала так же беспокоить сильная, постоянная головная боль, усиливающаяся в утреннее

время, сопровождающаяся тошнотой. В неврологическом статусе: оглушение, частичная моторная афазия, центральный парез правых конечностей.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Клинический диагноз?
- 3.Консультация каких специалистов может потребоваться? 4.Нужна ли госпитализация
- 5.Обследование?
- 6.Лечение? **Эталон ответа:**

1. Поражение правой лобной доли.
- 2.Объемное образование головного мозга (опухоль). Синдром внутричерепной гипертензии.
3. Невролог, нейрохирург.
4. Да, нужна.
5. МРТ головного мозга. 6. Оперативное, химиотерапия.

Задача 18

Больного в течение 5 месяцев беспокоит постепенно нарастающая головная боль, усиливающаяся под утро, в последнее время присоединилась рвота, снижение зрения на оба глаза и пошатывание при ходьбе влево. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Тонус в левых конечностях снижен, координаторные пробы плохо выполняет левыми конечностями (интенционный тремор, миопопадание). При обследовании офтальмологом выявлены застойные диски зрительного нерва с двух сторон.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3.Обследование?
4. Нужна ли госпитализация?
- 5.Лечение? **Эталон ответа:**

- 1.Левое полушарие мозжечка.
- 2.Опухоль задней черепной ямки (левого полушария мозжечка).
3. Методы нейровизуализации (МРТ головного мозга).
4. Да, необходима. 5. Оперативное.

Задача 19

Женщина 49 лет страдает упорной головной болью распирающего характера 4 месяца. Полгода назад начались и повторяются два раза в месяц приступы клонических судорог в левой стопе, с последующим преходящим парезом стопы. Объективно: слева повышение глубоких рефлексов, положительный симптом Бабинского. Глазное дно: расширение вен сетчатки.

Задания:

- 1.Топический диагноз?
- 2.Как называется неврологический синдром, при котором возникают локальные судороги, без потери сознания?
- 3.Предположительный клинический диагноз?
- 4.Обследование? 5.Лечение? **Эталон ответа:**
- 1.Правая лобная доля, верхние отделы прецентральной извилины.

2. Парциальная (Джексоновская) эпилепсия.
3. Объемное образование (опухоль?) правой лобной доли.
4. МРТ (КТ) головного мозга.
5. Оперативное

Задача 20

У мужчины 54 лет в течение месяца периодически появляются насильственные повороты головы влево, клонико-тонические судороги в левой руке без потери сознания, после которых в течение нескольких часов сохраняется слабость в левой руке. При осмотре: Со стороны черепных нервов: выявляется сглаженность левой носогубной складки глубокие рефлексы S>D, симптом Бабинского слева.

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Предположительный клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение? **Эталон ответа:**

1. Поражение задне-нижних отделов правой лобной доли.
2. Объемное образование правой лобной доли головного мозга. (Опухоль? Подострая субдуральная гематома?).
3. Методы нейровизуализации (МРТ, КТ головного мозга).
4. Оперативное

Задача №21

После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени. Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Консультация каких специалистов может потребоваться?
- 5) Лечение?
- 6) Предложите план реабилитационных мероприятий.
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

Ответ:

- 1) Корешок S1 слева
- 2) Рентгенография или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- 3) Спондилогенная радикулопатия S1 слева. Мышечно-тонический синдром.
- 4) Невролог, нейрохирург.
- 5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-

2: мовалис, целебрекс. Антikonвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; Иглорефлексотерапия.

6) Реабилитационные мероприятия в стадии обострения заболевания имеют преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая, дезадаптирует больного. Ведущими средствами реабилитации являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия. 7) Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде). Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гирудотерапия, антигомотоксическая терапия, психотерапия, направленная на обучения способам произвольного уменьшения болевых ощущений.

8) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

Задача №22

Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

Задания:

- 1) Какое заболевание можно предположить?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Перечислите факторы внешней среды, которые могут вызвать данное заболевание.
- 4) Какие мероприятия должны быть предприняты на производстве?
- 5) Какие обследования для уточнения диагноза целесообразно провести?
- 6) Тактика лечения?
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 8) Предложите профилактические мероприятия.

Ответ:

- 1) Полинейропатия при экзогенной интоксикации, сенсорно-моторно-вегетативная.
- 2) Множественное поражение нервов верхних и нижних конечностей
- 3) Промышленные яды, используемые при производстве. Наиболее частыми причинами развития интоксикаций являются соединения тяжелых металлов, ФОС, отравление СО. 4) Обследование предприятия на предмет соблюдения безопасности технологического процесса, и использования средств индивидуальной защиты работниками подразделения.
- 5) Токсикологическое исследование, ЭНМГ, ЭКГ.

6) Дезинтоксикационная терапия, тиамин, и другие витамины группы В., при необходимости коррекция дефицита магния (магне-В6,) при сопутствующем поражении печени – гепатопротекторная терапия: препараты альфа-липоевой кислоты (тиоктаcid, берлитион, эспалипон, тиогамма), эссенциале, гепа – мерц и др. При парезах: препараты, улучшающие нервномышечную проводимость (прозерин, калимин).

7) ФТЛ, физические упражнения (ЛФК).

8) Первичная профилактика должна быть связана с экспертизой гигиены труда, выявлением проф.вредности на производстве и соблюдением технологического процесса.

Задача 23

2

Движения в мышцах левой половины лица отсутствуют (паралич). Складки на лбу слева сглажены. Невозможно сдвинуть левую бровь. При попытке закрыть левый глаз глазное яблоко отклоняется кверху и наружу (лагофтальм). Сглажена левая носогубная складка. Левый угол рта неподвижен. Невозможны надувание левой щеки, смех. Сухость левого глаза. Нарушение вкуса на передних двух третях левой половины языка. Нарушено слюноотделение, гиперacusия – неприятное, усиленное восприятие звуков левым ухом. Поставьте топический диагноз

Эталон ответа:

Левый лицевой нерв ниже отхождения барабанной струны.

Задача 24

2

Отсутствуют движения в мимических мышцах левой половины лица (паралич). Слезотечение из левого глаза. Гиперacusия слева. Расстройство слюноотделения и вкуса на передних двух третях левой половины языка. Поставьте топический диагноз **Эталон ответа:**

Левый лицевой нерв в костном канале выше отхождения большого поверхностного каменистого нерва.

Задача 25

2

Свисание правой половины мягкого неба, отставание его при произношении звука «а», язычок отклоняется влево. Язык при высовывании отклоняется вправо. Гипотрофия мышц правой половины языка. Расстройство вкуса на задней трети правой половины языка. Анестезия слизистой верхней половины глотки справа. Утрачен глоточный рефлекс слизистой правой стороны зева. Носовой оттенок голоса (афония). Поперхивание жидкой пищей (дисфагия). Поставьте топический диагноз

Эталон ответа:

Улитковая часть правого преддверно-улиткового нерва.

Задача 26

2

Студент 18 лет, обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 7 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза. Объективно

врачом общего профиля было выявлено: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координаторных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен?
- 3) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз? **Эталон ответа:**

1) Базальные ганглии, мозжечок.

2) Кольцо Кайзера-Флейшера, обусловлено отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.

3) Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (абдоминально-дрожательно-ригидная) форма. Вильсоновский гепатит.

Задача 27

2

Больная 55 лет. Считает себя больной в течение двух лет, когда появились пошатывание при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезии, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила умеренные явления остеохондроза межпозвонковых дисков. МРТ головного мозга - без патологических изменений.

Поставьте диагноз.

Чем могут быть вызваны эти нарушения?

Какие структуры головного мозга вовлечены в патологический процесс?

Каковы основные направления терапии данного заболевания?

Эталон ответа:

Акинетико-ригидный синдром (синдром паркинсонизма).

Причиной развития могут быть болезнь Паркинсона, идиопатический или симптоматический паркинсонизм (сосудистый, постинфекционный, посттравматический, интоксикационный или иной).

Подкорковые ядра – черная субстанция и бледный шар.

Лечение - индивидуальный подбор противопаркинсонических препаратов из различных групп.

Задача 28

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей 4 часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенёс инсульт, сопровождавшийся развитием слабости в левых конечностях, преимущественно в ноге. Сила мышц частично восстановилась. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 75 в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции

бифуркации обеих общих сонных артерий. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, насильственный плач, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы до 2-х баллов в правой ноге и до 4-х баллов в правой руке и левой ноге, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Причина систолического шума на шее?

Дополнительные методы обследования? **Эталон ответа:**

Псевдобульбарный синдром. Патологические рефлексы, оживление рефлексов. Центральный гемипарез.

Корково-ядерный путь на уровне полушарий и ствола.

Облитерация сосуда, бляшка

Задача 29

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правой околоушной области. Боли часто распространяются в ухо, висок, подчелюстную область, шею. Они усиливаются при жевании и открывании рта. При пальпации лица обнаруживаются триггерные точки в жевательных и височных мышцах. Открывание рта ограничено, оно возможно лишь на толщину двух проксимальных межфаланговых суставов. Патологии со стороны нервной системы не выявлено. На рентгенограммах не обнаружено изменений височнонижнечелюстного сустава.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Лечение?

Эталон ответа

Дисфункция височнонижнечелюстного сустава. Миофасциальный болевой синдром. Диф диагностика с опухолью, гиперплазией венечного отростка, артритом, системными болезнями соединительной ткани, инфекцией и так далее.

Консультация ортодонта. Психотерапия, антидепрессанты, транквилизаторы, миорелаксанты, массаж, гимнастика, миофасциопунктура.

Задача 30

Больная 45 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь с высокими цифрами артериального давления. Заболела остро, когда на фоне головной боли и повышения артериального давления до 220/100 мм рт. ст. обратила внимание на асимметрию лица: перестал закрываться левый глаз, возникла неловкость при жевании, нарушились вкусовые ощущения. При поступлении общемозговых и менингеальных симптомов нет. Артериальное давление - 200/100 мм рт. ст. Движения глазных яблок в полном объеме, зрачки D=S с сохранной реакцией на свет, лагофthalm, сглажена левая носогубная складка, выраженная асимметрия оскала. Больная не может наморщить лоб слева, надуть щеки. Язык расположен по средней линии. Глотание и фонация сохранены. Чувствительность на лице сохранена, на языке определяется гипестезия болевой и вкусовой чувствительности слева. Симптомы пирамидной недостаточности, нарушений чувствительности и координации нет. При МРТ головного мозга патологических изменений не выявлено. Поставьте диагноз.

Какие причины привели к данному заболеванию у этой больной?

Какие причины могут привести к данному состоянию? **Эталон ответа:**

Невропатия лицевого нерва. Ишемическая невропатия.

Другие причины развития: вирусное поражение лицевого нерва в канале височной кости, заболевания среднего и внутреннего уха и состояния после радикальных операций на этой области, паротит, ятрогенное поражение.

Задача 31

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмахистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба. Отец пациента имел схожие симптомы.

Задание:

1) Топический диагноз?

2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз? **Эталон ответа:**

1) Поражение базальных ганглиев. 2) болезнь Паркинсона, смешанная (гипокинетико-дрожательно-ригидная) форма.

Задача 32

Больной 44 лет, инженер. Рос и развивался нормально. Практически нечем не болел. Травм головы не было. Поступил в неврологическое отделение с жалобами на частые головные боли, распирающего характера, беспокоящие в разное время суток, преимущественно в левой лобной области. Накануне поступления впервые в жизни развился эпилептический припадок с началом в правой ноге и последующей генерализацией. При осмотре: состояние удовлетворительное, беспокоит легкая головная боль в левой половине головы. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов выявляется сглаженность правой носогубной складки. Парезов конечностей нет, сухожильные и периостальные рефлексы на руках живые, D>S, коленные, ахилловы живые D>S. Подошвенный рефлекс справа снижен. Патологических рефлексов нет. Координаторных, чувствительных нарушений не выявлено. Со стороны высших психических функций отклонений не отмечается. Со стороны соматического статуса патологии не выявлено. На МРТ головного мозга в проекции левой лобной области на фоне неизменного мозгового вещества выявляется конгломерат патологически извитых сосудов (состоящий из артерий и вен). При МР ангиографии установлено, что питающим сосудом является изменившая свой нормальный анатомический ход гипертрофированная левая средняя мозговая артерия. Венозный отток осуществляется в многочисленные гипертрофированные вены субарахноидальных оболочек левого полушария и внутрикостные вены свода черепа.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Эталон ответа:

Артерио-венозная мальформация левой задне-лобно-теменной области.

Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса об оперативном лечении. До этого - подбор противосудорожных препаратов.

Задача 33

Больной 67 лет поступил с жалобами на общую слабость, слабость в левых конечностях. Со слов родственников больного в течение последних нескольких недель больной стал неряшлив, неопрятен в одежде. В поведении больного отмечалась эйфория, склонность к плоским шуткам. В анамнезе - операция по поводу опухоли предстательной железы. При осмотре: центральный парез VII и XII пар черепных нервов слева, парез взора влево. Левосторонний гемипарез до 3 баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Анизорефлексия S>D, симптом Бабинского слева. Выраженные рефлекс орального автоматизма. Хватательные рефлекс справа. Чувствительность сохранена. В пробе Ромберга отклоняется влево. К осмотру больной безразличен, не интересуется своим заболеванием и лечением, критика снижена. При выполнении движений нарушается переключение с одного движения на другое, задание выполняется медленно, с остановками, отмечаются персеверации, что также проявляется при письме. При выполнении сложных целенаправленных действий больной не в состоянии составить необходимую программу последовательных движений, что приводит к невозможности выполнения задания, однако сам больной не замечает и не корректирует свои ошибки.

Поставьте диагноз.

Где локализуется очаг поражения?

Какие дополнительные методы исследования могут быть рекомендованы?

Эталон ответа:

Подозрение на метастатическое поражение головного мозга.

На основании клинических симптомов можно предположить, что очаг локализуется в правой лобной доле, о чем свидетельствуют динамическая и лобная апраксии, эмоционально-волевые нарушения, снижение критики к своему состоянию, неряшливость. МРТ головного мозга с контрастированием.

Задача 34

Женщина 42 лет, бухгалтер, жалуется на сильные боли в поясничной области, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пальцев стопы. Боли усиливаются при движении, покашливании. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 5 лет, обычно после физической нагрузки, работе на даче. Настоящее обострение возникло неделю назад после неловкого движения. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, кифоз в поясничном отделе позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°. При перкуссии по поясничному отделу позвоночника возникают простреливающие боли, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пятки.

Неврологические синдромы? Локализация поражения? **Эталон ответа:**

Мышечно-тонический синдром, сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности. Радикулопатия 1 крестцового корешка, люмбагоишиалгия

Задача 35

Женщина 63 лет предъявляет жалобы на сильнейшие стреляющие боли в нижней челюсти справа. Боли беспокоят уже три года, возникают ежедневно, носят пароксизмальный характер, провоцируются холодом. Длительность пароксизма от нескольких секунд до 1 минуты. Предполагая стоматологическую причину болей, пациентка санировала все зубы, однако приступы продолжались. В неврологическом статусе вне приступа не обнаружено изменений.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Эталон ответа:

Невралгия тройничного нерва

Консультация стоматолога, МРТ для исключения опухоли мозга.

Задача 36

Больная К. 24 лет. Домохозяйка. Предъявляет жалобы на сильные боли в области ягодицы и по задней поверхности левой ноги, слабость всех мышц левой стопы, затруднение при ходьбе, выраженную атрофию и чувство онемения по задней поверхности левой ноги.

Считает себя больной около 2 месяцев, начало заболевания связывает с внутримышечной инъекцией стрихнина. Сразу после укола появилась сильная боль в левой ягодице с иррадиацией по задней поверхности левой ноги, позднее присоединилась слабость, затруднения при ходьбе, чувство онемения, жжения и распирания в левой ноге.

В неврологическом статусе: выраженный парез сгибателей и разгибателей левой стопы, умеренное снижение силы сгибателей голени и бедра, паретическая походка. Все мышцы по задней поверхности левой ноги атрофичные, дряблые на ощупь. Коленные рефлексы вызываются, ахиллов рефлекс слева отсутствует. Пальпация левой ягодичной области и задней поверхности левого бедра резко болезненна. Отмечается умеренно выраженная гипестезия всех видов чувствительности по задней поверхности левого бедра и голени, а также на стопе (с гиперпатическим оттенком).

Вопросы:

1. Определите синдром
2. Поставьте топический диагноз
3. По какому типу нарушена чувствительность.
4. Что послужило причиной развития заболевания. Влияет ли на развитие заболевания половая принадлежность?
5. Сформулируйте клинический диагноз
6. Основные направления лечения. **Эталон ответа:**
 1. Периферический парез левой нижней конечности
 2. Поражение левого седалищного нерва в месте его выхода
 3. Чувствительность нарушена по мононевритическому типу
 4. Травматизация нерва иглой при неправильно проведенной внутримышечной инъекции, возможно также и токсическое действие самого лекарственного препарата
 5. Невропатия левого седалищного нерва
 6. Патогенетическая терапия должна включать сосудистые препараты, улучшающие периферический кровоток (никотиновая кислота, трентал).

Необходимо активизировать обменные процессы в самом нерве (витамины группы В.

биостимуляторы), воздействовать на нервно-мышечную передачу (антихолинестеразные препараты), поддержать мышцы (АТФ. кокарбоксилаза. анаболические стероиды).

При сильных болях анальгетики, ганглиоблокаторы. Из методов физиолечения — электростимуляция, электрофорез с прозеринном. парафиновые аппликации, массаж. ЛФК. Из методов мануальной терапии - постизометрическая релаксация мышц.

Задача 37

Больной Ч. 27 лет. Строитель, получил травму правой голени в верхней ее трети. Через некоторое время заметил слабость правой стопы, появилось затруднение при ходьбе и снижение чувствительности в области голени и тыла стопы.

Объективно: (на второй день после травмы) определяется локальная болезненность в верхней трети правой голени, гематома распространяется преимущественно по наружной поверхности голени почти до латеральной лодыжки.

В неврологическом статусе: выраженный парез тыльных сгибателей правой стопы (стопа свисает), «петушиная» походка. Умеренно выраженная гипотония мышц правой голени, преимущественно по ее латеральной поверхности. Сухожильные рефлексы вызываются, без четкой разницы. Умеренно выраженная гипестезия всех видов чувствительности по передненаружной поверхности правой голени и на тыле стопы.

Вопросы:

1. Определите синдром
2. Поставьте топический диагноз
3. По какому типу нарушена чувствительность?
4. Сформулируйте клинический диагноз
5. Основные принципы лечения данного больного
6. Оцените прогноз в отношении восстановления трудоспособности. Нуждается ли

больной в реабилитации? **Эталон ответа:**

1. Периферический парез тыльных сгибателей правой стопы
2. Поражение правого малоберцового нерва в верхней трети голени
3. Чувствительность нарушена по мононевритическому типу
4. Травматическая невропатия правого малоберцового нерва
5. Патогенетическая терапия должна включать сосудистые препараты, улучшающие периферический кровоток (никотиновая кислота, трентал). Необходимо активизировать обменные процессы в самом нерве (витамины группы В. биостимуляторы), воздействовать на нервно-мышечную передачу (антихолинестеразные препараты), поддержать мышцы (АТФ. кокарбоксилаза. анаболические стероиды). Из физиотерапевтических методов лечения показаны электростимуляция, электрофорез с прозеринном. парафиновые аппликации, массаж. ЛФК.

6. Прогноз в целом благоприятный, но продолжительность лечения может достигать 4-6 месяцев. Нуждается

Задача 38

Больной И. 27 лет. Водитель, предъявляет жалобы на остро возникшие боли в поясничном отделе позвоночника, которые больной связывает с поднятием тяжестей во время работы. Раньше болевых ощущений подобного характера не отмечал.

В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет. Сила мышц достаточная,

тонус и трофика в норме, сухожильные рефлексы вызываются, без четкой разницы, чувствительные расстройства не выявляются. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены, болезненны, сглажен поясничный лордоз, умирное напряжение паравerteбральных мышц, чуть больше справа, небольшой правосторонний сколиоз, легкая болезненность при пальпации межостистых промежутков L4-5 и L5-S1.

Вопросы:

1. Определите, какой синдром Вы выявили.
2. Что является причиной развития данного заболевания?
3. Уточните патогенетические механизмы возникновения боли
4. Сформулируйте клинический диагноз
5. Основные принципы лечения 6. Профилактические мероприятия. **Эталон**

ответа:

1. Рефлекторный синдром поясничного отдела позвоночника (люмбаго)
2. Начальные проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника
3. При поднятии тяжести в фиброзном кольце межпозвонкового диска возникает микротрещина, в дальнейшем посредством рефлекторных влияний развивается перераздражение мышечно-связочного аппарата, что и приводит к появлению болевого синдрома
4. Люмбаго
5. Покой, горизонтальное положение, ровная, достаточно твердая постель; уменьшение напряжения мышц и связок (спазмолитики), легкая дегидратация, десенсибилизация: блокирование потока болевых импульсов; физиолечение (УВЧ. УФО. кварц, токи Бернара. СНИМ. амплипульс), ЛФК. массаж, сухое тепло. растирания, ограничение резких движений и поднятия тяжестей. ПИРС.
6. ЛФК. массаж, рациональная физическая нагрузка. Здоровый образ жизни

Задача 39

Больной З., 44 лет. Грузчик, предъявляет жалобы на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и по задней поверхности левой ноги, слабость мышц левой стопы (не может встать на носок), чувство онемения в области латеральной лодыжки и подошвенной поверхности левой стопы.

Болен около 15 лет. Впервые поясничная боль появилась после переохлаждения, в дальнейшем обострения 1-2 раза в год. как правило, после физического перенапряжения. Настоящее обострение длится около месяца, лечение малоэффективно.

В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет. Умеренно выраженный парез сгибателей левой стопы, легкая гипотрофия мышц левой голени, заметная гипотония мышц левой ягодицы, бедра и голени. Ахиллов рефлекс слева отсутствует, коленные рефлексы вызываются, без четкой разницы. Движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника ограничены, болезненны. Выпрямлен поясничный лордоз, умеренно выраженный левосторонний сколиоз, локальная болезненность межостистого промежутка L5-S1 и паравerteбральных точек слева а также по задней поверхности левого бедра и по наружной поверхности голени. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности определяется в области латеральной лодыжки, по наружному краю стопы и на ее подошвенной поверхности. Выраженный симптом Ласега слева, перекрестный симптом Ласега справа, положительные симптомы посадки и кашлевого толчка. Функции тазовых органов не нарушены

1. Определите синдром
 2. Что является причиной развития данной патологии?
 3. Уточните патогенетические механизмы основных клинических проявлений заболевания
 4. Сформулируйте клинический диагноз
 5. Наметьте план обследования больного
 6. Основные терапевтические мероприятия (медикаментозная терапия, физиолечение)
- Эталон ответа:**
1. Синдром поражения корешка S1
 2. Грыжа межпозвонкового диска L5-S1
 3. Латеральная грыжа диска сдавливает дуральный мешок, в результате чего страдает находящийся ближе всего корешок, в данном случае S1 слева, что проявляется двигательными и чувствительными расстройствами в зоне иннервации данного корешка
 4. Дискогенная радикулопатия S1 корешка слева в стадии обострения
 5. КТ (МРТ) п\кр отдела позвоночника или миелография с целью уточнения локализации и размера грыжи м\п диска
 6. Покой; твердая постель; поверхностные и глубокие блокады (с новокаином, кеналогом и т.д.); спазмолитики, анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты; дегидратация. десенсибилизация; физиолечение - УВЧ. УФО. кварц, токи Бернара. СНИМ. амплипульс — в острой стадии; электрофорез с новокаином, ультразвук, микроволновая терапия, магнитотерапия - в подострой стадии, тепловые и бальнеологические процедуры - в хронической стадии.

Задача 40

Ребенок 4 лет жалуется на головные боли преимущественно в затылочной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, неустойчивость при ходьбе, неловкость движений в правой руке. Малоподвижность. Периодически вынужденное положение головы (наклон к правому плечу). Гидроцефальные контуры головы. Ригидность затылочных мышц. Начальные застойные соски зрительных нервов. Спонтанный горизонтальный нистагм при взгляде в стороны. Ослаблена конвергенция, снижен мышечный тонус преимущественно в правых конечностях. Справа выражены адиадохокинез, промахивание и интенционное дрожание кисти при пальце-носовой пробе. Падение вправо при пробе Ромберга. На краниограммах расхождение швов черепа. При компьютерной томографии головного мозга выявляются признаки грубой внутренней гидроцефалии. В ликворе цитоз 4/3, белок 1,65%.

Поставьте предварительный диагноз. **Эталон ответа:**

Опухоль правого полушария мозжечка с распространением в полость IV желудочка, осложненная отеком мозга, вклиниванием.

Задача 41

Женщина 50 лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи,

симптомов поражения нервной системы не выявлено.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования? Лечение? Рекомендации по предупреждению заболевания

Эталон ответа:

Головная боль напряжения

КТ, МРТ - для исключения опухоли.

Анальгетики (парацетамол, аспирин), антидепрессанты: трициклические (амитриптилин); ингибиторы обр. захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин), НПВС (индометацин, ибупрофен), избегать провоцирующих факторов.

Задача 41

Женщина 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин., затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2 суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1–2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено.

Клинический диагноз?

Лечение в период приступов головной боли?

Профилактика приступов головной боли?

Эталон ответа:

Мигрень с аурой

Анальгетики. НПВП. Эрготамин, диэрготамин, суматриптан, наратриптан, золмитриптан.

Немедикаментозная. Лекарства – бета-адреноблокаторы – пропранолол. Антидепрессанты – Amitriptilin, леривон, флуоксетин. Блокаторы Са – нимодипин. Антikonвульсанты – карбамазепин, клоназепам. Габапентин – противосудорожное. Вазоактивные средства. НПВП.

Задача 42

Девушку 18 лет в течение 5 лет беспокоит головная боль пульсирующего характера в левой (реже в правой) лобно-височно-затылочной области. Головная боль возникает приступообразно и сопровождается тошнотой, рвотой, фонофобией и фотофобией. Длительность приступа от нескольких часов до 2-3 суток. Приступ цефалгии часто возникает при переутомлении, эмоциональном напряжении. Частота приступов 1–2 раза в месяц. В неврологическом статусе изменений нет. Аналогичные головные боли у матери больной и ее бабушки.

Клинический диагноз?

Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования? Имеет ли значение в развитии заболевания половозрастные закономерности? Лечение в период приступа? Профилактика приступов?

Эталон ответа:

Мигрень с аурой.

КТ, МРТ - для исключения опухоли.

Имеет, 18—20 % женщин страдают мигренью в возрасте от 10 до 30 лет, обычно после начала менструального периода. После 50 лет мигрень как самостоятельное заболевание встречается редко. В этом возрасте частота встречаемости у мужчин и у женщин одинакова. Анальгетики. НПВП. Эрготамин, диэрготамин, суматриптан, наратриптан, золмитриптан. Немедикаментозная. Лекарства – бета-адреноблокаторы – пропранолол, надолол. Антидепрессанты – Амитриптилин, леривон, флуоксетин. Блокаторы Са – нимодипин. Антikonвульсанты – карбамазепин, клоназепам. Габапентин – противосудорожное. Вазоактивные средства. НПВП.

Задача 43

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на приступы сильной боли в области правого глаза, продолжающиеся от 15 до 60 минут. В период приступа боли отмечаются покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа. Приступы беспокоят с 30 лет, их частота колеблется от 1 до 8 в день. Они продолжаются в течение месяца, затем боли не беспокоят в течение 2-3 лет.

Вне приступа неврологических нарушений нет. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Эталон ответа:

Пучковая головная боль

КТ, МРТ для искл. других причин.

В начале приступа ингаляции кислорода 7л/мин, суматриптан (противомигренозное) п/к 6 мг, дигидроэрготамин, закапывание в нос 4%р-ра лидокаина. Профилактика: преднизолон 40-60 мг 7-14 дней, карбонат лития 400-600 мг/сут, НПВС.

Задача 44

Мужчина 45 лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности правой ноги. Боль сохранилась в течение последующих трех дней, что послужило поводом для обращения к врачу. При опросе больной отметил, что боль усиливается при движении в поясничном отделе, кашле или чихании. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед, сгибание вправо не возможны из-за резкого усиления болей. Отмечаются слабость большого разгибателя пальцев правой стопы, болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз? Причины?

Дополнительные обследования?

Лечение? Реабилитационные мероприятия? Профилактика?

Эталон ответа

Сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности; болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени; L5

Радикулопатия поясничного корешка(L5)(задние). Радикулопатия, как правило, возникает на фоне межпозвонковой грыжи диска. Также развития этого недуга может быть обусловлено возникновением давления на корешок нерва, которое возникло в результате формирования остеофитов, уменьшением размеров спинномозгового канала или форамиального стеноза канала.

КТ и МРТ

Постельный режим, избегать резких движений, жесткая постель, прием анальгетиков, НПВС (диклофенак), миорелаксанты, потом постепенное увеличение нагрузки. ЛФК, физиотерапия. Профилактика основана на поддержании правильной осанки и укреплении мышц спины. Помимо этого, таким больным рекомендуют избегать чрезмерных физических нагрузок на позвоночник.

Задача 45

Больной 48 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на сильные боли в пояснично-крестцовой области, отдающие в правую ногу. Боли усиливаются в сидячем и вертикальном положении и несколько стихают в горизонтальном. Из анамнеза известно, что вчера при поднятии тяжести внезапно возникла простреливающая боль в поясничной области с последующей иррадиацией по задней поверхности правой ноги. Ранее были эпизоды болей в области поясницы, последний раз около 3 месяцев назад. При осмотре - сколиоз поясничного отдела позвоночника, ограничение движений вперед, назад и в стороны, болезненность паравerteбральных точек больше справа и остистых отростков на уровне L4-S1, в точках Валле по ходу седалищного нерва. Симптом Лассега справа до угла 30°, слева - до угла 70°, слабopоложительные симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Коленные рефлексy D≈S, ахилловы - D>S, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне L5–S1 на правой ноге. На МРТ определяется деформация тел L5-S1 позвонков, задняя протрузия дисков между L4 - L5 и L5 - S1.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Эталон ответа:

Грыжи дисков L4-L5 и L5-S1.

Снятие болевого синдрома. ЛФК, физиопроцедуры по показаниям, рефлексотерапия. Укрепление мышечного корсета.

Задача 46

Больной 31 года поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в поясничнокрестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по заднее-наружной поверхности левого бедра и голени, ограничение движений. Вышеуказанные жалобы появились после поднятия тяжестей. При осмотре: состояние удовлетворительное, высокого роста, астенического телосложения. В неврологическом статусе: ограничены наклоны туловища вперед, в меньшей степени назад, положительные симптомы натяжения (Нери, Дежерина, Лассега) с двух сторон, больше слева, напряжение длинных мышц спины, сколиоз в пояснично-крестцовом отделе позвоночника вправо, снижение левого ахиллова рефлекса, слабость разгибателя большого пальца на левой стопе. На МРТ пояснично-крестцового отдела

позвоночника между телами L5 и S1 позвонков определяется образование, выступающее в спинномозговой канал. Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного. Какое санаторно-курортное лечение показано для реабилитации? Профилактика? **Эталон ответа:**

Грыжа диска L5-S1 у больного с остеохондрозом позвоночника и корешковым синдромом. Снятие болевого синдрома. ЛФК, физиопроцедуры по показаниям, рефлексотерапия. Укрепление мышечного корсета.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии, нарастании симптомов выпадения обсуждение вопроса о хирургическом лечении. Санаторно-курортное лечение с использованием сероводородных или радоновых ванн, применение массажа, мануальной терапии и лечебной физкультуры

Профилактика основана на поддержании правильной осанки и укреплении мышц спины. Помимо этого, таким больным рекомендуют избегать чрезмерных физических нагрузок на позвоночник.

Задача 47

Мужчина 40 лет жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринореей. Длительность приступа 10-40 минут, количество таких приступов может достигать до 6-8 в сутки. Длительность обострения – около месяца, ремиссии – около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечаются сужение глазной щели, сужение зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено.

Клинический диагноз?

Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования?

Эталон ответа:

Пучковая головная боль (синдром Горнера – птоз, миоз; вегетативные расстройства) КТ, МРТ - для исключения опухоли.

Задача 48

У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега 40 справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Нуждается ли в экстренной госпитализации?
- 4) План обследования?

- 5) Тактика лечения? Нуждается ли больной в диспансерном наблюдении?
- 6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 7) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 9) Возможные исходы заболевания? **Эталон ответа:**
 - 1) Корешок L5 справа.
 - 2) Спондилогенная радикулопатия L5 справа. Мышечно-тонический синдром.
 - 3) Нет
 - 4) МРТ пояснично-крестцового отдела.
 - 5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антиконвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Нуждается
 - 6) Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия.
 - 7) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.
 - 8) Возможно.
 - 9)а) Благоприятный (полное восстановление), б) При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение трех месяцев и при выявлении пролапса диска возможно оперативное лечение с последующим курсом реабилитации.

Задача №49

После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени. Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Обследование?
- 3) Клинический диагноз?
- 4) Консультация каких специалистов может потребоваться?
- 5) Лечение?
- 6) Предложите план реабилитационных мероприятий.
- 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
- 8) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

Ответ:

- 1) Корешок S1 слева
- 2) Рентгенография или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- 3) Спондилогенная радикулопатия S1 слева. Мышечно-тонический синдром.
- 4) Невролог, нейрохирург.
- 5) Медикаментозное: Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс. Антиконвульсанты: тебантин, лирика. Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд. Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал. Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); Витамины группы В (мильгамма). Немедикаментозное лечение: Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; Иглорефлексотерапия.

6) Реабилитационные мероприятия в стадии обострения заболевания имеют преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая, дезадаптирует больного. Ведущими средствами реабилитации являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия. 7) Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде). Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гирудотерапия, антигомотоксическая терапия, психотерапия, направленная на обучения способам произвольного уменьшения болевых ощущений.

8) Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	1) полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	отлично
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорошо
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;	удовлетворительно

	3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительно
4	менее 50%	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА, ДОКЛАДА

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	ответ аргументирован, обоснован и дана самостоятельная оценка изученного материала	отлично
2.	ответ аргументирован, последователен, но допущены некоторые неточности	хорошо
3.	ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия	удовлетворительно
4.	в ответе отсутствует аргументация, тема не раскрыта	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Активная работа на занятии, ответ полный, логически последовательный, соблюдается культура речи, речь грамотная, отсутствуют слова-«паразиты», студент без запинки отвечает на возможные дополнительные вопросы по теме.	отлично
2.	Выставляется при наличии одной-двух неточностей в ответе и недостаточной активности на занятии. Речь в целом грамотная; допускается некоторая непоследовательность в ответе, но лишь незначительная	хорошо
3.	Выставляется в случаях, когда: активность на уроке минимальная, речь выступающего сбивчивая, студент путает понятия, не может ответить на дополнительные вопросы по теме, в ответе отсутствуют логические и причинно следственные связи, а также имеется несколько грубых фактических или иных ошибок	удовлетворительно

4.	Выставляется в случаях, когда студент отказывается отвечать или отвечает не на заданный вопрос.	неудовлетворительно
----	---	---------------------

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Исключительные знания, абсолютное понимание сути вопросов, безукоризненное знание основных понятий и положений, логически и лексически грамотно изложенные, содержательные, аргументированные и исчерпывающие ответы	отлично
2.	Глубокие знания материала, отличное понимание сути вопросов, твердое знание основных понятий и положений по вопросам, структурированные, последовательные, полные, правильные ответы	хорошо
3.	Твердые, но недостаточно полные знания, по сути верное понимание вопросов, в целом правильные ответы на вопросы, наличие неточностей, небрежное оформление	удовлетворительно
4.	Непонимание сути, большое количество грубых ошибок, отсутствие логики изложения материала	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКИХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Оформление слайдов	Параметры
Оформление презентации	Соблюдать единого стиля оформления. Фон должен соответствовать теме презентации Слайд не должен содержать более трех цветов Фон и текст должны быть оформлены контрастными цветами При оформлении слайда использовать возможности анимации Анимационные эффекты не должны отвлекать внимание от содержания слайдов Для заголовка – не менее 24 Для информации не менее – 18 Лучше использовать один тип шрифта Важную информацию лучше выделять жирным шрифтом, курсивом. Подчеркиванием На слайде не должно быть много текста, оформленного прописными буквами На слайде не должно быть много выделенного текста (заголовки, важная информация)
Содержание презентации	Слайд должен содержать минимум информации Информация должна быть изложена профессиональным языком Содержание текста должно точно отражать этапы выполненной работы Текст должен быть расположен на слайде так, чтобы его удобно было читать В содержании текста должны быть ответы на проблемные вопросы Текст должен соответствовать теме презентации

	Слайд не должен содержать большого количества информации Лучше ключевые пункты располагать по одному на слайде
Структура презентации	Предпочтительно горизонтальное расположение информации Наиболее важная информация должна располагаться в центре Надпись должна располагаться под картинкой Для обеспечения разнообразия следует использовать разные виды слайдов: с таблицами с текстом с диаграммами

Если студенческая работа отвечает всем требованиям критериев, то ей дается оценка отлично. Если при оценивании половина критерием отсутствует, то работа оценивается удовлетворительно. При незначительном нарушении или отсутствии каких-либо параметров в работе, она оценивается хорошо.

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка /зачет
1	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое нестандартное решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	«отлично» / зачтено
2	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а также имеет достаточно полное представление о значимости знаний по дисциплине.	«хорошо» / зачтено
3	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает сложности при выполнении практических работ и затрудняется связать теорию вопроса с практикой.	«удовлетворительно» / зачтено
4	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не имеет представлений по методике выполнения	«неудовлетворительно»/не зачтено

	практической работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по данной дисциплине.	
--	--	--

КРИТЕРИИ И ШКАЛА УРОВНЕЙ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Шкала оценивания	Уровень освоенности компетенции	Результаты освоенности компетенции
отлично	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно	нормативный	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	компетенции не сформированы	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

Критерии оценки решения ситуационной задачи

5 «отлично»	–комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное,
-------------	---

	уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
4 «хорошо»	–комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
3 «удовлетворительно»	–затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

Критерии оценки при решении задач по оказанию неотложной помощи

5 «отлично»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа;
4 «хорошо»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов;
3 «удовлетворительно»	–правильная оценка характера патологии; неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднения в аргументации;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично»	–рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;
4 «хорошо»	–рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все

	требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями сан-эпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;
3 «удовлетворительно»	–рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;
2 «неудовлетворительно»	–затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.