

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины

Утверждаю
Заведующий кафедрой травматологии,
ортопедии и ЭМ
И.Ф. Гарбуз д.м.н., профессор И.Ф. Гарбуз
«27» сентября 2023 г.

«НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, НЕЙРОХИРУРГИЯ»

на 2023/2024 учебный год

Направление подготовки:

3.31.05.01

«Лечебное дело»

Квалификация выпускника:

Врач – лечебник

Форма обучения:

ОЧНАЯ

2020 год набора

Разработал
Ассистент кафедры: Титаренко О.П.
Подпись: *О.П. Титаренко*

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине: «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»

1. В результате освоения дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия» обучающийся должен:

ЗНАТЬ:

- методику обследования нервной системы;
- основные симптомы и синдромы поражения нервной системы;
- основные и дополнительные методы обследования неврологических больных;
- этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и профилактику основных заболеваний нервной системы;
- врачебную тактику при неотложных неврологических состояниях;
- организацию ухода за неврологическими больными, профилактику нервных болезней.
- основные и дополнительные клинические и параклинические методы обследования в неврологии;
- показания и противопоказания к проведению:
 - ✓ дополнительных клинических и параклинических методов исследования;
 - ✓ люмбальной пункции и исследование цереброспинальной жидкости;
 - ✓ краниографии и спондилографии;
 - ✓ электромиографии и электронейромиографии;
 - ✓ электроэнцефалографии и методики исследования вызванных потенциалов;
 - ✓ ультразвуковой доплерографии, ультразвукового дуплексного и триплексного сканирования сонных и позвоночных артерий, транскраниальной доплерографии, ангиографии сосудов мозга;
- наследственно обусловленную патологию нервной системы;
- методы выявления наследственно обусловленной патологии нервной системы;
- показания для наложения поисковых фрезевых отверстий;
- показания и противопоказания для проведения срочной закрытой репозиции или срочной декомпрессивной ламинэктомии при осложненных переломах позвоночника.

УМЕТЬ:

- провести опрос и собрать анамнез у неврологического больного;
- исследовать неврологический статус:
 - ✓ определить уровень сознания;
 - ✓ оценить функции черепных нервов;
 - ✓ осмотреть двигательную сферу: определить объем, силу и темп произвольных движений; исследовать тонус мышц и рефлексов: выявить мышечную атрофию, симптомы паркинсонизма;
 - ✓ провести пробу Ромберга, координаторные пробы в конечностях (пальце-носовая, пяточно-коленная, дисдиадохокинез);
 - ✓ исследовать походку, тандемную ходьбу;
 - ✓ оценить чувствительность: болевую, температурную, проприоцептивную;
 - ✓ выявить парестезии и каузалгии; симптомы натяжения нервных стволов и корешков, рефлекторные мышечные синдромы;
 - ✓ исследовать вегетативные функции; выявить нарушения терморегуляции, потоотделения, вазомоторные и трофические расстройства, ортостатическую гипотензию, синдром Рейно, нарушения функции тазовых органов;
 - ✓ исследовать менингеальные симптомы;
 - ✓ оценить высшие мозговые функции: речь, чтение, письмо, счет, гнозис, праксис, память и интеллект;
- выявить симптомы поражения нервной системы, установить неврологический синдром, поставить топический и предварительный клинический диагноз;
- составить план обследования неврологического больного;
- оценить результаты основных и дополнительных методов обследования;
- поставить клинический диагноз основных клинических заболеваний;

- провести экстренное лечение неотложных неврологических расстройств;
- организовать уход за неврологическим больным;
- осуществить профилактику основных неврологических заболеваний;
- расспросить, собрать жалобы и анамнез у неврологического больного;
- провести исследование неврологического статуса;
- определить уровень сознания;
- исследовать:
 - ✓ менингеальные симптомы;
 - ✓ высшие корковые функции (гнозис и праксис);
 - ✓ функцию черепных нервов;
 - ✓ двигательную сферу;
 - ✓ координацию;
 - ✓ все виды чувствительности;
 - ✓ симптомы натяжения нервных стволов;
 - ✓ рефлекторные мышечные синдромы;
 - ✓ вегетативные функции;
 - ✓ больного в коматозном состоянии, оценить и трактовать результаты клинических и параклинических методов исследования;
- на основании исследования неврологического статуса:
 - ✓ выявить неврологические симптомы и синдромы;
 - ✓ установить топический диагноз;
 - ✓ поставить предварительный клинический диагноз.
- на основании клинического обследования (с учетом результатов дополнительных методов обследования) поставить предположительный заключительный клинический диагноз при основных заболеваниях нервной системы с отражением этиологии, топика, течения, характера и степени нарушения функции.
- провести экстренную диагностику и назначить лечение при неотложных неврологических заболеваниях:
 - ✓ ишемическом инсульте;
 - ✓ геморрагическом инсульте;
 - ✓ субарахноидальном кровоизлиянии;
 - ✓ острой черепной и спинальной травме;
 - ✓ эпилептическом статусе;
 - ✓ миастеническом и холинэргическом кризе;
 - ✓ менингите;
 - ✓ энцефалите;
- организовать уход за неврологическими больными;
- осуществить профилактику основных неврологических заболеваний.

ВЛАДЕТЬ:

1. Методикой выявления физиологических и патологических рефлексов (уровней замыкания рефлекторных дуг):
 - *Физиологические*: сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, карпорадиальный, брюшные (верхний, средний, нижний), кремастерный, коленный, ахиллов, подошвенный, анальный;
 - *Патологические: рефлексы орального автоматизма* (хоботковый, назолабиальный рефлекс Аствацатурова, дистантно-оральный рефлекс Карчикяна, ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску-Радовичи); *кистевые*: верхний рефлекс Россололимо, рефлекс Бехтерева, Жуковского, Якобсона-Ласка; *стопные*: сгибательные (флексорные): Россололимо, Бехтерева-Менделя, Жуковского; разгибательные (экстензорные): рефлекс Бабинского, Оппенгейма, Шефера, Гордона.
2. Методикой определения:
 - мышечной силы по пятибалльной системе: мышечная сила в полном объеме – 5 баллов; легкое снижение силы (уступчивость) – 4 балла; умеренное снижение силы (активные движения в полном объеме при действии силы тяжести на конечность) –

3 балла; возможность движения в полном объеме только после устранения силы тяжести (конечность помещается на опору) – 2 балла; сохранность шевеления (с едва заметным сокращением мышц) – 1 балл. При отсутствии активного движения, если не учитывать вес конечности, сила исследуемой мышцы принимается равной нулю;

- тонуса, видов (спастический, пластический, тонус по типу «зубчатое колесо»);
- видов поверхностной чувствительности (в норме и при патологии);
- видов глубокой чувствительности (в норме и при патологии);
- стереогноза.

3. Методикой проведения:

- проб на скрытый парез верхних и нижних конечностей (пробы Барре);
- координаторных проб: проба Ромберга, пальценосовая и пяточно-коленная проба Ромберга;
- проб на адиадохокинез, дисметрию, пробу Шильдера, на виды нистагма.

4. Методикой определения: видов дермаграфизма, вегетативных проб (проба Ашнера, клиноортостатическая, ортоклиноостатическая, аспириновая и др.).

5. Методикой исследования расстройств высших корковых функций: афазия (виды), апраксия (виды), агнозия (виды), алексия, атаксия (виды), аутоагнозия, амнезия (виды).

6. Методикой написания учебной истории болезни согласно схеме (см. далее в рабочей программе).

7. Техниккой проведения люмбальной пункции и исследования цереброспинальной жидкости.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование*	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства **
VII семестр IV курс			
1.	Введение в предмет. Общее строение нервной системы. Топическая диагностика поражения двигательной системы. Топическая диагностика поражения экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации. Топическая диагностика поражения мозжечка. Атаксии. Семиотика поражения чувствительности. Семиотика поражения спинного мозга. Темы: 1 - 4	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (ситуационные задачи) №1
2.	Симптомы и синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов (VII-XII пары). Альтернирующие синдромы. Симптомы и синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов (I-VI пары). Альтернирующие синдромы. Топическая диагностика поражения коры головного	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (ситуационные задачи) №2

	<p>мозга. Вегетативная нервная система и ее нарушения. Оболочки мозга, цереброспинальная жидкость. Менингеальный и гипертензионный синдром. Методы исследования в неврологии. Методика осмотра неврологического и нейрохирургического больного.</p> <p>Темы: 5-8</p>		
Промежуточная аттестация		ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Аттестация: по текущей успеваемости, сдачи тест контроля (№1, 2), сдача практических навыков.
VIII семестр IV курс			
3.	<p>Сосудистая патология головного и спинного мозга. Инфекционные заболевания нервной системы.</p> <p>Темы: 1-3</p>	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	<p>Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки.</p> <p>Тест контроль знаний (ситуационные задачи) №3</p>
4.	<p>Демиелинизирующие заболевания. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника. Заболевания периферической нервной системы. Опухоли головного и спинного мозга.</p> <p>Темы: 4-7</p>	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	<p>Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки.</p> <p>Тест контроль знаний (ситуационные задачи) №4</p>
5.	<p>Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма. Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилептические пароксизмы. Вегетативная нервная система и ее нарушения. Неврозы. Головные боли. Мигрень.</p> <p>Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы.</p> <p>Темы: 8-13</p>	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	<p>Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки.</p> <p>Тест контроль знаний (ситуационные задачи) №5</p> <p>Написание учебной истории болезни стационарного больного.</p>
Промежуточная аттестация		ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Экзамен: устное собеседование по предложенным вопросам из всех разделов. Ситуационная задача.

*Выбор контролируемых единиц (модули, разделы, темы рабочей программы дисциплины) для текущей аттестации (при наличии) преподаватель определяет самостоятельно, каждый сопровождается комплектом оценочных средств.

**в данной графе в обязательном порядке перечисляются оценочные средства промежуточной и текущей аттестации. Примерный перечень оценочных средств представлен в приложении 3 (он может быть дополнен и расширен).

Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Критерии оценки	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4	5
1.	Рубежный контроль (контрольная работа)		<p>Критерии оценки:</p> <p>(отлично) – обучающийся правильно отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, самостоятельно анализирует данные задачи, формулирует неврологические синдромы и грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p> <p>(хорошо) – обучающийся достаточно правильно отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и относительно неточные ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, анализирует с поправками данные задачи, формулирует неполно неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p> <p>(удовлетворительно) – обучающийся неполно и с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, формулирует неполно и нечетко неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p> <p>(неудовлетворительно) – обучающийся с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p>	Электронный вариант на кафедре

2.	Ситуационные задачи; практические навыки	<p>(отлично) – обучающийся демонстрирует глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, самостоятельно анализирует данные задачи, формулирует неврологические синдромы и грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p> <p>(хорошо) – обучающийся демонстрирует неполные и относительно неточные ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, анализирует с поправками данные задачи, формулирует неполно неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p> <p>(удовлетворительно) – обучающийся демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, формулирует неполно и нечетко неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p> <p>(неудовлетворительно) – обучающийся демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.</p>	
3.	Тест	<p><i>оценка «отлично» - от 90% до 100%</i> <i>оценка «хорошо» - от 80% до 89%</i> <i>оценка «удовлетворительно» - от 70% до 79%</i> <i>оценка «неудовлетворительно» - менее 70%</i></p>	

РАЗРАБОТАЛ: ТИТАРЕНКО О.П.



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины
Дисциплина «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»

П Е Р Е Ч Е Н Ь

вопросов к промежуточной аттестации (экзамен),
VIII семестр, IV курс

1. Краткие анатомо-физиологические данные и общая морфология центральной и периферической нервной системы.
2. Рецепторы, классификация. Рефлексы. Рефлекторная дуга, круг, кольцо.
3. Головной мозг. Кора головного мозга, основные функции.
4. Спинальный мозг. Сегментарный аппарат спинного мозга.
5. Современные представления об организации произвольного движения. Пирамидный путь: строение, функциональное значение.
6. Центральный мотонейрон пирамидной системы. Признаки поражения. Основные неврологические синдромы.
7. Периферический мотонейрон пирамидной системы. Признаки поражения. Основные неврологические синдромы.
8. Клинические признаки поражения пирамидного пути на уровне периферического нерва и сплетения.
9. Клинические признаки поражения пирамидного пути на уровне корешка и сегмента спинного мозга.
10. Поверхностные и глубокие рефлексы, основные патологические рефлексы.
11. Исследование мышечного тонуса. Мышечный тонус в норме и при патологии
12. Этика и деонтология в медицинской практике. Сбор анамнеза больного при неврологических заболеваниях.
13. Центральный парез: изменения мышечного тонуса, силы, рефлексов и трофики мышц.
14. Периферический парез: изменения мышечного тонуса, силы, рефлексов и трофики мышц.
15. Строение и основные связи экстрапирамидной системы, роль в организации движений, участие в организации движений путем обеспечения позы, мышечного тонуса и стереотипных автоматизированных движений.
16. Гиперкинезы: тремор, мышечная дистония, хорей, тики, атетоз, миоклонии.
17. Анатомо-физиологические данные мозжечка и вестибулярной системы: анатомия и физиология, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений.
18. Клинические методы исследования координации движений.
19. Симптомы и синдромы поражения мозжечка: атаксия, нистагм, скандированная речь, мышечная гипотония.
20. Головокружение. Виды, дифференциальная диагностика.
21. Головокружение. Диагностика, лечение.
22. Клинико-диагностические методы исследования мозжечка.
23. Атаксия. Виды атаксий.
24. Типы и виды нарушений чувствительности. Боль. Системы организации боли.
25. Чувствительность: экстероцептивная, проприоцептивная, интероцептивная, сложные виды.
26. Виды чувствительных расстройств: парестезия, гиперпатия, аллодиния, каузалгия, боль, фантомные боли.
27. Типы расстройства чувствительности: периферический, сегментарный, проводниковый, корешковый, корковый.
28. Острая и хроническая боль. Лечение.
29. Методика исследования чувствительности.

30. Спинной мозг и периферическая нервная система: анатомия и физиология. Проводящие пути. Сегментарный аппарат спинного мозга.
31. Чувствительные, двигательные и тазовые расстройства при поражении шейных сегментов спинного мозга.
32. Чувствительные, двигательные и тазовые расстройства при поражении грудных сегментов спинного мозга.
33. Чувствительные, двигательные и тазовые расстройства при поражении поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга.
34. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении передних и задних корешков, сплетений, периферических нервов.
35. Синдромы поражения поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара).
36. Синдромы поражения эпиконуса, конуса, конского хвоста.
37. Строение ствола мозга. Ядра черепно-мозговых нервов в стволе головного мозга, локализация, причины поражения.
38. Альтернирующие синдромы. Синдромы Вебера, Мийяра-Гюблера, Фовилля, Горнера.
39. VII пара – лицевой нерв, центральный и периферический парез мимической мускулатуры, клиника поражения на различных уровнях.
40. VIII пара – преддверно-улитковый нерв, слуховая и вестибулярная системы. Нистагм, вестибулярное головокружение, атаксия.
41. IX-X пары – языкоглоточный и блуждающий нервы, вегетативные функции блуждающего нерва, признаки поражения, бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
42. XI пара – добавочный нерв, признаки поражения.
43. XII пара – подъязычный нерв, признаки поражения, центральный и периферический парез мышц языка. Альтернирующие синдромы.
44. Черепные нервы: анатомо-физиологические данные, клинические методы исследования и симптомы поражения.
45. I пара – обонятельный нерв и обонятельная система; симптомы и синдромы поражения.
46. II пара – зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения на различных уровнях. Нейроофтальмологические и параклинические методы исследования зрительной системы.
47. III, IV, VI пары – глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения различных частей этой системы.
48. Зрачковый рефлекс и зрачковые реакции, аккомодация и конвергенция, их диагностическое значение.
49. V пара – тройничный нерв, синдромы расстройств чувствительности, нарушение жевания.
50. Нарушение речевых и мозговых функций: гнозис, праксис, речь, чтение.
51. Нарушение речевых и мозговых функций: письмо, счет, память, внимание, интеллект. Методы исследования.
52. Афазия (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).
53. Апраксия (конструктивная, пространственная, идеомоторная).
54. Агнозия (зрительная, слуховая, обонятельная).
55. Астереогноз, анозогнозия, аутоагнозия. Клиническое значение.
56. Синдромы поражения лобных и теменных долей головного мозга.
57. Синдромы поражения височных и затылочных долей головного мозга.
58. Оболочки спинного и головного мозга. Менингеальный синдром: проявления, диагностика.
59. Цереброспинальная жидкость: функциональное значение, образование, циркуляция. Люмбальная пункция.
60. Состав цереброспинальной жидкости в норме и при основных патологических состояниях; белково-клеточная и клеточно-белковая диссоциация.
61. Гипертензионный синдром: основные клинические и параклинические признаки.
62. Дислокационный синдром. Патогенез, вклинение, виды вклинений.

63. Гидроцефалия врожденная и приобретенная, открытая и окклюзионная, врачебная тактика. Лекарственная коррекция внутричерепной гипертензии.
64. Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы. Симптомы и синдромы поражения.
65. Центральный отдел вегетативной нервной системы. Физиологические проявления. Синдромы поражения.
66. Периферический отдел вегетативной нервной системы. Физиологические проявления. Синдромы поражения.
67. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание.
68. Физиология произвольного контроля и нарушения дефекации.
69. Нарушение сознания. Классификация, диагностика.
70. Кома. Классификация и дифференциальная диагностика. Оценка и обследование больного в коме.
71. Сон. Физиология сна и бодрствования.
72. Сон и его нарушения. Этиология, лечение, профилактика.
73. Электрофизиологические методы исследования: ЭЭГ, РЭГ, УЗДГ, ЭНМГ. Нейровизуальные методы: КТ, МРТ, МРА. Интерпретация типовых изменений.
74. Этиология сосудистых церебральных расстройств. Методы обследования и профилактики.
75. Острые нарушения мозгового кровообращения – ишемический инсульт. Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
76. Острые нарушения мозгового кровообращения – геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
77. Острые нарушения мозгового кровообращения – субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
78. Острые преходящие нарушения мозгового кровообращения (ТИА). Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
79. Хронические нарушения мозгового кровообращения: дисциркуляторная энцефалопатия I-III стадий. Этиология, патогенез, клиника.
80. Неотложная помощь при ОНМК, интенсивная терапия ОНМК: организационные аспекты, коррекция жизненно важных функций.
81. Принципы лечения хронических нарушений мозгового кровообращения.
82. Профилактика нарушений мозгового кровообращения. Диспансеризация.
83. Менингиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
84. Первичные и вторичные гнойные менингиты: менингококковый, пневмококковый, вызванный гемофильной палочкой.
85. Серозные менингиты: туберкулезный и вирусный менингиты.
86. Энцефалиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
87. Герпетический энцефалит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
88. Клещевой энцефалит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
89. Абсцесс головного мозга: клинические формы, диагностика, лечение, профилактика.
90. Полиомиелит, клинические формы, диагностика, лечение, профилактика.
91. Опоясывающий лишай. Этиология, клиника, лечение.
92. Нейросифилис. Ликворологические и серологические исследования. КТ и МРТ головного мозга.
93. НейроСПИД. Диагностика, лечение.
94. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). Клиника, диагностика.
95. Прионная болезнь. Этиология, диагностика, лечение.
96. Соматоневрологические синдромы. Синдромы поражения нервной системы при заболеваниях печени, почек, бронхо-лёгочной системы, желудочно-кишечного тракта.

97. Деменция: болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, типы течения.
98. Бруцеллез. Клиника, диагностика.
99. Паразитарные заболевания нервной системы. Этиология, диагностика.
100. Рассеянный склероз: этиология, патогенез.
101. Рассеянный склероз: клиника, диагностика, лечение, типы течения.
102. Боковой амиотрофический склероз: патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика обострений.
103. Сирингомиелия: клиника, диагностика, тактика лечения.
104. Алкогольная, диабетическая полиневропатия. Клиника, диагностика, лечение.
105. Мононевропатия лучевого нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
106. Мононевропатия локтевого нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
107. Мононевропатия срединного нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
108. Мононевропатия седалищного нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
109. Мононевропатия большеберцового нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
110. Мононевропатия малоберцового нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
111. Синдром Гийена-Барре, этиология, клиника, диагностика, методы лечения.
112. Невралгия V нерва: клиника, диагностика, показания к консервативному и оперативному лечению, особенности терапии.
113. Нейропатия VII нерва: клиника, диагностика, показания к консервативному и оперативному лечению.
114. Нейропатия VIII нерва: особенности лечения, прогноз.
115. Вертеброгенные болевые синдромы на шейном уровне: цервикаго, цервикалгия, корешковые синдромы на уровне С₄, С₅, С₆. Клиника, диагностика, методы лечения.
116. Вертеброгенные болевые синдромы на поясничном уровне: люмбаго, люмбалгия, синдром компрессионной радикуломиелоишемии. Клиника, диагностика, методы лечения.
117. Грыжи межпозвонковых дисков. Клиника, диагностика, методы лечения.
118. Показания к экстренному и плановому нейрохирургическому лечению больных с вертеброгенной патологией. Реабилитация больных.
119. Этиопатогенез, классификация опухолей головного мозга. Общемозговая, очаговая, дислокационная симптоматика опухолей головного мозга. Лечение опухолей головного мозга, особенности течения.
120. Нейровизуальные методы исследования при диагностике опухолей головного мозга ЭЭГ, Эхо-ЭГ, КТ, МРТ головного мозга, церебральная ангиография.
121. Показания и принципы оперативных вмешательств при опухолях головного мозга. Реабилитация больных, перенесших оперативное лечение.
122. Показания и принципы оперативных вмешательств при опухолях спинного мозга. Реабилитация больных.
123. Классификация закрытой черепно-мозговой травмы. Механизмы развития ЧМТ.
124. Клиника сотрясения головного мозга. Диагностика, принципы лечения.
125. Клиника ушиба головного мозга. Диагностика, принципы лечения.
126. Клиника сдавления головного мозга. Диагностика, принципы лечения.
127. Перелом основания черепа, клиника, диагностика, принципы лечения.
128. Вегетативное состояние. Смерть мозга. Этиология, диагностика.
129. Ликворея. Диагностика, лечение. Тромбоз кавернозного синуса.
130. Классификация спинальной травмы позвоночника и спинного мозга.
131. Спинальный шок, определение, клиника, врачебная тактика.
132. Спинальная травма. Неотложная помощь при спинальной травме.
133. Клиника сотрясения, ушиба, сдавления спинного мозга. Диагностика. Принципы лечения.
134. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.
135. Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептического синдрома.
136. Диагностика и принципы лечения эпилепсии.

137. Эпилептический припадок. Дифференциальная диагностика. Экстренная помощь.
138. Нейрогенные обмороки – классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
139. Параклинические методы в диагностике пароксизмальных расстройств сознания – ЭЭГ, КТ, МРТ головного мозга.
140. Неврозы: этиология, патогенез, классификация.
141. Неврастения, ипохондрия, истероидный синдром. Клиника, диагностика и лечение.
142. Вегетативная дистония: классификация, этиология, патогенез.
143. Вегетативно-сосудистая дистония. Клиника, лечение.
144. Вегетативно-сосудистые кризы. Клиника, лечение.
145. Классификация головной боли. Патогенез.
146. Мигрень, клиника, диагностика, лечение.
147. Головная боль напряжения. Клиника, диагностика, лечение.
148. Вторичная головная боль. Причины, лечение.
149. Гипертензионная головная боль. Причины, лечение.
150. Медико-генетическое консультирование. Пренатальная диагностика.
151. Наследственные заболевания с поражением нервной системы. Хромосомные заболевания. Диагностика.
152. Болезнь Паркинсона. Этиология, клиника, диагностика.
153. Болезнь Паркинсона. Лечение, реабилитация, профилактика.
154. Хорея Гентингтона: тип наследования, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
155. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
156. Миотония Томсена. Невральная и спинальная амиотрофия. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
157. Наследственные атаксии, гепатолентикулярная дегенерация. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
158. Миастения, этиология, клиника, диагностика, лечение.
159. Миастенический и холинэргический кризы, причины развития кризов, клиника, лечение.
160. Токсическое поражение нервной системы. Клиника, диагностика.

П Е Р Е Ч Е Н Ь
ситуационных задач к промежуточной аттестации (экзамен),
VIII семестр, IV курс

Задача 1

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт.ст. В течение последних трех месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, АД 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, патологический рефлекс Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
5. Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?
6. Дополнительные методы обследования?
7. Лечение?

Задача 2

Женщина 70-лет доставлена в больницу в связи с диплопией и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока кнаружи минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлекссы, симптом Бабинского справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить эпизод головокружения и двоения в глазах месяц назад?
5. Дополнительные методы обследования?
6. Лечение?

Задача 3

Мужчина 55-лет доставлен в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/115 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 4

Женщина 60-ти лет доставлена в больницу в связи с онемением в левых конечностях, которое возникло рано утром, при пробуждении. В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычный уровень артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов и парезов нет, ослаблена болевая и температурная чувствительность на левой половине лица, туловища и в левых конечностях, рефлексy не изменены, патологических рефлексов нет. Компьютерная томография головы не выявила изменений в головном мозге.

1. Неврологический синдром и топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Предполагаемый патогенез заболевания?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Лечение?

Задача 5

Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с развившимися два часа назад нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенес инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоят приступы стенокардии напряжения. Постоянно принимает аспирин по одной таблетке (100 мг) вечером, нитросорбид по несколько таблеток в день. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, спонтанная речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, при высовывании девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, справа ослаблены все виды чувствительности, оживление сухожильных рефлексов справа. Симптом Бабинского справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 6

Женщина 65-ти лет доставлена в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла утром и постепенно нарастает в течение последующих 10-ти часов. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация влево языка, слабость в левых конечностях до 2-х баллов, снижение болевой чувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз? Причина систолического шума на шее?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 7

Женщина 70 лет, доставлена в больницу в связи с нарушениями речи, которые возникли днем, 3 часа назад. В течение 10-ти лет страдает ишемической болезнью сердца, имеет постоянную форму мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 90-120 ударов в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, большая возбуждена, многословна, речь содержит большое количество вербальных парафазий, об-

ращенную речь не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 8

Женщина 40 лет, доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту и нарушение глотания, которые возникли днем два часа назад. В 30-летнем возрасте диагностирован ревматический порок сердца, наблюдается у кардиолога. При обследовании: в сознании, в области проекции митрального клапана выслушивается диастолический шум, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст. пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого неба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 9

Мужчина 65-ти лет доставлен в больницу в связи с возникшей четыре часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенес 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.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 10

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту, нарушение глотания, которые возникли днем два часа назад. В течение 10-ти лет отмечаются повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст., около года страдает стенокардией напряжения. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс - 90 ударов в минуту, ритм правильный, выслушивается систолический шум в проекции сонных и позвоночных артерий с обеих сторон. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, птоз, миоз и энофтальм слева, голос глухой, нарушено глотание, слева свисает дужка мягкого неба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов мышц конечностей нет, болевая температурная чувствительность ослаблены на лице слева, на туловище и конечностях – справа, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?

5. Лечение?

Задача 11

У женщины 72-х лет, страдающей стенокардией напряжения, внезапно развились двоение предметов по горизонтали, опущение правого века, слабость в левых конечностях. Через час женщина доставлена в больницу. При обследовании: сознание ясное, менингеальных проявлений нет, птоз справа, расходящееся косоглазие, правое глазное яблоко повернуто кнаружи и вниз, правый зрачок расширен, на свет не реагирует. Слабость в левой руке и ноге до 3-х баллов, сухожильные рефлексы повышены слева, симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 12

Мужчина 68-ти лет обратился в поликлинику по месту жительства в связи с тем, что у него в течение последнего месяца было четыре эпизода кратковременной (в течение 5-10 минут) слабости в левых конечностях. Последние пять лет у больного эпизодически повышается артериальное давление до 160/90 мм рт.ст., обычные значения артериального давления – 140/90 мм рт.ст. При обследовании: артериальное давление 160/90 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту ритмичный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии, неврологических нарушений нет.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Лечение.

Задача 13

Женщина 38-ми лет обратилась в связи с остро развившейся асимметрией лица и слабостью в правых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение 20-ти лет она курит по пачке сигарет в день, около 10 лет применяет оральные контрацептивы. В детском возрасте при эхокардиографии выявлено незаращение овального окна. При осмотре: сознание ясное, артериальное давление - 129/80 мм рт.ст., пульс – 75 в минуту ритмичный, менингеальных симптомов нет. В неврологическом статусе – левая глазная щель шире правой, при закрывании левого глаза видна белая полоска склеры, отмечается слезотечение, сглажена левая носогубная складка, при улыбке перекошено лицо вправо, сила в правых конечностях снижена до 3-х баллов, отмечаются оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 14

Женщина 60-ти лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается у кардиолога с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?

4. Как объяснить ухудшение состояния больной?
5. Наиболее информативное дополнительное исследование?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 15

Мужчина 65-ти лет доставлен в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в левых конечностях, которые возникли вечером после приема алкоголя. Более 20-ти лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год – 160-180/90-100 мм рт.ст., регулярного лечения артериальной гипертензии не проводит. При обследовании: спутанное состояние сознания, артериальное давление 210/120 мм рт.ст. пульс – 95 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, утрачены все виды чувствительности в левых конечностях, сила в них достаточная, но движения неловкие, при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах наблюдается промахивание при закрытии глаз, сухожильные рефлексы оживлены, симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Наиболее информативное дополнительное исследование?
5. Лечение, если диагноз подтвердился?

Задача 16

Мужчина, 55 лет, доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли на фоне употребления алкоголя. В течение 15-ти лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год – 180-190 /100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление 210/120 мм рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, снижение силы в левых конечностях до 2-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больного ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердился?
7. Прогноз течения заболевания?

Задача 17

Мужчина 75-ти лет доставлен в больницу в связи с головной болью, головокружением, шаткостью походки и неловкостью в конечностях, которые возникли на фоне физической нагрузки. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: в сознании, артериальное давление 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, парезов нет, интенционный тремор в конечностях при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, мышечная гипотония в конечностях. Через три часа состояние больного постепенно ухудшилось, появилась сонливость, нарушение глотания, осиплость голоса, частота сердечных сокращений уменьшилась до 40 в минуту.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Возможные причины (этиология) заболевания?
6. Дополнительные обследования?

7. Лечение, если предварительный диагноз подтвердился?
8. Прогноз течения заболевания?

Задача 18

У мужчины 55-ти лет постоянно принимающего фенилин в дозе 90 мг/сут (после перенесенного инфаркта миокарда), возникли головная боль и нарушение зрения на «левый глаз». При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 76-125 ударов в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. В биохимическом анализе крови протромбиновый индекс – 40%, международное нормализованное отношение (МНО) 4,0, в анализе мочи обнаружены эритроциты.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 19

У молодой женщины 30-ти лет 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, симптомы Кернига, Брудзинского. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Дополнительные обследования?
5. Врачебная тактика?

Задача 20

У женщины 70-ти лет во время стирки белья появились интенсивная головная боль, тошнота и рвота, повысилось артериальное давление – 180/110 мм рт.ст. при обычном 150/90 мм рт.ст. Врачи «скорой медицинской помощи» установили: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. Состояние больной расценено как «гипертонический церебральный криз» и ей предложена госпитализация в терапевтическое отделение многопрофильной больницы.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз? Согласны ли вы с диагнозом «гипертонический церебральный криз»?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Врачебная тактика?

Задача 21

Женщина 74-х лет обратилась к врачу по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, за это время она непрерывно нарастает. Во время беседы больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Жалуется на плохую память: она не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно, иногда испытывает затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование определило выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?

3. Дополнительные исследования?

Задача 22

Мужчина 68-ми лет в течение последних 20-ти лет страдает гипертонической болезнью и атеросклерозом церебральных артерий, на фоне которых перенес несколько ишемических инсультов с относительно хорошим восстановлением неврологического дефицита. В течение последних двух лет появились и нарастают снижение памяти и внимания, а также нарушение походки. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: дизартрия, дисфония, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, в левых конечностях снижение мышечной силы до 4-х баллов с повышением сухожильных рефлексов и симптомом Бабинского. Походка: на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Задача 23

Мужчина 58-ми лет жалуется на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в течение последних шести месяцев (после смерти жены). Снижение памяти и головные боли мешают больному справляться с своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает постоянно, они средней интенсивности, носят «сжимающий» характер. При беседе больной подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляется значительное снижение фона настроения. Отчетливых нарушений праксиса, гнозиса и речи не выявлено. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные исследования?
3. Лечение?

Задача 24

Мужчина, 69 лет, по профессии инженер, жалуется на снижение памяти на текущие события. В последние десять лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления – 140-150/90-100 мм рт.ст., терапии по этому поводу не получает. На снижение памяти обращает внимание в течение последнего года. Часто забывает, что куда положил, план намеченных мероприятий, имена новых знакомых. В то же время продолжает справляться со своей работой, общественной деятельностью и домашними обязанностями. В неврологическом статусе выявляется нарушений, за исключением положительного хоботкового рефлекса. При нейропсихологическом исследовании установлены умеренные нарушения памяти на недавние события при сохранности других высших психических функций.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный диагноз?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Задача 25

Муж 75-летней женщины обратился за консультацией в связи с нарастающим снижением памяти и интеллекта у его супруги. В течение последних трех лет женщине все сложнее справляться с обычной домашней работой, покупками в магазине, заполнением бланков коммунальных платежей. Она нередко забывает выключить воду в ванной комнате, погасить газ. Пациентка никогда не страдала сердечно-сосудистыми заболеваниями, ее обыч-

ное артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. Прогрессирующее снижение памяти и интеллекта в старческом возрасте наблюдалось у отца пациентки. При обследовании не выявлено парезов, расстройств чувствительности и координации, нарушений функций черепных нервов. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса, а также расстройства других когнитивных функций.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Задача 26

Женщина 30-ти лет предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10-ти 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-х 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.

1. Клинический диагноз?
2. Лечение в период приступа головной боли?
3. Профилактика приступов головной боли?

Задача 27

Женщина 50-ти лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем пять 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, очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено.

1. Клинический диагноз?
2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, то каких?
3. Лечение?

Задача 28

Женщина 34-х лет жалуется на пульсирующие головные боли лобно-височно-затылочной локализации, которые чаще возникают справа. Головной боли предшествует слабость в левых конечностях в течение 20-30 мин. Затем развивается приступ цефалгии, который сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Длительность приступа от 4 часов до 2-3 суток. Головные боли беспокоят с 15 лет, приступы возникали не чаще одного раза в месяц, но в последний год участились до 306 в месяц, что пациентка связывает с возросшими физическими нагрузками, необходимостью работать в ночное время. У отца и брата аналогичные головные боли. В неврологическом статусе вне приступа у пациентки нарушений нет. При магнитно-резонансной томографии головного мозга патологии не выявлено.

1. Клинический диагноз?
2. Лечение во время приступа головной боли?
3. Профилактика приступа цефалгии?

Задача 29

Женщина 25-ти лет жалуется на приступообразные головные боли пульсирующего характера в лобно-височной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, светобоязнью. Боли чаще возникают на левой стороне головы. Приступу цефалгии предшествуют наруше-

ния речи в виде дизартрии в течение 10-15 мин. Затем развивается приступ цефалгии. Во время приступа больная не переносит громкие звуки, запахи. Она предпочитает лежать в постели в темном помещении. Длительность приступа от 6-8 часов до 2-х суток, частота 1-2 раза в месяц. У отца и брата больной в анамнезе аналогичные приступы. При неврологическом обследовании нарушений нет.

1. Клинический диагноз?
2. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, то какие?
3. Лечение в период приступа?
4. Профилактика приступов?

Задача 30

Женщину 48-ми лет беспокоят головные боли и боли в шейной области. Головные боли носят сжимающий характер, чаще всего локализуются в затылочной области, имеют среднюю степень интенсивности, не усиливаются при ходьбе или другой физической нагрузке. Головные боли обычно возникают вместе с болями в шейной области и могут появляться (или усиливаться) при длительном пребывании в неудобном положении, например, при длительной работе за персональным компьютером. Боли не сопровождаются тошнотой или светобоязнью. В среднем головные боли и боли в шейной области беспокоят один или два раза в месяц в течение нескольких дней. При обследовании отмечается усиление кифоза в шейном отделе, небольшое ограничение поворотов головы в сторону из-за болей, болезненность при пальпации шейных мышц, в неврологическом статусе не выявлено изменений.

1. Клинический диагноз?
2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований?
3. Лечение

Задача 31

У мужчины 32-х лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в пояснице. Боль резко усиливается при движении в поясничном отделе позвоночника. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного лордоза. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед невозможен из-за резкого усиления боли. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не обнаружено.

1. Клинический диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?

Задача 32

Мужчина 45-ти лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задне-наружной поверхности правой ноги. Боль сохранялась 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: выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного лордоза. Движения в поясничном отделе резко ограничены; наклон туловища вперед, сгибания вправо невозможны из-за резкого усиления боли. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Задача 33

Мужчина 24-х лет, программист, жалуется на сильную боль в грудном отделе позвоночника, распространяющуюся в левую половину грудной клетки. Боль возникла два дня назад на фоне длительной работы за персональным компьютером. Боль усиливается при

дыхании, ротационных движениях в позвоночнике. Прием нитроглицерина не уменьшил выраженность боли. ЭКГ – без изменений. При обследовании выявляются S-образный сколиоз позвоночника, болезненность паравертебральных точек на грудном уровне (Th₅-Th₆ слева), болезненность при пальпации межреберного промежутка Th₅-Th₆ слева, защитное напряжение длинных мышц спины на грудном уровне слева. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Клинический диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?

Задача 34

Мужчина 57-ми лет жалуется на интенсивные боли в ниже-грудном отделе позвоночника, распространяющиеся в грудную клетку справа. Боли беспокоят в течение 2-х месяцев. Интенсивность болей потребовала назначения наркотиков. В течение последней недели отмечает слабость в ногах, ощущение онемения в стопах. За последние полгода похудел на 10 кг. Отмечаются болезненность при перкуссии остистых отростков грудных позвонков Th₁₀-Th₁₁, гиперестезия по межреберному промежутку Th₁₀-Th₁₁ справа, слабость в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, двухсторонний симптом Бабинского, снижение суставно-мышечного чувства в пальцах ног правой ноги, ослабление болевой чувствительности с уровня паховой складки слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Задача 35

Мужчина 47-ми лет, грузчик, периодически в течение 5-ти лет отмечает боли в области шеи и плеч с двух сторон. В последние два месяца появилась и выросла слабость в ногах. В неврологическом статусе: легкая гипотрофия и слабость мышц правого плеча и руки, отсутствие сухожильных рефлексов с двуглавой мышцы плеча; болевая гипестезия в зонах C₅-C₆ с двух сторон, снижение силы в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, симптом Бабинского с обеих сторон.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Задача 36

Женщина 50-ти лет, инженер, жалуется на боли в поясничной области с иррадиацией в обе ноги и онемение в стопах, усиливающиеся при ходьбе. Эти боли беспокоят в течение двух лет и постепенно усиливаются. В возрасте 25-ти лет больная во время катания на лыжах упала, ударилась спиной и испытывала боли в спине в течение нескольких месяцев после падения. При обследовании отмечается усиление лордоза поясничного отдела позвоночника, при надавливании на остистый отросток пятого поясничного позвонка отмечается его «утопление». Выявляются двусторонний симптом Ласега под углом 50°, снижение ахилловых рефлексов с двух сторон. На рентгенограмме поясничного отдела отмечается смещение тела 4-го поясничного позвонка относительно пятого на 20 мм.

1. Клинический диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?

Задача 37

Мужчина 43-х лет, сантехник, утром после сна отметил слабость в правой кисти. Накануне употреблял алкоголь в большом количестве и заснул в конце застолья. При осмотре отмечаются слабость разгибателей кисти и пальцев («висячая кисть»), плечелучевой мышцы, слабость разгибания и отведения большого пальца, снижение всех видов чув-

ствительности в области анатомической табакерки, снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Задача 38

Женщина 32-х лет жалуется на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. Заболела за день до поступления, накануне длительное время находилась на улице без головного убора при температуре -5°C . При обследовании определяется асимметрия лица, слева лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, опущен угол рта. При выполнении мимических проб отмечается слабость всех мимических мышц левой половины лица, симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Задача 39

Девушка 16-ти лет поступила в стационар с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах («ощущение поролона под ногами»). Она заболела за четыре дня до поступления в больницу, когда отметила онемение и боли в ногах, к которым постепенно присоединились слабость сначала в ногах, затем в руках и мимических мышцах лица. За две недели до поступления были проявления острой респираторной вирусной инфекции. При поступлении выявлены слабость мимических мышц с левой стороны, слабость в ногах до 2-х баллов, в руках до 3-х баллов, гипотония мышц, отсутствие сухожильных рефлексов с ног и рук, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по типу «носков».

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Задача 40

Женщина 36-ти лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, затруднения при ходьбе, «похудание» мышц голеней, слабость в кистях рук. Считает себя больной с 16-ти лет, когда впервые отметила слабость в ногах. В дальнейшем слабость постепенно нарастала, к ней присоединились похудание мышц голеней и слабость в кистях рук. Сходные нарушения отмечались у мамы и бабушки больной. При обследовании выявляются полые стопы с деформацией пальцев, выраженная гипотрофия мышц голеней, легкая гипотрофия кистей, слабость тыльного сгибания стопы и пальцев до 2-х баллов, слабость подошвенного сгибания стопы до 4-х баллов, отсутствие ахилловых рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу «носков». При электронейромиографии нижних конечностей выявлено значительное снижение скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам малоберцового и большеберцового нервов при относительно небольшом уменьшении амплитуды мышечных ответов.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Задача 41

Мужчина 52-х лет, правша, отметил постепенно нарастающую в течение полугода слабость правой кисти в виде недостаточной силы при сжимании пальцев кисти в кулак. Через полгода появилось похудание мышц правой кисти. При обследовании выявлены снижение силы и атрофия мышц возвышения большого пальца и мышцы, приводящей большой палец, отсутствие рефлексов на правой руке. Других неврологических нарушений нет. При электронейромиографии обнаружены снижение амплитуды М-ответа при стимуляции локтевого и срединного нервов, блоки проведения возбуждения на предплечье и в точке Эрба при стимуляции срединного нерва.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительное обследование?
4. Лечение?

Задача 42

Женщина 58-ми лет была прооперирована по поводу рака левой молочной железы, ей проведена лучевая терапия и начато лечение винкристином. Через 1,5 месяца у больной появилась слабость в стопах, изменилась походка, появилось ощущение онемения и жгучих болей в стопах, судороги в икроножных мышцах в ночное время. При обследовании: отсутствует тыльное сгибание и умеренно ослаблено подошвенное сгибание стоп, снижены коленные и отсутствуют ахилловы рефлексy, снижены все виды чувствительности по типу «носков», неустойчива при ходьбе и в пробе Ромберга при закрытых глазах.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительное обследование?
4. Лечение?

Задача 43

Мужчина 56-ти лет предъявляет жалобы на двоение предметов по горизонтали и по вертикали, ощущение «тяжелых» век. Эти жалобы беспокоят в течение двух недель, они появляются и нарастают во второй половине дня, при длительном чтении. При обследовании: опущение верхних век более выраженное справа, движение правого глазного яблока ограничено вверх и наружу, движение левого глазного яблока ограничено вверх, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Подкожное введение прозерина вызвало регресс неврологических нарушений.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Задача 44

Женщина 34-х лет обратилась с жалобами на периодически возникающее двоение предметов, слабость мышц рук и ног при физической нагрузке. Два года назад при длительной работе за компьютером или при чтении стали опускаться веки, появилось двоение предметов по горизонтали. После отдыха указанные симптомы регрессировали. Через год присоединилась слабость мышц конечностей, развивающаяся при физической нагрузке (развешивание белья, подъем по лестнице) и регрессирующая в покое. При обследовании выявлены слабость в проксимальных группах мышц конечностей и снижение сухожильных рефлексов.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительное обследование?
5. Лечение?

Задача 45

Мужчина 60-ти лет предъявляет жалобы на слабость в руках, ощущение тяжести в ногах, подергивания в мышцах рук и ног. Слабость в руках больной впервые отметил восемь ме-

сяцев назад, она постепенно нарастает, последние два месяца к ней присоединилось ощущение тяжести в ногах. При обследовании: выраженная гипотрофия мышц кистей и предплечий, фасцикуляции в мышцах рук ног, слабость в дистальных отделах рук до 2-х баллов, слабость в проксимальных отделах рук до 4-х баллов, в ногах сила достаточная, сухожильные рефлексы на ногах и руках оживлены, рефлекс Бабинского с двух сторон, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. При игольчатой электромиографии в мышцах рук наблюдаются в покое фасцикуляции, фибрилляции, положительные острые волны, при сокращении – значительное увеличение длительности и амплитуды потенциалов действия двигательных единиц. При электронейромиографии отмечены нормальные скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам нервов верхних и нижних конечностей, уменьшение амплитуды мышечных ответов.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение и прогноз заболевания?

Критерии оценки:

(отлично) – обучающийся подробно отвечает на теоретические вопросы; демонстрирует глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, самостоятельно анализирует данные задачи, формулирует неврологические синдромы и грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(хорошо) – обучающийся в целом отвечает на теоретические вопросы; демонстрирует неполные и относительно неточные ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, анализирует с поправками данные задачи, формулирует неполно неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(удовлетворительно) – обучающийся показывает поверхностное владение теоретическим материалом, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, формулирует неполно и нечетко неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(неудовлетворительно) – обучающийся не владеет теоретическим материалом, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

П Е Р Е Ч Е Н Ь

ситуационных задач к VII семестру IV курс

Раздел «Общая неврология с основами медицинской генетики»

Темы 1-7

Введение в предмет. Общее строение нервной системы. Топическая диагностика поражения двигательной системы. Топическая диагностика поражения экстрапирамидной, лимбической системы, ретикулярной формации. Топическая диагностика поражения мозжечка. Атаксии. Семиотика поражения чувствительности. Семиотика поражения спинного мозга. Тема (1-4)

1. У больного снижена сила правой руки, выявлены атония и атрофия ее мышц, фибриллярные подергивания в пораженных мышцах. Отсутствуют бицепитальный, трицепитальный и карпорадиальный рефлексы справа. Определить локализацию патологического процесса. Как проявляются фибриллярные и фасцикулярные подергивания?

2. У больного снижена сила левых конечностей, отмечается атрофия дельтовидной и двуглавой мышц, отсутствует бицепитальный рефлекс слева. Повышены трицепитальный, карпорадиальный, коленный и ахиллов рефлексы, снижены кожные брюшные рефлексы слева. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма вызываются слева. Определить очаг поражения. Как исследуется патологический рефлекс Оппенгейма?

3. У больного резко снижена сила дистальных отделов ног, наблюдаются гипотония и атрофия мышц голеней и стоп, фасцикулярные подергивания в пораженных мышцах. Ахилловы и подошвенные рефлексы отсутствуют. Походка типа «степпаж». Больной не может стоять на пятках. Определить, где локализуется поражение. Объяснить походку больного.

4. У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус мышц высокий. Коленные и ахилловы рефлексы повышены, клонус надколенников и стоп. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула. Определить локализацию патологического процесса характер паралича.

5. У больного отмечены слабость и атрофия мелких мышц левой кисти. Снижен карпорадиальный рефлекс. Утрачены все виды чувствительности на внутренней поверхности левого плеча и предплечья. Поставить топический диагноз.

6. У больного резко выраженная слабость ног, тонус разгибателей голеней повышен. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонус надколенников и стоп. Средние и нижние кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы группы Бабинского с обеих сторон. Утрачена болевая и температурная чувствительность с уровня пупка книзу с обеих сторон. Отмечена задержка мочи и стула. Определить локализацию поражения. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкаются дуги брюшных кожных рефлексов?

7. Дать название параличам по месту распределения: паралич одной, двух, трех, четырех конечностей и половины тела. Определить различие между параличом и парезом.

8. Назвать, какие параличи возникают при поражении шейного и поясничного утолщений спинного мозга, а также грудного его отдела.

9. Ответить, какой паралич характерен для поражения правой внутренней капсулы.

10. Назвать, какой вид принимает кисть при поражении локтевого, лучевого и срединного нервов.

Симптомы и синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов (VII-XII пары). Альтернирующие синдромы. Симптомы и синдромы поражения ствола мозга и черепных нервов (I-VI пары). Альтернирующие синдромы. Вегетативная нервная система. Топическая диагностика поражения коры головного мозга. Оболочки мозга, цереброспинальная жидкость. Менингеальный и гипертензионный синдром. Методы исследования в неврологии. Методика осмотра неврологического и нейрохирургического больного. Темы 5-8.

1. У больного выявлена anosmia справа. Слизистая оболочка носа не поражена. Поставить топический диагноз. Как исследуется обоняние?
2. Охарактеризовать симптом Аргайль-Робертсона. Для каких заболеваний он характерен?
3. Что необходимо исследовать у больного для выяснения функции зрительных нервов?
4. У больного ptosis справа, появлению которого предшествовала диплопия при взгляде влево и прямо. После пассивного поднятия века обнаружены резко расширенный зрачок (мидриаз) и отсутствие его реакции на свет и аккомодацию; глазное яблоко отведено кнаружи (расходящееся косоглазие); отсутствуют движения глазного яблока внутрь и вверх, ограничены вниз. Определить, что поражено. Объяснить описанные симптомы. Функции каких поперечнополосатых мышц глаза сохранены?
5. У больного правое глазное яблоко повернуто к носу (сходящееся косоглазие), отмечается двоение предметов при взгляде вправо. Определить, что поражено. В связи с чем возникает диплопия?
6. У больного двоение предметов при взгляде вниз, выявляется ограничение движения правого глазного яблока книзу. Определить, что поражено. Как отличить органическую диплопию от функциональной?
7. Назвать какие мышцы иннервируются тройничным нервом. Какие рефлексы исчезают при поражении тройничного нерва?
8. У больного определяется справа паралич всех мимических мышц: резко опущен угол рта, сглажена носо-губная складка, рот перекошен влево, расширена глазная щель, не закрывается глаз (лагофтальм), симптом Белла, губы плотно не смыкаются, жидкая пища вытекает изо рта, а твердая застревает между щекой и десной, лоб не наморщивается на этой стороне. Слезотечение из правого глаза. Слух извращен справа. Утрачен вкус на передних 2/3 правой половины языка. Определить и обосновать топический диагноз. Как отличить периферический паралич мимических мышц от центрального?
9. У больного наблюдается справа паралич мимической мускулатуры: опущен угол рта, сглажена носо-губная складка, рот перекошен влево, расширена глазная щель, лагофтальм, не наморщивается лоб на этой стороне, симптом Белла. Слезотечение из правого глаза. Слух и вкус сохранены. Определить и обосновать топический диагноз.
10. У больного обнаружен справа паралич всех мимических мышц: резко опущен угол рта, сглажена носо-губная складка, рот перекошен влево, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, при наморщивании лба складки не образуются на этой стороне. Слезотечение из правого глаза. Утрачен вкус на передних 2/3 правой половины языка. Слух сохранен. Определить и обосновать топический диагноз.
11. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо. Определить локализацию патологического очага. Как называется область поражения?
12. Перед общим эпилептическим припадком у больного появляется кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Определить, где располагается патологический очаг. Как называется ощущение больного, предшествующее эпилептическому припадку?
13. У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа, не сопровождающиеся потерей сознания (длится 1,5 – 2 минуты). Определить локализацию патологического очага. Как называются эти подергивания?

14. У больного отмечаются диплопия, частичный птоз и расширение зрачка справа. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, ограничены движения его внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения левых конечностей, повышен тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателя голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Поставить топический диагноз. Как называется этот паралич?

15. Как называется синдром, возникающий при поражении половины ствола мозга, и чем он проявляется?

16. У больного наблюдается уклонение языка влево, атрофия мышц левой его половины, центральный паралич правых конечностей. Определить топический диагноз. Назвать рефлексы орального автоматизма. При каком поражении они наблюдаются?

17. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния; дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остроумиям; неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптомы противодержания. Определить топический диагноз. Назвать рефлексы орального автоматизма. При каком поражении они наблюдаются?

18. У больного отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Определить топический диагноз. Объяснить описанные расстройства.

19. У больного утрачены болевая и температурная чувствительность на левой половине лица, отсутствуют все виды чувствительности справа с области затылка книзу (на шее, туловище, конечностях). Определить топический диагноз. Чем отличается поражение ядра спинномозгового тракта тройничного нерва от поражения самого нерва?

20. У больного битемпоральная гетеронимная гемианопсия. Определить локализацию поражения. Для каких заболеваний характерна данная гемианопсия?

Тестовый контроль № 1

по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Вариант №1

Задача 1

У женщины 60-ти лет быстро развивается слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях движения отсутствуют, тонус повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

Женщина 45-ти лет отмечает слабость в правой ноге и онемение в левой ноге и левой половине туловища до уровня реберной дуги. При обследовании выявлены снижение силы в правой ноге до 3-х баллов с повышением коленного и ахилловых рефлексов, симптомом Бабинского справа, ослабление болевой и температурной чувствительности на левой ноге и левой половине туловища до уровня Th₈.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Женщина 35-ти лет предъявляет жалобы на дрожание головы и пальцев рук, которые усиливаются при волнении. При приеме алкоголя дрожание ослабевает. Дрожание рук и головы отмечается с молодого возраста и у матери пациентки. Объективно: в покое дрожание в пальцах рук минимально, но оно усиливается при определенных статических нагрузках, особенно при вытягивании рук вперед и разведении пальцев; наблюдается минимальное дрожание головы; мышечный тонус не изменен, координаторные пробы в онечностях выполняет без грубых нарушений; других изменений в неврологическом статусе нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?

Задача 4

Мужчина, 45 лет, в течение последнего года отмечает шаткость походки, неловкость в левых конечностях. Объективно: в левых конечностях сила достаточная, мышечная гипотония, снижение рефлексов, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, дисдиадохокинез; в пробе Ромберга и при ходьбе – пошатывание с отклонением влево.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант №2

Задача 1

У 70-летнего мужчины внезапно возникла слабость в левой руке. При обследовании в левой руке выявляется парез до 3-х баллов в проксимальном отделе и до плегии в кисти, повышен тонус в сгибателях кисти и пальцев, оживлены сухожильные рефлексы, определяется симптом Гофмана.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

У мужчины 65-ти лет в течение двух лет нарастает слабость в руках и ногах. При обследовании обнаружены: в руках – атрофии мышц кистей и предплечья, фасцикуляции, снижение силы до 4-х баллов, больше в кистях, снижение рефлексов, в ногах – снижение силы до 3-х баллов, оживление коленных и ахилловых рефлексов, повышение мышечного тонуса по типу спастичности, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

У больного шизофренией, принимающего большие дозы нейролептиков, наблюдаются замедленность движений и падения. При обследовании: гипомимия лица, монотонность речи, замедление темпа движений в конечностях при сохранении их силы, мышечная ригидность, рефлексы средней живости, патологических рефлексов нет, ходьба замедлена.

1. Неврологический синдром?
2. Причина развития двигательных нарушений?
3. Врачебная тактика?

Задача 4

У женщины 50-ти лет в течение последнего года наблюдаются шаткость при ходьбе, периодические падения. При обследовании обнаружены вертикальный нистагм, скандированная речь, низкий мышечный тонус, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе с отклонением вперед или назад; сила в конечностях достаточная, патологических рефлексов и нарушений чувствительности нет, координаторные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант №3

Задача 1

Мужчина, 40 лет, утром после сна обнаружил слабость в левой кисти. При обследовании в левой руке выявлены невозможность тыльного сгибания кисти и пальцев, противопостав-

ления большого пальца, мышечная гипотония, низкие рефлексы, отсутствие патологических рефлексов.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

У мужчины 50-ти лет, длительное время страдающего болями в спине, остро развиваются боли в пояснично-крестцовой области и по задней поверхности левой ноги. При обследовании ослаблены все виды чувствительности в виде полосы по задней поверхности левого бедра, задненаружной поверхности голени и в области большого пальца, других нарушений нет. Через неделю внезапно развиваются слабость и онемение в обеих стопах, онемение в промежности и недержание мочи. При обследовании найдены слабость обеих стоп до 2-х баллов, утрата ахилловых рефлексов и снижение коленных рефлексов, утрата всех видов чувствительности в стопах и аногенитальной области, недержание мочи.

1. Неврологические синдромы – в начале и через неделю с начала заболевания?
2. Локализация поражения - в начале и через неделю с начала заболевания?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Мужчину 65-ти лет беспокоят дрожание и скованность в конечностях, больше в левых. Считает себя больным в течение 5-ти лет, когда появились дрожание и скованность в левой руке. Заболевание постепенно прогрессирует, присоединились скованность в левой ноге, а затем дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в руках (больше в левой) дрожание по типу «счёта монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; в левой ноге – повышение тонуса по типу ригидности и гипокинезия; рефлексы средней живости, симметричные, патологических рефлексов нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предполагаемое заболевание?

Задача 4

Мужчину 40 лет, длительное время злоупотребляющего алкоголем, беспокоят боли в ногах и их онемение, шаткость при ходьбе, периодические падения. Объективно: сила в конечностях достаточная, ослаблены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», выявляется гипотония мышц в ногах, отсутствуют ахилловы рефлексы, в пробе Ромберга и при ходьбе несколько неустойчив; когда закрывает глаза шаткость резко возрастает; координаторные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно с открытыми глазами, но при закрытых глазах промахивается при выполнении пяточно-коленной пробы.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант №4

Задача 1

У женщины 50-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальном отделе до 3-х баллов, в стопе – плегия, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

Женщину 50-ти лет беспокоит ощущение онемения и покалывания по наружной поверхности левого бедра. Объективно: легкое снижение всех видов чувствительности в верхней части передненаружной поверхности левого бедра, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Сорокапятилетнего мужчину в течение полугода беспокоит произвольный поворот головы вправо, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечается произвольный поворот головы вправо, тоническое напряжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева, при сидении больной придерживает указательным пальцем правой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; рефлексы средней живости, патологических рефлексов нет, координация и чувствительность в норме.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?

Задача 4

Женщина 60-ти лет, перенесшая два года назад тотальную резекцию желудка по поводу язвенной болезни, предъявляет жалобы на неустойчивость при ходьбе. Объективно: сила в конечностях достаточная, в ногах резко ослаблены суставно-мышечное чувство и вибрационная чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, выявляется мышечная гипотония; в пробе Ромберга и при ходьбе с открытыми глазами отмечается лёгкая неустойчивость, с закрытыми глазами стоять и ходить не может из-за выраженной неустойчивости, при открытых глазах координаторные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно, при закрывании глаз промахивается при выполнении пяточно-коленной пробы.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант №5

Задача 1

У 45-летнего мужчины в течение 20-ти лет нарастает слабость в ногах. При обследовании в ногах отмечаются слабость в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе до 2-х баллов, выраженная атрофия мышц, особенно в дистальных отделах без фасцикуляций, отсутствие ахилловых рефлексов, снижение коленных рефлексов.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

Мужчину 35-ти лет длительное время беспокоят боли в руках, периодически возникают ожоги от прикосновения к горячим предметам, температуру которых он не ощущает. При обследовании выявлены множественные следы от «безболевого» ожога на руках, снижение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», фасцикуляции в мышцах обеих кистей, утрата рефлексов с рук.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

У женщины 45-ти лет возникли и в течение двух лет нарастают произвольные быстрые движения в лице и конечностях. У мамы больной аналогичные расстройства появились в 40 лет, они прогрессировали, сопровождались нарушением ходьбы, слабоумием и привели к смерти в 55 лет. При обследовании больной определяются быстрые произвольные движения в лице, туловище и конечностях, они затрудняют ходьбу и движения; тонус мышц конечностей мало изменён, рефлексы средней живости, симметричные, патологических рефлексов нет.

1. Неврологический синдром?

2. Предполагаемое заболевание?
3. Прогноз заболевания?

Задача 4

Двадцатипятилетнюю женщину в течение последнего года беспокоят нечёткость речи, слабость в ногах, шаткость походки, императивные позывы на мочеиспускание. Объективно: вертикальный нистагм, скандированная речь, снижение силы в ногах до 4-х баллов с повышением мышечного тонуса и оживлением рефлексов, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях интенционный тремор при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах, дисдиадохокинез слева, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Тестовый контроль № 2 по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Вариант №1

Задача 1

У мужчины 73-х лет быстро нарушается артикуляция речи («каша во рту») и возникает слабость в левых конечностях. При обследовании: язык отклоняется влево, внешних изменений языка нет; в левых конечностях обнаружены снижение силы и объема движений, оживление рефлексов симптом Бабинского

1. Укажите признаки поражения кортико-ядерного пути в данной задаче?
2. Сформулируйте неврологические синдромы?
3. Где находится очаг поражения?
4. Дополнительные методы исследования? С какой целью?

Задача 2

У женщины 65-ти лет выявляются сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи.

1. Какие мышцы обеспечивают движение глаза?
2. Какая глазная мышца парализована?
3. Где находится очаг поражения?

Задача 3

У больного 27 лет отмечается сильная приступообразная боль в виде чувства «электрического тока» в области верхней челюсти и верхних зубов справа. Боль провоцируется жеванием, умыванием и просто прикосновением. Чувствительность на лице сохранена.

1. Какой тип нарушения чувствительности имеет место?
2. Как называется клинический синдром?
3. Что поражено? Укажите локализацию поражения.

Задача 4

Больной 48-ти лет, находящийся на диспансерном учете в связи с легочной формой туберкулеза, в течение трех недель предъявляет жалобы на постепенно нарастающую головную боль, повышенную утомляемость, снижение аппетита. После этого у больного отмечено повышение температуры тела до 39,2°C. При осмотре в стационаре больной жалуется на сильные головные боли, невозможность смотреть на свет. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига и Брудзинского, других нарушений нет. При люмбальной пункции ликвор мутный, вытекает под давлением 290 мм вод.ст. При анализе ликвора число клеток – 456 в мкл, лимфоциты составляют 67% клеточного состава, содержание белка 5 г/л, содержание глюкозы – 20 мг%.

1. Чем характеризуется ликвор в данной задаче?

2. Чем осложнилась легочная форма туберкулеза?
3. Укажите неврологический синдром?
4. Где находится очаг поражения?
5. Какие методы можно использовать для диагностики?

Задача 5

Больной 72-лет, длительное время страдавший артериальной гипертензией, внезапно почувствовал слабость в правой руке и, в меньшей степени, в правой ноге, трудности подбора нужного слова при разговоре. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, адекватен, выполняет все пробы и инструкции врача. Собственная речь больного значительно затруднена: говорит отдельными словами, между которыми делает длительные паузы, слова грамматически не связаны между собой. Употребляет, в основном, существительные, которые произносит, не всегда правильно: нередки повторы отдельных звуков или слогов слова (например, говорит «рукур» вместо «рука»). Аналогичные ошибки отмечаются при повторении предложений или сложных слов за врачом. Попытка выразить свои мысли письменно также безуспешна. Выявляются парез нижней части мимических мышц справа, девиация языка вправо, правосторонний гемипарез с преобладанием в руке, повышением рефлексов и симптомом Бабинского.

1. Какое нарушение речи имеет место?
2. Как нарушена черепно-мозговая иннервация?
3. Какие нарушения отмечаются в конечностях?
4. Укажите неврологические синдромы?
5. Укажите локализацию поражения?
6. Дополнительные методы исследования? С какой целью?

Вариант №2

Задача 1

У 67-летнего мужчины внезапно возникли нарушение речи («каша во рту») и слабость в правых конечностях. При обследовании через месяц после начала заболевания выявлены отклонение языка влево при высовывании, атрофия левой половины языка, снижение силы и объема движений в правых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа.

1. О чем говорит атрофия половины языка?
2. Как называется нарушение речи по типу «каша во рту»?
3. Определите неврологические синдромы?
4. Укажите локализацию поражения?
5. Дополнительные методы исследования? С какой целью?

Задача 2

У мужчины 72-х лет правый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, движение правого глазного яблока возможно только кнаружи.

1. Что такое мидриаз? Дайте пояснение.
2. Какие глазные мышцы парализованы?
3. Укажите локализацию поражения?

Задача 3

У пациента сильная боль и снижение чувствительности на правой половине лица, герпетические высыпания на коже лба, скуловой дуги, подбородка.

1. Опишите кожную иннервацию лица.
2. Как называется клинический синдром?
3. Укажите локализацию поражения?
4. Укажите причину герпетических высыпаний?

Задача 4

Больной 59-ти лет, страдающий гипертонической болезнью, перенес субарахноидальное кровоизлияние. После выписки из больницы чувствовал себя хорошо, вернулся к работе и полностью справляется с профессиональными обязанностями. Спустя три месяца после выписки стал ощущать нарастающие по интенсивности и продолжительности головные боли, а также нарастающую шаткость при ходьбе. Головные боли усиливаются в ночное время и периодически сопровождаются тошнотой. В неврологическом статусе отмечается неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга, апраксия ходьбы, других неврологических нарушений нет. При компьютерной рентгеновской томографии головного мозга выявлено симметричное расширение желудочковой системы. При осмотре глазного дна окулист обнаружил расширение вен, размытость границ дисков зрительных нервов, что расценил как «застойные диски зрительных нервов».

1. Раскройте понятие «апраксия ходьбы»?
2. Что значит «застойные диски зрительных нервов»?
3. Патогенез неврологических нарушений?
4. Укажите неврологические синдромы?
5. Дополнительные обследования? С какой целью?

Задача 5

Женщина 38-ми лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью, которая возникла днем во время физической работы. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: больная ориентирована в месте и времени, на вопросы отвечает односложно, жалуется на сильную головную боль, быстро истощается и периодически засыпает. Выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон; парезов и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Характер и степень нарушения сознания?
3. Укажите топический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Вариант №3

Задача 1

У мужчины 40 лет, перенесшего два месяца назад во время командировки в Сибири укус клеща, обнаружены атрофия обеих трапецевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц, снижение силы этих мышц, что выявляется в виде затруднения пожимания плечами и поворота головы в стороны, других неврологических нарушений нет.

1. Объясните механизм атрофии трапецевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц?
2. Укажите неврологические синдромы?
3. Укажите локализацию поражения?

Задача 2

У 52-летней женщины при ходьбе по лестнице возникает двоение при взгляде вниз. Движение левого глазного яблока вниз несколько ограничено, других нарушений нет.

1. Какие мышцы обеспечивают движение глаза?
2. Какая глазная мышца парализована?
3. Укажите локализацию поражения?

Задача 3

У больного изменилась речь, стало трудно выговаривать слова, голос с носовым оттенком, поперхивание при глотании, мягкое нёбо при фонации неподвижно, глоточный рефлекс отсутствует, атрофия и фибриляции мышц языка с обеих сторон.

1. Как называется носовой оттенок голоса?
2. Уровень замыкания глоточного рефлекса?

3. Назовите клинический синдром?
4. Где расположен патологический очаг?

Задача 4

Женщина 35-ти лет, страдающая правосторонним хроническим средним отитом, в течение недели отметила быстро нарастающие головные боли, которые усиливаются в горизонтальном положении. Периодически возникает тошнота. В неврологическом статусе без четкой очаговой симптоматики. При осмотре окулиста обнаружены изменения, характерные для начинающегося застоя дисков зрительных нервов.

1. Что обозначает «застойные диски зрительных нервов»?
2. Укажите неврологический синдром?
3. Каков патогенез в данном клиническом случае?
4. Дополнительные обследования?

Задача 5

Больная 64-х лет в течение 15-ти лет страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца. Однажды утром пожаловалась родственникам на плохое самочувствие, но не смогла конкретизировать свои жалобы. На вопросы отвечала невпопад и не всегда понятно. Обратились за медицинской помощью. При осмотре: больная в ясном сознании, растеряна, пытается объясниться, но речь больной непонятна, так как она «путает» близкие по звучанию слоги (например, «год» и «кот», «ба» и «па»). Выразить свои мысли письменно больная не в состоянии. Просьба повторить за врачом фразу или отдельные слова встречает у больной недоумение. Другие просьбы и инструкции врачей больная также не выполняет или выполняет неправильно. Выявляются легкая (до 4-х баллов) слабость в правых конечностях, повышение рефлексов справа, утрата всех видов чувствительности на правой стороне тела.

1. Какое нарушение речи имеет место?
2. Укажите неврологические синдромы?
3. Где локализован очаг поражения?
4. Дополнительные методы обследования? С какой целью?

Вариант №4

Задача 1

У женщины 67-ти лет отмечаются поперхивание при еде, опущение правой половины мягкого неба и ограничение ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, утрата вкуса на задней трети языка справа.

1. Как происходит иннервация мягкого неба?
2. Объясните как функционирует вкусовая иннервация?
3. Укажите неврологические синдромы?
4. Где находится очаг поражения?

Задача 2

У женщины 73-х лет после перенесенного церебрального инсульта глазные яблоки отклонены вправо, их движение влево ограничено; в левых конечностях нет движений, оживлены сухожильные рефлексы, выявляется симптом Бабинского.

1. Как называется нарушение со стороны глаз?
2. Укажите неврологические синдромы?
3. Где находится очаг поражения?
4. Дополнительные методы исследования? С какой целью?

Задача 3

У больного выявлено выпадение обоняния справа. Слизистая оболочка носа не поражена.

1. Как называется нарушение обоняния?
2. Опишите путь обонятельного анализатора?
3. Как называется клинический синдром?
4. Что поражено? Укажите очаг поражения?

Задача 4

Больной 64-х лет, длительно страдавший артериальной гипертензией, перенес несколько инсультов с относительно хорошим восстановлением двигательных нарушений. В течение последнего года наблюдается неразборчивость речи, нарушение памяти, затруднения при самообслуживании. Больной отмечает, что ему бывает трудно четко произнести нужное слово. Также изменился тембр голоса: он стал менее звучным. Все это приводит к тому, что окружающие часто его не понимают и переспрашивают. Больной нередко поперхивается при еде. При осмотре: в ясном сознании, контактен, в месте и времени ориентирован правильно. Память на текущие и отдаленные события снижена; в целом, больной правильно выполняет предложенные задания, но делает это медленно, иногда ошибается из-за снижения концентрации внимания. Больной пытается говорить развернутыми, грамматически правильно построенными фразами, но и из-за нечеткости произношения речь не всегда понятна, создается ощущение «каши во рту». Голос тихий. Обращают на себя внимание малоподвижность мягкого неба при фонации, оживление глоточных рефлексов, симптомы орального автоматизма. Других неврологических нарушений нет.

1. Как называется нарушение памяти? Виды?
2. Перечислите симптомы орального автоматизма? Опишите симптом Аствацатурова?
3. Укажите неврологические синдромы?
4. Где находится очаг поражения?
5. Дополнительные методы обследования? С какой целью?

Задача 5

У девушки 20-ти лет в течение нескольких дней отмечается подъем температуры тела выше 38°C, беспокоят нарастающие по интенсивности головные боли. Она лечилась в поликлинике по месту жительства с диагнозом ОРВИ без эффекта. В связи с нарастанием головной боли доставлена в стационар. При обследовании больная вялая, лежит с запрокинутой головой, старается не открывать глаза, говорит, что не переносит яркий свет. Температура 38,7°C, пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. Кожные покровы влажные. В неврологическом статусе отмечается выраженная ригидность мышц шеи, которая не позволяет сгибать шею и приводить подбородок к груди, и двухсторонний симптом Кернига, других нарушений нет.

1. Опишите, как выявляется симптом Кернига?
2. Укажите неврологический синдром?
3. Где находится очаг поражения?
4. Предварительный диагноз?
5. Дополнительные обследования? С какой целью?

Вариант №5

Задача 1

У мужчины 75-ти лет появилась осиплость голоса, нарушение глотания, изменение артикуляции речи («каша во рту»), ослабление подвижности мягкого неба с обеих сторон, отсутствие глоточных рефлексов, ограничение подвижности языка, атрофии и фибрилляции языка.

1. Когда происходит атрофия и фибрилляция языка?
2. Как называется нарушение глотания? Методика исследования глоточного рефлекса.
3. Укажите неврологические синдромы?
4. Где очаг поражения?

5. Дополнительные методы исследования? С какой целью?

Задача 2

У 56-ти летнего мужчины левый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, движение левого глазного яблока возможно только кнаружи; в правых конечностях отсутствуют движения, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.

1. За счет чего ограничено движение глазного яблока?
2. Перечислите мышцы, обеспечивающие движение глаза?
3. Укажите неврологические синдромы?
4. Укажите локализацию поражения?
5. Дополнительные методы исследования? С какой целью?

Задача 3

У больного 37 лет снижено зрение на правый глаз ($vis OD=0,2$; $OS=1,0$), отсутствует прямая реакция на свет с сохранением содружественной реакции при освещении левого глаза.

1. Опишите механизм прямой и содружественной реакции на свет?
2. Как называется клинический синдром?
3. Что поражено у больного?

Задача 4

Больной 47-ми лет обратился с жалобами на снижение памяти. Страдает алкоголизмом, месяц назад после злоупотреблением алкоголем остро развились помрачение сознания с дезориентацией в месте и времени, сходящееся косоглазие, нарушение памяти на текущие события, шаткость и падение при ходьбе. В течение нескольких дней состояние улучшилось, больной находится в ясном сознании, регрессировали глазодвигательные расстройства. Однако остались выраженные нарушения памяти и неустойчивость при ходьбе. Поведение больного правильное. Достаточно подробно рассказывает о своем детстве и юности. Менее четкими оказываются воспоминания о событиях, непосредственно предшествующих болезни. Ничего не может рассказать о том, как он заболел. Апраксии и агнозии нет. При повторной беседе (на следующий день) больной не помнит, что уже знаком с врачом, затрудняется сказать, о чем они говорили накануне. Выявляются утрата чувствительности по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытии глаз.

1. Какие отделы нервной системы поражены?
2. Какие нарушения памяти имеет место?
3. Какие неврологические синдромы в данной задаче?
4. Укажите очаг поражения?
5. Дополнительные методы обследования? С какой целью?

Задача 5

Мужчина 50-ти лет, длительно страдающий артериальной гипертонией, доставлен в больницу в связи с внезапным развитием интенсивной головной боли, слабости в левых конечностях и последующим нарушением сознания. При обследовании: сознание отсутствует, гиперемия лица, артериальное давление 230/120 мм рт.ст., пульс – 110 ударов в минуту. Выявляется ригидность шейных мышц, глазные яблоки отведены вправо, сохранены зрачковые и роговичные рефлексы, отмечается парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. На болевые раздражения в правой половине лица, туловища и правых конечностях больной реагирует гримасой боли, в то время как слева реакция отсутствует.

1. Уровень замыкания зрачкового и роговичного рефлексов?
2. Какие нарушения произошли с глазными яблоками?
3. Укажите неврологические синдромы?
4. Степень и характер нарушения сознания?

5. Поставьте топический диагноз?

6. Дополнительные методы обследования? С какой целью?

Критерии оценки:

(отлично) – обучающийся правильно отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, самостоятельно анализирует данные задачи, формулирует неврологические синдромы и грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(хорошо) – обучающийся достаточно правильно отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и относительно неточные ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, анализирует с поправками данные задачи, формулирует неполно неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(удовлетворительно) – обучающийся неполно и с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, формулирует неполно и нечетко неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(неудовлетворительно) – обучающийся с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

Критерии оценки тестов:

оценка «отлично» - от 90% до 100%

оценка «хорошо» - от 80% до 89%

оценка «удовлетворительно» - от 70% до 79%

оценка «неудовлетворительно» - менее 70%

РАЗРАБОТАЛ: ТИТАРЕНКО О.П.


Подпись

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины
«Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»**

П Е Р Е Ч Е Н Ь

ситуационных задач к VIII семестру IV курс

Раздел «Частная и клиническая неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»

Темы: 1-13

П Е Р Е Ч Е Н Ь

ситуационных задач к контрольному занятию VIII семестр IV курс

Анатомо-физиологические особенности мозгового кровообращения. Патофизиологические механизмы при ОНМК. Инсульты. Классификация. Клиника, диагностика. Хронические нарушения мозгового кровообращения. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика и лечение ОНМК и ХНМК. Инфекционные заболевания нервной системы. Темы 1-3.

1. У пациента 69 лет, страдающего гипертонической болезнью, внезапно, после сна, возникла слепота на левый глаз и слабость в правых конечностях.

Задания:

- 1) Назовите синдромальный диагноз.
- 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

2. Пациентка 72 лет, страдает артериальной гипертензией, постоянную гипотензивную терапию не принимает. Сегодня утром появились неловкость и онемение в правой верхней конечности, асимметрия лица (опущение правого угла рта).

Задания:

- 1) Назовите синдромальный диагноз.
- 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

4. У мужчины 60 лет с длительным стажем курения и гипертонической болезни, утром после сна появилось онемение и слабость в левой нижней конечности. К вечеру слабость в ноге усилилась и постепенно присоединилась неловкость в проксимальном отделе левой верхней конечности.

Задания:

- 1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

5. У пациента с длительным анамнезом гипертонической болезни, ожирением, внезапно на фоне повышения артериального давления развилась слабость в правых конечностях. В неврологическом статусе выявлено: правосторонний центральный гемипарез, периферический парез мимических мышц слева.

Задания:

- 1) Назовите синдромальный диагноз и область поражения в головном мозге.
- 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

6. Мужчина 59 лет доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно утратил сознание. На момент осмотра: сопор, левая щека «парусит» при дыхании, левая нога ротирована кнаружи, симптом Бабинского слева, ригидность затылочных мышц.

Задания:

- 1) Предположите область поражения и сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

7. Мужчина 60 лет с ИБС, нестабильным течением гипертонической болезни, доставлен машиной скорой помощи в стационар с симптомами: центральный гемипарез и гемигипестезия справа, птоз слева, расходящееся косоглазие слева, зрачки S>D.

Задания:

- 1) Назовите синдромальный диагноз и область поражения головного мозга.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

8.Женщина 65 лет, страдающая пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, доставлена в стационар с симптомами: центральный монопарез правой руки, центральный парез языка справа, частичная моторная афазия.

Задания:

1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

9.Женщина 57 лет, доставлена в стационар с жалобами на головокружение, шаткость при ходьбе. В неврологическом статусе: нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, при выполнении координаторных проб - выраженный интенционный тремор в левых конечностях.

Задания:

1) Назовите топический диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

10.Мужчина 68 лет, страдающий пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, внезапно ослеп на оба глаза. При осмотре других неврологических симптомов не выявилось.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.

2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

П Е Р Е Ч Е Н Ь

ситуационных задач к контрольному занятию VIII семестр IV курс

Демиелинизирующие заболевания. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Заболевания периферической нервной системы. Опухоли головного и спинного мозга. Темы 4-7.

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: 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?

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 кроватке, 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) Возможные исходы заболевания?

3. Обучающийся 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?

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?

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?

6. Родители 9ти летнего ребенка вызвали врача на дом. Рассказали, что в течение 2,5 недель у сына была небольшая температура 37,2- 37,5, плохо себя чувствовал, болела голова, была однократная рвота. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 3 кг, часто жаловался на утомляемость, ухудшилась успеваемость в школе, появился частый кашель. Врач выявил: умеренно выраженный менингеальный синдром, легкое расходящееся

косоглазие и легкий птоз справа. Мальчика срочно госпитализировали. Анализ ликвора: давление 400 мм водного столба, жидкость бесцветная, через 24 часа появилась неясная фибриновая сетка, белок 0,65 г/л, цитоз 200 в 1 мм³, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Возможные исходы заболевания?

7. В летнем детском спортивном лагере у троих детей возраста от 6 до 9 лет в течение 2-х суток повысилась температура до 38 градусов, появилась сильная головная боль, головокружение, повторная рвота. У одного ребенка развился судорожный припадок. При осмотре: состояние у всех средней тяжести, гиперемированная окраска лица с бледным носогубным треугольником, умеренно выраженные менингеальные симптомы. В анализе ликвора ребенка, которого первым доставили в районную больницу: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 350 мм вод.ст., 400 клеток в 1мкл, преобладают лимфоциты, белок - 0,2 г\л.

Задание:

- 1) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 2) Предложите дополнительные методы обследования.
- 3) Предложите план лечения.
- 4) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 5) Возможные исходы заболевания?

8. Пациент 69 лет амбулаторно наблюдается у ЛОР врача в связи с правосторонним гнойным средним отитом. Из назначенной терапии пользуется местными каплями с аминогликозидным антибиотиком и сам делает согревающие компрессы. Внезапно его состояние резко ухудшилось, появилась сильная головная боль, больше справа, головокружение, рвота. Доставлен в ЛОР отделение больницы, где в приемном отделении выявлен менингеальный симптомокомплекс. Проведена люмбальная пункция. В анализе ликвора: мутный, давление 280 мм вод.ст., 800 клеток в 1мкл (нейтрофилы), белок - 0,9 г\л, сахар - 2,1 ммоль\л.

Задание:

- 1) Поставьте предварительный клинический диагноз.
- 2) Предложите дополнительные методы обследования.
- 3) Предложите план лечения.

9. 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.

10. Сестра вызвала скорую помощь своему 30 летнему брату, так как у него развился эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что пациент ВИЧ инфицирован. Пациента срочно госпитализировали. Во время осмотра пациент жалуется на сильную головную боль, сонлив, спутан, на вопросы отвечает не по существу. Объективно: сенсорная афазия Вернике, правосторонний гемипарез. В анализе ликвора: легкая ксантохромия, цитоз-300 в 1 мл, белок – 2,0г/л, давление 280 мм вод.ст. На МРТ-признаки поражения лобных и височных долей головного мозга (некроз, геморрагии, отек).

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
- 4) Предложите дополнительные методы обследования.
- 5) Предложите план лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

П Е Р Е Ч Е Н Ь

ситуационных задач к контрольному занятию VIII семестр IV курс

Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма. Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилептические пароксизмы. Вегетативная нервная система и ее расстройства. Неврозы. Головные боли. Мигрень. Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы. Темы 8 – 13.

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?

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.
- 4) Рекомендации по тактике обследования?

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 рефлексы 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?

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 рефлексы 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?

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?

6. 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, мимопопадание). 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?

7. 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 переходящим 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?

8. 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?

9. Пациентка 39 лет жалуется на сильную головную боль, частую рвоту, шаткость при ходьбе. При осмотре: Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Силовых парезов в конечностях нет. Тонус в левых конечностях снижен, в позе Ромберга падает влево, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и коленно-пяточной проб слева.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположительный клинический диагноз?
- 3) Обследование?
- 4) Лечение?

10. Флейтист 56 лет, работающий в симфоническом оркестре, обнаружил, что не узнает ранее известные ему мелодии произведений классической музыки, однако, может играть пользуясь нотами (партитурой). В связи с этим, обратился за консультацией к семейному врачу. При сборе анамнеза, врач выяснил, что, в течение последних двух месяцев мужчину беспокоит упорная головная боль, сопровождающаяся тошнотой. Головная боль не связана с колебаниями артериального давления, прием анальгетиков не влияет на интенсивность головной боли. Отмечает уменьшение головной боли после приема диуретиков. При элементарном неврологическом осмотре очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположительный клинический диагноз?
- 3) Обследование?
- 4) Нужна ли консультация каких либо специалистов?
- 5) Лечение?

Тестовый контроль № 3

по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Вариант № 1

Задача 1

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт.ст. В течение последних трех месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, АД 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, патологический рефлекс Бабинского слева.

1. Назовите неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
5. Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?
6. Дополнительные методы обследования?
7. Лечение?

Задача 2

Женщина 81-го года доставлена в больницу бригадой «скорой медицинской помощи» в связи с головной болью, головокружением, рвотой и неловкостью в правых конечностях. Заболевание развилось остро, после того как больная оступилась и упала, травму головы при падении отрицает. При расспросе установлено, что два года назад лечилась в стационаре по поводу геморрагического инсульта (при компьютерной томографии головы выявлялось кровоизлияние в левой теменной доле), отмечалось полное восстановление неврологических функций. При обследовании: в сознании, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, интенционный тремор в правых конечностях при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, мышечная гипотония; справа парезов и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Лечение и прогноз?

Задача 3

Мужчина 65 лет в течение последних 30-ти лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем артериального давления 180-200/110-120 мм рт.ст. Регулярно не лечится. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи. При беседе и осмотре: больной заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма, насильственный смех и плач, высокие симметричные сухожильные рефлексы, симптом Бабинского с двух сторон, легкая гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденция к падению при поворотах. При нейропсихологическом исследовании – выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Вариант № 2

Задача 1

Женщина 70-лет доставлена в больницу в связи с диплопией и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока кнаружи минимально, движения в правых конечностях отсутствуют. в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

1. Назовите неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить эпизод головокружения и двоения в глазах месяц назад?
5. Дополнительные методы обследования?
6. Лечение?

Задача 2

У женщины 72-х лет внезапно развилась сильная головная боль в затылочной области с тошнотой и светобоязнью. Бригадой «скорой медицинской помощи» больная была доставлена в стационар. До заболевания считала себя практически здоровой, обычное артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150/90 мм рт.ст., пульс – 88 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. При компьютерной томографии головы обнаружены признаки локального скопления крови в области базальной цистерны вокруг среднего мозга. При церебральной ангиографии данных за патологию церебральных артерий не получено.

1. Клинический диагноз?
2. Предположительная причина (этиология) заболевания?
3. Лечение?
4. Прогноз заболевания?

Задача 3

Женщина 63 лет жалуется на прогрессирующее ухудшение памяти на текущие события, нарушение ориентировки на местности, трудности при подборе нужного слова в разговоре. Указанные расстройства появились исподволь около 3-4 лет тому назад и непрерывно нарастают. Больная была вынуждена оставить свою работу, сейчас испытывает значительные затруднения в быту при самообслуживании: в частности, нужна посторонняя помощь при одевании. Анамнез жизни – без особенностей, в семейном анамнезе обращают на себя внимание повышенная забывчивость у отца больной, которая возникла в возрасте 70-ти лет. Больная в ясном сознании, но дезориентирована в месте и во времени. Нейропсихологическое исследование выявляет грубые нарушения памяти, праксиса, гнозиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные исследования?
4. Лечение?

Вариант № 3

Задача 1

Мужчина 55-лет доставлен в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/115 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1. Назовите неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 2

Мужчина 55-ти лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и рвотой, спутанностью сознания. Два дня назад появилась и постепенно нарастала головная боль, артериальное давление повысилось до 200/120 мм рт.ст. В течение 10-ти лет у больного артериальное давление повышается до 200/120 мм рт.ст., обычное артериальное давление – 160/100. При обследовании: в сознании, но сонлив, на вопросы отвечает односложно, быстро устает, жалуется на тошноту, артериальное давление – 230/140 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов, парезов и других неврологических

нарушений нет. При компьютерной томографии головы обнаружены признаки отека головного мозга в задних отделах больших полушарий без очаговых изменений.

1. Клинический диагноз?
2. Патогенез и прогноз заболевания?
3. Лечение?

Задача 3

Женщина 65 лет последние 20 лет страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом церебральных артерий, ишемической болезнью сердца. В последние пять лет появились и нарастают нарушения речи и походки. При осмотре: больная в ясном сознании, контактна, правильно ориентирована в месте и времени, жалуется на снижение памяти. В неврологическом статусе: неразборчивость речи, понимание обращенной речи сохранено, положительные рефлекс орального автоматизма, насильственный плач, сухожильные рефлекс повышены, мышечный тонус повышен по пластическому типу, преимущественно в ногах, симптом Бабинского с обеих сторон. Походка: трудности в начале ходьбы, шаг укорочен, неустойчивость и тенденция к падению при поворотах. При нейропсихологическом исследовании выявляются выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и прогноза.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Вариант № 4

Задача 1

Женщина 60-ти лет доставлена в больницу в связи с онемением в левых конечностях, которое возникло рано утром, при пробуждении. В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычный уровень артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов и парезов нет, ослаблена болевая и температурная чувствительность на левой половине лица, туловища и в левых конечностях, рефлекс не изменены, патологических рефлекс нет. Компьютерная томография головы не выявила изменений в головном мозге.

1. Неврологический синдром и топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Предполагаемый патогенез заболевания?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Лечение?

Задача 2

У мужчины 45-ти лет в сауне возникла интенсивная головная боль, которая продолжалась около 6 часов и постепенно уменьшилась. На следующий день он обратился к врачу поликлиники в связи с возникшим двоением в глазах. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление повышено до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД 140/80 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, полуптоз справа, правый зрачок шире левого, его реакция на свет ослаблена, расходящееся косоглазие, движение правого глазного яблока ограничено внутрь, вверх и вниз; других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
5. Врачебная тактика?

Задача 3

Мужчина 68-ми лет в течение последних 20-ти лет страдает гипертонической болезнью и атеросклерозом церебральных артерий, на фоне которых перенес несколько ишемических инсультов с относительно хорошим восстановлением неврологического дефицита. В течение последних двух лет появились и нарастают снижение памяти и внимания, а также нарушение походки. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: дизартрия, дисфония, оживление плоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, в левых конечностях снижение мышечной силы до 4-х баллов с повышением сухожильных рефлексов и симптомом Бабинского. Походка: на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Вариант № 5

Задача 1

Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с развившимися два часа назад нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенес инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоят приступы стенокардии напряжения. Постоянно принимает аспирин по одной таблетке (100 мг) вечером, нитросорбид по несколько таблеток в день. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, спонтанная речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, при высывании девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, справа ослаблены все виды чувствительности, оживление сухожильных рефлексов справа. Симптом Бабинского справа.

1. Назовите неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 2

У женщины 70-ти лет во время стирки белья появились интенсивная головная боль, тошнота и рвота, повысилось артериальное давление до 190/110 мм рт.ст. при обычном 150/90 мм рт.ст. Врачи «скорой медицинской помощи» установили: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. Состояние больной расценено как «гипертонический церебральный криз» и ей предложена госпитализация в терапевтическое отделение многопрофильной больницы.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз? Согласны ли вы с диагнозом «гипертонический церебральный криз»?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Врачебная тактика?

Задача 3

Женщина 73-х лет жалуется на повышенную забывчивость, утомляемость, общую слабость. Считает себя больной в течение последних двух лет, забывчивость носит

прогрессирующий характер. Три года назад перенесла операцию на щитовидной железе по поводу тиреотоксической аденомы. Семейный анамнез неврологическими и психическими заболеваниями не отягощен. При обследовании: больная вялая, заторможена, эмоциональный фон снижен, отечность лица и конечностей, при пальпации отечные ткани плотные, температура – 3,2⁰С, артериальное давление – 0/60 мм рт.ст., пульс – 56 ударов в минуту. При нейропсихологическом обследовании: нарушения памяти, снижение концентрации внимания, значительная замедленность мышления. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные исследования?
3. Лечение?

Тестовый контроль № 4

по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Вариант № 1

Задача 1

У женщины 60-ти лет в течение двух суток нарастает головная боль, повышается температура тела (до 38,5⁰С), на третий день заболевания развивается судорожный эпилептический припадок с потерей сознания на несколько минут. При обследовании: в сознании, но на вопросы отвечает односложно, жалуется на сильную головную боль, сонливость, обращенную речь понимает, но собственная речь больной имеет грамматические нарушения, отмечается «телеграфный» стиль речи. Слабость нижней части мимических мышц справа, снижение силы в правых конечностях до 3-х баллов с повышением в них мышечного тонуса, сухожильных рефлексов и наличием симптома Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предполагаемое заболевание?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 2

У мальчика 10-ти лет на пятый день заболевания корью появилась неловкость в руках и ногах, шаткость при ходьбе. При обследовании: сознание ясное, менингеальных симптомов нет, горизонтальный и вертикальный нистагм, сила в конечностях достаточная, мышечный тонус и сухожильные рефлексы низкие, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, дисдиадохокinez в обеих руках, неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга. Других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Задача 3

У мужчины 32-х лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в пояснице. Боль резко усиливается при движении в поясничном отделе позвоночника. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного лордоза. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед невозможен из-за резкого усиления боли. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не обнаружено.

1. Клинический диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?

Вариант № 2

Задача 1

У женщины 65-ти лет возникли опоясывающие боли в правой половине грудной клетки, через 3 дня появились везикулезные высыпания в этой области. В течение месяца высыпания полностью прошли, но беспокоит боль в грудной клетке, которая периодически усиливается и нарушает ночной сон. Прием ненаркотических анальгетиков мало эффективен. При обследовании справа выявлены участки кожной депигментации в области грудной клетки, болевая гиперестезия на уровне 5-10-го грудных сегментов справа.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предполагаемое заболевание?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 2

Мужчина 45-ти лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задне-наружной поверхности правой ноги. Боль сохранялась 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: выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного лордоза. Движения в поясничном отделе резко ограничены; наклон туловища вперед, сгибания вправо невозможны из-за резкого усиления боли. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Задача 3

Мужчина 52-х лет после циклевания полов отметил слабость и онемение в стопе. При обследовании выявляются слабость мышц, обеспечивающих тыльное сгибание стопы, снижение всех видов чувствительности по наружной поверхности голени, тыльной поверхности стопы. Больной не может стоять на пятке правой стопы, ахилловы и коленные рефлексы сохранены.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Вариант № 3

Задача 1

Мужчина 55-ти лет предъявляет жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 38,0°C в течение последних трех дней, а также онемение в левых конечностях, которое возникло в день обращения. При обследовании: в сознании, ориентирован в месте и во времени, обращенную речь понимает не полностью, в речи больного отмечаются вербальные парафазии, ослабление болевой и температурной чувствительности в половине лица, туловища и конечностей слева. При исследовании цереброспинальной жидкости выявлен лимфоцитарный плеоцитоз (105 клеток в 1 мкл), белок 0,44 г/л, уровень глюкозы в норме.

1. Неврологический синдром?
2. Топический диагноз?
3. Предполагаемое заболевание?
4. Дополнительные методы обследования?

5. Лечение?

Задача 2

Женщина 25-ти лет жалуется на шаткость походки. Болеет с 18-ти лет, когда впервые отметила, что при позыве на мочеиспускание не может долго удерживать мочу. Затем эти явления прошли, но через год возникла неловкость в правой руке, которая также регрессировала. В течение последних трех месяцев походка стала шаткой, по словам больной, ее «принимают за пьяную». В неврологическом статусе: горизонтальный и вертикальный нистагм, легкий интенционный тремор при пальце-носовой пробе справа, выраженный интенционный тремор при пяточно-коленной пробе с обеих сторон, пошатывание в позе Ромберга и при ходьбе, парезов и расстройств чувствительности нет отсутствие брюшных рефлексов, оживление сухожильных рефлексов на всех конечностях, патологических стопных симптомов нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Задача 3

Мужчина 46-ти лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на остро возникшую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 15-ти лет, обычно после физической нагрузки, подъема тяжести. Настоящее обострение беспокоит в течение недели. Боль усиливается при движении, кашле. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью влево в поясничном отделе. Движения в поясничном отделе резко ограничены, положительный симптом «посадки». Отмечается болезненность при пальпации межпозвоночных суставов в нижнем поясничном отделе. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Клинический диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?

Вариант № 4

Задача 1

Мужчина 72-х лет предъявляет жалобы на боли и высыпания в правой лобной области, которые появились пять дней назад. Пациент считает себя практически здоровым, в последние несколько лет у него наблюдается периодическое повышение артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При обследовании – в правой лобной области отмечаются везикулезные высыпания, выявляется ослабление болевой и температурной чувствительности, других нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Топический диагноз?
3. Предполагаемое заболевание?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение, если подтвердится предполагаемый диагноз?

Задача 2

Женщина 57-ми лет, бухгалтер, жалуется на боли в шейном отделе позвоночника, распространяющиеся по наружной поверхности правой руки. Боли беспокоят в течение последних 3-х месяцев, постепенно усиливаются. При обследовании обнаружены напряжение мышц шеи, кифоз в шейном отделе, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника из-за боли. Определяются напряжение и болезненность трапецевидной, надостной и средней лестничной мышц справа. При пальпации лестничной мышцы, повороте головы влево возникают боли по наружной поверхности правой руки. Отмечаются гипестезия по медиальной поверхности предплечий и кисти и снижение рефлекса с m.biceps справа, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Задача 3

Мужчина 43-х лет, сантехник, утром после сна отметил слабость в правой кисти. Накануне употреблял алкоголь в большом количестве и заснул в конце застолья. При осмотре отмечаются слабость разгибателей кисти и пальцев («висячая кисть»), плечелучевой мышцы, слабость разгибания и отведения большого пальца, снижение всех видов чувствительности в области анатомической табакерки, снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Вариант № 5

Задача 1

Мужчина 25-ти лет предъявляет жалобы на нарастающие головные боли и повышение температуры до 37,5°C в течение последних двух дней. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, ориентирован в месте и во времени, ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон; других неврологических нарушений нет. С диагностической целью больному проведена люмбальная пункция. При исследовании цереброспинальной жидкости отмечено увеличение количества лимфоцитов до 150 клеток в мкл, белок – 0,65 г/л, уровень глюкозы в норме.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предполагаемое заболевание?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Задача 2

Мужчина 25-ти лет в течение последних шести месяцев отмечает повышенную физическую утомляемость, появление шаткости и слабости в правой ноге при длительной ходьбе. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов на всех конечностях, отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского справа, легкое пошатывание в пробе Ромберга. При исследовании зрительных и соматосенсорных вызванных потенциалов выявлено замедление скорости проведения возбуждения на уровне спинного мозга и ствола головного мозга.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Задача 3

Женщина 32-х лет жалуется на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. Заболела за день до поступления, накануне длительное время находилась на улице без головного убора при температуре -5°C. При обследовании определяется асимметрия лица, слева лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, опущен угол рта. При выполнении мимических проб отмечается слабость всех мимических мышц левой половины лица, симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?

3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Тестовый контроль № 5
по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, НЕЙРОХИРУРГИЯ»
Вариант № 1

Задача 1

У женщины 72-х лет в течение года отмечаются приступы клонических судорог в левой стопе, которые постепенно распространялись на всю ногу и далее на руку. Продолжительность приступов – несколько минут без потери сознания. За последний месяц приступы участились и стали ежедневными. Больную стали беспокоить головные боли распирающего характера, появилась и постепенно нарасла слабость в левых конечностях. Последний припадок сопровождался утратой сознания и непроизвольным мочеиспусканием. При обследовании: мышечная сила в руке снижена до 4-х баллов, в ноге – до 2-х баллов, слева повышены сухожильные рефлексы и вызывается симптом Бабинского, снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. При осмотре окулистом выявлены застойные изменения на глазном дне.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача 2

Подросток 16-ти лет на уроке физкультуры в школе упал и ударился головой. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен в стационар через час после травмы. При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе не выявляется нарушений. При рентгеновском исследовании костей черепа патологических изменений не обнаружено.

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Врачебная тактика?

Задача 3

Родители 6-летнего мальчика в течение последнего года стали замечать. Что периодически во время игры, еды или разговора ребенок как бы «застывает» на несколько секунд. В это время его глаза неподвижны, он не говорит, не отвечает на вопросы, а, вернувшись в обычное состояние, не помнит о кратковременном нарушении сознания. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день. Неврологических нарушений не выявлено.

1. Тип припадка?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?
4. Прогноз?

Вариант № 2

Задача 1

У женщины 28-ми лет в течение двух лет отмечаются нарушения менструального цикла. На протяжении последнего года появились и постепенно нарастают головные боли сжимающего характера, а также снижение зрения. При обследовании: выпадение боковых (наружных) полей зрения, других неврологических нарушений нет. В сыворотке крови резко повышено содержание пролактина. При рентгеновском исследовании черепа

выявлено частичное разрушение стенок «турецкого седла».

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача 2

Мужчина 32-х лет был избит неизвестными. Во время избиения получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре, в который поступил через час после травмы, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. При осмотре: дезориентирован в месте и во времени, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При КТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюса левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности.

1. Неврологические синдромы?
2. Клинический диагноз?
3. Врачебная тактика?

Задача 3

Мужчина 35-ти лет в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. На 2-й день после очередного алкогольного эксцесса он внезапно потерял сознание, возникли тоническое напряжение всех мышц и цианоз лица. Затем появились клонические судороги в конечностях, которые продолжались несколько минут. В конце приступа возникло непроизвольное мочеиспускание. Больной быстро пришел в себя, его беспокоила головная боль. Неврологических нарушений после приступа не выявлено.

1. Предположительный клинический диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Врачебная тактика?

Вариант № 3

Задача 1

Мужчина 50-ти лет, год назад прооперированный по поводу центрального рака легкого, в течение двух месяцев отмечает приступы клонических судорог в правой кисти длительностью несколько минут без утраты сознания. В последние две недели в момент приступов наблюдается расстройство речи – больной не может произносить слова, но обращенную к нему речь понимает. При неврологическом осмотре отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов на правых конечностях, симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 5 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача 2

Мужчина 32-х лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой и потерял сознание. Доставлен в стационар через час после травмы. При осмотре в приемном отделении стационара отмечена обширная подкожная гематома в левой височной области. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, оживление сухожильных и периостальных рефлексов с преобладанием справа, симптом Бабинского с обеих сторон.

При рентгенологическом исследовании выявлен перелом чешуи левой височной кости.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Врачебная тактика?

Задача 3

Мужчину 45-ти лет в течение последнего года часто беспокоят головные боли. Три дня назад у него впервые в жизни развился приступ в виде клонических подергиваний в правой стопе, которые затем распространились на всю ногу, а в дальнейшем на правую руку и правую половину мимических мышц. Приступ продолжался несколько минут, потери сознания при этом не отмечалось. Длительное время мужчина злоупотребляет алкоголем. При неврологическом обследовании вне приступа выявлено повышение сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского на правой стопе.

1. Тип припадка?
2. Неврологические синдромы?
3. Топический диагноз?
4. Предполагаемое заболевание?
5. Дополнительные методы обследования?
6. Врачебная тактика?

Вариант № 4

Задача 1

Женщина 70-ти лет обратилась к врачу с жалобами на постепенно нарастающее «ощущение неловкости» в левой руке, которое затрудняет выполнение привычной работы. Впервые подобные ощущения больная отметила три года назад, однако к врачу обратилась только в настоящее время. При неврологическом обследовании: оживление сухожильных и периостальных рефлексов в левых конечностях, умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу в них, симптом Бабинского слева, легкое снижение болевой и температурной чувствительности в левых конечностях, преимущественно в руке, астереогноз слева. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга справа налево на 5 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача 2

Женщина 47-ми лет пострадала в автомобильной аварии. В момент аварии находилась в автомобиле, ударила головой. После аварии в сознание не приходила. Доставлена бригадой «скорой медицинской помощи» в стационар через 40 минут после травмы. При осмотре в правой височной области выявлена ушибленная рана мягких тканей. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, в левых конечностях движения отсутствуют, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявляется перелом чешуи правой височной кости. При эхоэнцефалоскопии определяется смещение срединных структур влево на 7 мм.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача 3

Девушка 18-ти лет жалуется на эпизоды утраты сознания, возникающие в душном помещении или транспорте. Утрате сознания предшествует ощущение «дурноты, потемнение в глазах». Если в этот период пациентке удастся присесть или прилечь, то

потери сознания обычно не происходит. Эти состояния беспокоят эпизодически с 14-ти лет, но в последние месяцы стали возникать чаще на фоне повышенного эмоционального и физического напряжения (совмещение работы и учебы на вечернем отделении института). При обследовании неврологических нарушений не выявлено.

1. Предполагаемый клинический диагноз?
2. Механизм развития заболевания?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Вариант № 5

Задача 1

Мужчина 68-ми лет обратился с жалобами на снижение зрения на левый глаз и головные боли. Два года назад больной обнаружил у себя в правой затылочной области под кожей небольшое опухолевое образование. Постепенно оно увеличивалось в размерах, в течение последнего года больного стали беспокоить головные боли и снижение зрения. Головные боли носят распирающий характер, усиливаются в утренние часы. При пальпации правой затылочной области у больного определяется умеренно болезненное образование, которое имеет плотно эластическую консистенцию и размеры 4х3х2 см. При обследовании выявлено выпадение левых полей зрения, других неврологических нарушений нет. При рентгеновском исследовании черепа в проекции патологического образования обнаружена зона деструкции кости размером 4х3 см. При осмотре окулиста выявлены застойные диски зрительных нервов.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача 2

Мужчина 30-ти лет доставлен в стационар бригадой «скорой медицинской помощи» с улицы, где был сбит машиной. При обследовании в стационаре больной в состоянии психомоторного возбуждения, дезориентирован в месте, во времени и в собственной личности, сопротивляется осмотру. В неврологическом статусе ригидность мышц шеи, симптом Кернига с обеих сторон, спонтанный горизонтальный нистагм в обе стороны, других нарушений не выявляется. При КТ головы обнаружены зоны патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюсов лобных долей с небольшими участками высокоплотных вкраплений в них. Признаков компрессии и дислокации головного мозга нет.

1. Клинический диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Прогноз заболевания?

Задача 3

Мужчина 65-ти лет отмечает, что в последние несколько лет при тугом завязывании галстука или ношении водолазки с тесным воротом у него может развиваться приступ потери сознания, который длится не более 2-3 минут и не сопровождается судорогами в конечностях. Аналогичный приступ возник в стационаре при проведении массажа шеи и воротниковой зоны в связи с болями в шейном отделе позвоночника на фоне остеохондроза и спондилеза. При обследовании очаговых неврологических нарушений не выявлено.

1. Предполагаемый клинический диагноз?
2. Механизм его развития?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Врачебная тактика.

Критерии оценки:

(отлично) – обучающийся правильно отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, самостоятельно анализирует данные задачи, формулирует неврологические синдромы и грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(хорошо) – обучающийся достаточно правильно отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и относительно неточные ответы на все вопросы задачи, отражает понимание клинической ситуации, анализирует с поправками данные задачи, формулирует неполно неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(удовлетворительно) – обучающийся неполно и с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, формулирует неполно и нечетко неврологические синдромы и недостаточно грамотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

(неудовлетворительно) – обучающийся с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не понимает клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

Критерии оценки тестов:

оценка «отлично» - от 90% до 100%

оценка «хорошо» - от 80% до 89%

оценка «удовлетворительно» - от 70% до 79%

оценка «неудовлетворительно» - менее 70%

РАЗРАБОТАЛ: ТИТАРЕНКО О.П.



подпись