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
д.м.н., профессор И.Ф. Гарбуз
«1»10 2019г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«Неврология, медицинская генетика»

Направление подготовки:
31.05.02 «Педиатрия»

Квалификация выпускника:
Специалист
Врач-педиатр общей практики

Форма обучения:
Очная

Разработал
Ассистент кафедры: Окушко С.В.
Подпись:

г. Тирасполь – 2019

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине:

«Неврология, медицинская генетика»

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

Знать:

- физикальные методы обследования больного с поражением нервной системы;
- основные симптомы поражения нервной системы у детей в возрастном аспекте;
- основные дополнительные методы обследования неврологических больных;
- этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и исходы основных заболеваний нервной системы;
- профилактику болезней нервной системы.

Уметь:

- провести расспрос и собрать анамнез у неврологического больного;
- исследовать неврологический статус у детей в возрастном аспекте;
- выявить симптомы и синдромы поражения нервной системы, поставить топический и клинический диагноз;
- составить план обследования неврологического больного;
- оценить результаты основных дополнительных методов обследования;
- провести экстренное лечение неотложных неврологических расстройств;
- организовать уход за неврологическим больным;
- осуществлять профилактику неврологических заболеваний.

Владеть следующими практическими навыками,с умением определять:

- уровень сознания;
- речевые нарушения коркового типа;
- наличие апраксии;
- наличие анозогнозии, аутотопагнозии, астереогноза;
- поля зрения мануальным способом, остроту зрения;
- глазодвигательные нарушения;
- реакции зрачок на свет, конвергенцию и аккомодацию;
- болезненность точек выхода тройничного нерва, чувствительность на лице;
- функцию жевательной мускулатуры;
- функцию мимической мускулатуры;
- наличие вестибулярных нарушений;
- рефлексы: глоточный и с мягкого нёба, фонацию мягкого нёба;
- наличие дизартрии, нарушение функции языка;
- патологическую мышечную утомляемость (пробы на миастению);
- наличие парезов и параличей;
- мышечный тонус в конечностях;
- атрофию мышц;
- наличие фибриллярных и фасцикулярных подёргиваний;
- сухожильные рефлексы: карпорадиальный, с двуглавой и трёхглавой мышц, коленный, ахиллов;
- патологические рефлексы: стопные сгибательного и разгибательного типа, орального автоматизма;
- поверхностные виды чувствительности;
- глубокие виды чувствительности;
- наличие статической атаксии;
- наличие динамической атаксии (пальце-носовая, пяточно-коленная пробы);
- проводить пробы на асинергию;
- наличие сенситивной атаксии;
- тип гиперкинеза;
- наличие гипо- , олиго- и брадикинезии;
- тип тазовых нарушений;

- менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского, Лессажа, Фанкони и др.);
- симптомы натяжения корешков;
- наличие симптомов внутричерепной гипертензии;
- изменений на рентгенограмме черепа;
- изменений на рентгенограмме позвоночника;
- изменений на КТ и МРТ головного и спинного мозга;
- наличие изменений в общем анализе ликвора;
- умение начертить родословную при доминантном и рецессивном типах наследования;
- показания и противопоказания для люмбальной пункции.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование*	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства **
VIIсеместр IVкурс			
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 - 5**	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (тесты, 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. **Темы: 6-7**	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (тесты, ситуационные задачи) №2
3.	Топическая диагностика поражения коры головного мозга. Оболочки мозга, цереброспинальная жидкость. Менингеальный и гипертензионный синдром. Гидроцефалия. Вегетативная нервная система. Методы исследования в неврологии. Методика осмотра неврологического и нейрохирургического больного.	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (тесты, ситуационные задачи) №3 Написание неврологического статуса стационарного больного.

	Темы:8-9		
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, 3), сдача практических навыков и учебной истории болезни.**
VIII семестр IV курс			
4.	Сосудистая патология головного и спинного мозга. **Темы: 1-3**	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (тесты, ситуационные задачи) №4
5.	Инфекционные заболевания нервной системы. Демиелинизирующие заболевания. Заболевания периферической нервной системы. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника. **Темы: 4-7**	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (тесты, ситуационные задачи) №5
6.	Опухоли головного и спинного мозга. Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма. Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилептические пароксизмы. Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы. **Темы: 8-13**	ОПК-6; ОПК-8; ПК - 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11.	Тематические тесты, ситуационные задачи. Практические навыки. Тест контроль знаний (тесты, ситуационные задачи) №6 Написание учебной истории болезни стационарного больного.
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)		**Критерии оценки:** **(отлично)** – студент 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)** –студент 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)** –студент неполно и с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно пониманиет 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)** – студент с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не пониманиетклиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.	Электронный вариант на кафедре в папке «Стр. умк»

2.	Ситуационные задачи; практические навыки		**(отлично)** – студент 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)** – студент 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)** –студент демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно пониманиет 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)** – студент демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не пониманиет клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.	
3.	Тест		***оценка «отлично»*** **-** от 90% до 100% ***оценка «хорошо»*** **-** от 80% до 89% ***оценка «удовлетворительно»*** **-** от 70% до 79% ***оценка «неудовлетворительно»*** **-** менее 70%	

РАЗРАБОТАЛ: ОКУШКО С.В.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины

Дисциплина «Неврология, медицинская генетика»

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 у детей. Рефлекторная дуга, круг, кольцо.
2. Головной мозг. Развитие головного мозга у плода и ребенка первого года. Пороки развития головного мозга.
3. Спинной мозг. Развитие спинного мозга у плода и у ребенка первого года жизни. Пороки развития спинного мозга.
4. Кора головного мозга. Особенности развития и функционирования коры головного мозга у детей. Признаки дизэмбриогенеза коры головного мозга.
5. Кровоснабжение центральной нервной системы у детей. Бассейны основных мозговых сосудов.
6. Топический диагноз заболеваний нервной системы у детей. Принципы построения топического диагноза.
7. Нозологический диагноз заболеваний нервной системы у детей. Принципы построения клинического диагноза.
8. Современные представления об организации произвольного движения у детей. Пирамидный путь: строение, функциональное значение.
9. Симптомы выпадения и раздражения. Причины. Клинические признаки.
10. Центральный мотонейрон пирамидной системы. Признаки поражения. Основные неврологические синдромы.
11. Периферический мотонейрон пирамидной системы. Признаки поражения. Основные неврологические синдромы.
12. Клинические признаки поражения пирамидного пути на уровне периферического нерва и сплетения.
13. Клинические признаки поражения пирамидного пути на уровне корешка и сегмента спинного мозга.
14. Клинические признаки поражения пирамидного пути на уровне бокового канатика и внутренней капсулы.
15. Клинические признаки поражения пирамидного пути на уровне лучистого венца и коры головного мозга.
16. Рефлекторная дуга: строение, функционирование. Уровни замыкания рефлексов в спинном мозге у детей.
17. Исследование нервной системы у новорожденных и детей первого года жизни.
18. Оценка сознания у младенцев и детей раннего возраста.
19. Оценка осмотра головы у ребенка, контроль основных размеров. Патологические изменения и их интерпретация.
20. Швы и роднички черепа. Физиологические и патологические изменения. Положение головы у младенца. Кривошея. Варианты поражения.
21. Поверхностные и глубокие рефлексы, основные патологические рефлексы у детей.
22. Регуляция мышечного тонуса: спинальная рефлекторная дуга, гамма-система. Надсегментарные уровни регуляции мышечного тонуса у детей.

23. Исследование мышечного тонуса у детей. Мышечный тонус в норме и при патологии.
24. Центральный парез: изменения мышечного тонуса, силы, рефлексов и трофики мышц у детей.
25. Периферический парез: изменения мышечного тонуса, силы, рефлексов и трофики мышц у детей.
26. Строение и основные связи экстрапирамидной системы у детей. Роль в организации непроизвольных движений у детей.
27. Участие экстрапирамидной системы в организации непроизвольных движений у детей.
28. Нейрофизиологические и нейрохимические механизмы регуляции деятельности экстрапирамидной системы у детей.
29. Гипокинезия, ригидность и мышечная гипотония у детей.
30. Гиперкинезы: тремор, мышечная дистония, хорея, тики, атетоз, миоклонии у детей.
31. Гипотонически-гиперкинетический синдром у детей. Клиника, диагностика.
32. Гипертоно-гипокинетический синдром у детей. Клиника, диагностика.
33. Нейропатофизиология экстрапирамидных двигательных расстройств у детей.
34. Анатомо-физиологические данные мозжечка и вестибулярной системы: анатомия и физиология, афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений у детей.
35. Клинические методы исследования координации движений у детей.
36. Симптомы и синдромы поражения мозжечка: динамическая и статическая атаксия, нистагм, скандированная речь, мышечная гипотония, головокружение у детей. Клинико-диагностические методы исследования мозжечка.
37. Типы и виды нарушений чувствительности у детей. Боль. Системы организации боли. Особенности реагирования детей на боль.
38. Чувствительность: экстероцептивная, проприоцептивная, интероцептивная, сложные виды. Анатомия и физиология проводников поверхностной и глубокой чувствительности у детей.
39. Виды чувствительных расстройств: дизестезии, гиперпатия, аллодиния, каузалгия, боль у детей.
40. Типы расстройства чувствительности: периферический, сегментарный, проводниковый, корешковый, корковый. Диссоциированное расстройство чувствительности у детей. Синдромы чувствительных расстройств. Сенситивная атаксия у детей.
41. Нейропатофизиологические, нейрохимические и психологические аспекты боли. Острая и хроническая боль. Центральная боль.
42. Методика исследования чувствительности у детей.
43. Спинной мозг и периферическая нервная система: анатомия и физиология у детей. Проводящие пути.
44. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении шейных и грудных сегментов спинного мозга у детей.
45. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга у детей.
46. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении передних и задних корешков, сплетений, периферических нервов у детей.
47. Синдромы поперечного и половинного поражения спинного мозга на различных уровнях у детей.
48. Сирингомиелитический синдром у детей. Методика исследования спинного мозга и его корешков.
49. Строение ствола мозга, синдромы половинного поражения различных его отделов у детей.
50. VII пара – лицевой нерв, центральный и периферический парез мимической мускулатуры, клиника поражения на различных уровнях. Вкус и его расстройства.

51. VIII пара – преддверно-улитковый нерв, слуховая и вестибулярная системы. Признаки поражения на различных уровнях. Нистагм, вестибулярное головокружение, атаксия.
52. IX-X пары – языкоглоточный и блуждающий нервы, вегетативные функции блуждающего нерва, признаки поражения на различных уровнях, бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
53. XI пара – добавочный нерв, признаки поражения.
54. XII пара – подъязычный нерв, признаки поражения, центральный и периферический парез мышц языка. Альтернирующие синдромы.
55. Черепные нервы: анатомо-физиологические данные, клинические методы исследования и симптомы поражения.
56. I пара – обонятельный нерв и обонятельная система; симптомы и синдромы поражения.
57. II пара – зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения на различных уровнях. Нейроофтальмологические и параклинические методы исследования зрительной системы.
58. III, IV, VI пары – глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения различных частей этой системы.
59. Медиальный продольный пучок. Офтальмоплегия. Виды.
60. Корковый и стволовой центры взора.
61. Зрачковый рефлекс и зрачковые реакции, их диагностическое значение.
62. V пара – тройничный нерв, синдромы расстройств чувствительности, нарушение жевания.
63. Альтернирующие синдромы продолговатого мозга.
64. Альтернирующие синдромы моста мозга.
65. Альтернирующие синдромы ножек мозга.
66. Анатомо-физиологические особенности строения коры головного мозга.
67. Психомоторное и речевое развитие ребенка, типы развития речи.
68. Нарушение речевых и мозговых функций: гнозис, праксис, речь, чтение у детей.
69. Нарушение речевых и мозговых функций: письмо, счет, память, внимание, интеллект. Методы исследования. Особенности у детей.
70. Афазия (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).Апраксия (конструктивная, пространственная, идеомоторная).Агнозия (зрительная, слуховая, обонятельная). Исследование у детей.
71. Астереогноз, анозогнозия, аутотопагнозия. Клиническое значение.
72. Синдромы поражения лобных и теменных долей головного мозга.
73. Синдромы поражения височных и затылочных долей головного мозга.
74. Оболочки спинного и головного мозга. Менингеальный синдром: проявления, диагностика.
75. Цереброспинальная жидкость: функциональное значение, образование, циркуляция.
76. Исследование цереброспинальной жидкости: люмбальная пункция, измерение ликворного давления, ликвородинамические пробы: Квеккенштедта и Стуккея.
77. Состав цереброспинальной жидкости в норме и при основных патологических состояниях; белково-клеточная и клеточно-белковая диссоциация.
78. Гипертензионный синдром: основные клинические и параклинические признаки.
79. Дислокационный синдром. Патогенез, вклинение, виды вклинений.
80. Гидроцефалия врожденная и приобретенная, открытая и окклюзионная, врачебная тактика.Лекарственная коррекция внутричерепной гипертензии.
81. Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы. Центральный и периферический отделы вегетативной нервной системы. Физиологические проявления. Синдромы поражения.
82. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный комплекс. Принципы функционирования. Патология лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса.

83. Симптомы и синдромы поражения периферического отдела вегетативной нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность. Особенности функционирования ВНС у детей.
84. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря.
85. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание.
86. Признаки центрального и периферического расстройства функций мочевого пузыря. Коррекция периферических вегетативных расстройств и нейрогенного мочевого пузыря.
87. Энурез. Виды энуреза. Диагностика и лечение.
88. Кома. Деструктивная и дисметаболическая комы. Оценка и обследование больного в коме.
89. Электрофизиологические методы исследования: ЭЭГ, РЭГ, УЗДГ, ЭНМГ у детей. Интерпретация типовых изменений.
90. Нейровизуальные методы: КТ, МРТ, МРА у детей. Интерпретация типовых изменений.
91. Рентгенологические методы: обзорная краниография, спондилография, миелография у детей. Интерпретация типовых изменений.
92. Этиология сосудистых церебральных расстройств у детей.
93. Механизмы регуляции и саморегуляции мозгового кровообращения у детей.
94. Анатомо-физиологические особенности мозгового кровообращения у детей.
95. Острые нарушения мозгового кровообращения – ишемический инсульт у детей. Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
96. Острые нарушения мозгового кровообращения – геморрагический инсульт у детей. Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
97. Острые нарушения мозгового кровообращения – субарахноидальное кровоизлияние у детей. Этиология, патогенез, классификация, диагностика.
98. Интенсивная терапия ОНМК: организационные аспекты, коррекция жизненно важных функций.
99. Лечение острых нарушений мозгового кровообращения. Базисная и дифференцированная терапия.
100. Реабилитация больных перенесших инсульт. Этапы.
101. Первичная и вторичная профилактика инсульта. Профилактика инсульта у детей.
102. Менингиты: классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение у детей.
103. Первичные и вторичные гнойные менингиты: менингококковый, пневмококковый, вызванный гемофильной палочкой у детей.
104. Вирусные менингиты у детей.
105. Туберкулезный менингит у детей.
106. Клещевой энцефалит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
107. Абсцесс головного мозга: клинические формы, диагностика, лечение, профилактика у детей.
108. Полиомиелит, клинические формы, диагностика, лечение, профилактика у детей.
109. Нейросифилис. Ликворологические и серологические исследования. КТ и МРТ головного мозга.
110. Эпидемический энцефалит, клиника, патогенез, диагностика, лечение.
111. Иксодовый клещевой боррелиоз, этиология, клиника, диагностика, лечение.
112. Ревматизм нервной системы, клинические проявления, диагностика, лечение.
113. Сирингомиелия: клиника, диагностика, тактика лечения.
114. Возрастные аспекты развития патологии спинного мозга.
115. Перинатальные поражения нервной системы: гипоксически-ишемические поражения, этиология, клиника, лечение.
116. Натальные травмы нервной системы, классификация, этиология, клинические проявления, основные методы диагностики, принципы лечения.
117. Краниальные невропатии. Виды, диагностика, лечение.

118. Мононевропатия лучевого нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
119. Мононевропатия локтевого нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
120. Мононевропатия срединного нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
121. Мононевропатия седалищного нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
122. Мононевропатия большеберцового нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
123. Мононевропатия малоберцового нерва. Клиника. Диагностика. Лечение.
124. Синдром Гийена-Барре, этиология, клиника, диагностика, методы лечения.
125. Травмы периферических нервов и сплетений: клиника, диагностика, показания к консервативному и оперативному лечению, особенности терапии.
126. Невралгия V нерва: клиника, диагностика, показания к консервативному и оперативному лечению, особенности терапии.
127. Нейропатия VII нерва: клиника, диагностика, показания к консервативному и оперативному лечению, особенности терапии.
128. Детский церебральный паралич (ДЦП), этиология, клинические формы, лечение.
129. Внутриутробная инфекция: токсоплазмоз, механизм инфицирования плода, клиника, диагностика, лечение.
130. Внутриутробные инфекции (TORCH – инфекции). Врожденная краснуха, механизм передачи, клиника, диагностика.
131. Боли в спине у детей. Дифференцированный подход. Лечение. Профилактика.
132. Этиопатогенез, классификация опухолей головного мозга.
133. Общемозговая, очаговая, дислокационная симптоматика опухолей головного мозга.
134. Лечение опухолей головного мозга, особенности течения.
135. Нейровизуальные методы исследования при диагностике опухолей головного мозга ЭЭГ, Эхо-ЭГ, КТ, МРТ головного мозга, ПЭТ, гамма-энцефалография, церебральная ангиография.
136. Опухоли спинного мозга. Клиника. Диагностика. Лечение.
137. Пароксизмальные расстройства у детей.
138. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.
139. Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептического синдрома.
140. Диагностика и принципы лечения эпилепсии.
141. Эпилептический статус: клиника, патогенез, лечение, экстренная помощь.
142. Неврозы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.
143. Вегетативная дистония, вегетативный криз (паническая атака): этиология, патогенез, клиника, лечение.
144. Общие принципы передачи наследственной патологии нервной системы. Виды наследования патологии нервной системы: клинические особенности заболеваний с различными типами наследования.
145. Прогрессирующие мышечные дистрофии: тип наследования, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
146. Миотония Томсена. Миастения. Невральная и спинальная амиотрофии. Типы наследования, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
147. Наследственные атаксии, гепатолентикулярная дегенерация: тип наследования, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
148. Миастения, этиология, клиника, диагностика, лечение.
149. Миастенический и холинэргический кризы, причины развития кризов, клиника, лечение.
150. Туберозный склероз. Клиника, диагностика, лечение.

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

Задача 1

Обратился ребенок с жалобами на непроизвольное напряжение, а затем подергивание в руке при пробуждении после ночного сна. Через 3 месяца эти явления стали наблюдаться в течение дня и охватывали все тело. При этом сознание он не терял, но иногда не мог удержаться на ногах.

1. Какой вид приступа наблюдался у ребенка?
2. Лечение пациента.

Задача 2

Учитель обратил внимание невнимательность мальчика 7 лет во время уроков, отсутствующий взгляд ребенка и причмокивание губами без падения, глаза в этот момент заводились наверх. Такое состояние в течение дня появлялась несколько раз. Он не отзывался на свое имя, ухудшилась успеваемость.

1. Какой вид приступа наблюдался у мальчика?
2. Диагностика и лечение.

Задача 3

У 12 летней девочки внезапно нарушилась речь. В анамнезе приступы мигрени с периодической транзиторной гемиплегией. Она не могла говорить и писать, повторять простые фразы и лишь спустя 5 дней начала произносить простые слова.

1. Какой вид афазии описан?
2. Дальнейшая диагностика и лечение.

Задача 4

15 летнего мальчика после на фоне артериальной гипотензии (критически низкой) наблюдалось нарушение сознания в течение 3 дней. Когда он пришел в себя, его речь сводилась к повторению слов и звуков, издаваемых окружающими. При этом он речь не понимал, а лишь аккуратно воспроизводил, все, что ему говорилось.

1. Какой вид нарушения имел место?
2. Дифференциальный подход к диагностике и лечению.

Задача 5

Ребенок 10 лет, на улице возникли общие судороги, по поводу чего госпитализирован. Данных анамнеза нет. После приступа проведено обследование спинно-мозговой жидкости: давление высокое, цитоз нормальный. На КТ головного мозга патологии нет. Биохимия крови показали незначительный ацидоз. Проведена ЭЭГ, которая выявила медленно-волновую активность с частотой 2,5 Гц.

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Диагностика и лечение.

Задача 6

У 5-летнего ребенка после катаральных явлений через 7 дней появилась слабость сначала в ногах, затем и в руках, чувствительность сохранена, нарушений функций тазовых органов нет. На 10-день заболевания появилось нарушение дыхания, потребовавшей применение ИВЛ.

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Диагностика и лечение.

Задача 7

Ребенок во время игры получил травму боковой часть головы. После чего в течение 30 сек оказался оглушенным, но затем полностью оправился, пока внезапно не впал в сопор. Конечности на стороне противоположной травме, стали слабыми. Ребенок госпитализирован в стационар через 25 минут, не реагирует на боль. Пульс 40 ударов в минуту без аритмии. АД 170/110 мм.рт столба, на глазном дне венозный застой, при отсутствии пульсации сосудов сетчатки.

1. Наиболее целесообразная тактика в ближайшие 4 часа?
2. Диагностика и лечение.

Задача 8

Ребенок получил травму головы. Через некоторое время впал в сопор, наблюдаются латерализованные судороги, гемиплегия, не реагирует на боль. Пульс 40 ударов в минуту без аритмии. АД 170/110 мм рт. ст., на глазном дне венозный застой, при отсутствии пульсации сосудов сетчатки.

1. Что можно ожидать от МРТ головного мозга ребенка, проведенного в первые часы после травмы?
2. Дальнейшая диагностика и лечение.

Задача 9

У 14 летнего ребенка последние 6 недель по несколько раз в день возникают приступы диплопии, непрекращающиеся в течение ряда дней с присоединением тупых болей за правым глазом. Врач попросил ее смотреть на мигающую слева лампу, закрыв правый глаз красным светом. При этом ребенок увидел 2 света: белый и слева от него красный. Правый зрачок был шире левого и слабо реагировал на свет.

1. Какой из ЧМН поражен?
2. Дополнительная диагностика?
3. Предварительный диагноз?

Задача 10

У ребенка наблюдается сильнейшая головная боль, нарушение сознания до оглушения. Врач обнаружил ригидность мышц шеи и светобоязнь, диплопию. Причем в течение дня приступы диплопии возникают несколько раз. Была назначена ангиография с контрастированием. Какой результат Вы ожидаете получить?

Задача 11

У ребенка наблюдается сильнейшая головная боль, нарушение сознания до оглушения. Врач обнаружил ригидность мышц шеи и светобоязнь, диплопию. Причем в течение дня приступы диплопии возникают несколько раз на высоте сильнейших головных болей. Проведена ангиография с контрастированием, которая выявила аневризму, нарушение сознания до оглушения. Врач обнаружил ригидность мышц шеи и светобоязнь. Где локализовано повреждение вызвавшую описанную симптоматику?

Задача 12

У ребенка 10 лет на фоне легких катаральных явлений и субфебрильной температуры, появились боли в пояснице, ногах и нижней части живота, продолжавшиеся нескольких часов, затем возникло онемение и слабость в дистальных отделах ног, затруднения мочеиспускания. При осмотре: сознание ясное, тонус мышц в нижних конечностях снижен, активные движения в конечностях незначительные, в сгибателях и разгибателях голеней сила мышц- 3 балла. Коленные и ахиллов рефлексы вызываются, но торпидны. При исследовании подошвенных рефлексов возникает экстензорное положение пальцев. Наблюдается гипестезия поверхностной чувствительности (болевой, тактильной и температурной) от уровня паховых складок, кроме того, снижено двумерно-пространственное

чувство. Симптомы натяжения отсутствуют. Самостоятельно не мочится. Для какого процесса характерна описанная клиническая картина?

Задача 13

У ребенка 10 лет на фоне легких катаральных явлений и субфебрильной температуры, появились боли в пояснице, ногах и нижней части живота, продолжавшиеся нескольких часов, затем возникло онемение и слабость в дистальных отделах ног, затруднения мочеиспускания. При осмотре: сознание ясное, тонус мышц в нижних конечностях снижен, активные движения в конечностях незначительные, в сгибателях и разгибателях голеней сила мышц- 3 балла. Коленные и ахиллов рефлексы вызываются, но торпидны. При исследовании подошвенных рефлексов возникает экстензорное положение пальцев. Наблюдается гипестезия поверхностной чувствительности (болевой, тактильной и температурной) от уровня паховых складок, кроме того, снижено двумерно-пространственное чувство. Симптомы натяжения отсутствуют. Самостоятельно не мочится. Какие изменения ликвородинамики и состава ликвора характерны для миелита?

Задача 14

Поступил мальчик 10 лет с предварительным диагнозом острый полирадикулоневрит. При повторном осмотре в неврологическом отделении у больного сохраняются слабость в конечностях, объем движений ограничен, гипестезия до уровня паховых складок. Была проведена люмбальная пункция с ликвородинамическими пробами. Ликвородинамические пробы положительные. Состав ликвора: лимфоцитарный цитоз 10 клеток в поле зрения. Реакция Панди и Ноне-Апельта отрицательны. Ваш предположительный диагноз?

Задача 15

Больная 1 год 8 мес. Ранний анамнез без особенностей. Заболела остро, с катаральных явлений и субфебрилитета. Через 3 дня появились судороги, гиперсаливация, геморрагическая сыпь на голенях, нарушение сознания. Ребенок госпитализирован. В ликворе цитоз 1015 клеток, белок 0,3 г/л. В гемограмме умеренный лейкоцитоз, СОЭ 5 мм/час. При бактериоскопии "толстой капли" обнаружен менингококк. На фоне терапии состояние улучшилось, нормализовалась температура. Однако через 2 дня состояние вновь ухудшается, наблюдается повышение температуры до 39°, появилась вялость, сонливость, рвота. В неврологическом статусе появилась сглаженность носогубной складки, правосторонние судороги мимической мускулатуры лица, руки и ноги. Чем объяснить ухудшение состояния ребенка на фоне терапии?

Задача 16

Ребенок 6 мес., поступил на 3 день заболевания с жалобами на беспокойство, отказ от груди, нарушение сна, субфебрильную температуру, жидкий стул до 5-6 раз, срыгивания. При осмотре: состояние тяжелое, оглушенное, температура 38,2°, все время постанывает. Зев слегка гиперемирован, пероральный и акроцианоз, мраморный рисунок кожи, в области виска ссадина, печень выступает на 1,0 см ниже реберной дуги, умеренная тахикардия и тахипное, в легких дыхание жесткое хрипов нет. В неврологическом статусе большой родничок 2,0-1,5 заполнен, голова несколько запрокинута, плавающие движения глазных яблок, сглаженность носогубной складки справа, тонус мышц дистоничный, сухожильные рефлексы оживлены, симптом Бабинского. Каков Ваш предварительный диагноз?

Задача 17

У пробанда-мужчины полидактилия. Его отец также имеет эту патологию, у матери ее нет. Дальнейшая родословная известна только по линии отца. У отца есть брат и сестра с полидактилией. Дядя с этой патологией был дважды женат на женщинах без патологии. От первого брака у него была дочь с полидактилией, а от второго - 6 детей: сын и две дочери с полидактилией и два сына и дочь с нормальным строением кисти. Дед пробанда без

аномалии, а бабка с полидактилией. Какова вероятность рождения детей с полидактилией в семье пробанда, если он вступит в брак с женщиной, имеющей нормальное строение кисти?

Задача 18

Консультирующийся мужчина нормального роста, имеет сестру с ахондроплазией (наследственная карликовость). Определить вероятность появления карликов в семье пробанда, если его жена будет иметь такой же генотип, как и он сам.

Задача 19

Здоровые муж и жена - двоюродные сибсы, имеют дочь, больную атаксией Фридрейха. Мать мужа и отец жены - родные сибсы. Они здоровы. Брат мужа и две сестры жены - здоровы. Общий дядя супругов тоже здоров. Их общая бабка была здорова, а дед страдал атаксией. Все родственники со стороны отца мужа, в том числе два дяди, двоюродная сестра, дед и бабка здоровы. Составив родословную отметьте всех членов родословной, гетерозиготность которых по гену атаксии не вызывает сомнения. Определите тип наследования болезни.

Задача 20

Составьте родословную семьи со случаями прогрессирующей миопатии Дюшенна (атрофия скелетной мускулатуры, начинающаяся в детском возрасте с быстрым развитием и тяжелым течением). Пробанд - мальчик, больной миопатией. По данным анамнеза родителей, сами родители и две сестры пробанда здоровы. По отцовской линии два дяди, тетка, дед и бабка пробанда тоже здоровы. По линии матери пробанда из двух дядей (старший) болел миопатией. Второй дядя (здоровый) имел двух здоровых сыновей и здоровую дочь. Тетка пробанда имела здорового сына. Дед и бабка пробанда здоровы. Составив родословную, определите тип наследования болезни в этой семье. Укажите гетерозиготных членов родословной.

Задача 21

У ребенка в возрасте 4 лет с признаками тяжелого поражения печени необходимо провести дифференциальный диагноз между гепатитом и гепатоцеребральной дистрофией.

1. Какую простую качественную реакцию можно рекомендовать для этого?
2. Вариант генотипа.

Задача 22

Пациент П., 4 года поступил с жалобами на частые падения, задержку психического развития. Ранний анамнез без особенностей. В 2,5 года мама заметила, что ребенок часто спотыкается, отстает в развитии от своих сверстников, плохо говорит. С 3 лет наблюдается трудность подъема по лестнице. При осмотре обращает внимание псевдогипертрофия дистальных отделов нижних конечностей, симптом Говерса, невыраженный лордоз поясничного отдела позвоночника. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы снижены, ахиллов рефлекс вызывается. Выставлен диагноз: Миопатия Дюшенна. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Задача 23

У больного 6 крупных пигментных пятен светло-кофейного цвета с ровными краями не выступающих над поверхностью кожи на спине, животе и бедрах. После 10 лет - выраженный прогрессирующий сколиоз, после 15 - появление на коже лица и верхней поверхности туловища кожных опухолей мягко-эластической консистенции. Какой диагноз можно поставить?

Задача 24

Родители 3-месячной девочки обратились к врачу по поводу зудящих кожных высыпаний у ребенка и плохого прибавления массы тела (в 3 мес.3200г). После начала вскармливания у ребенка появились шелушение и гиперемия кожи щек и других участков туловища и конечностей, сопровождающееся зудом. После начала прикорма эти проявления усиливались, появились срыгивания, плохой сон, ребенок стал беспокойным. Врач расценил это как "экссудативный диатез" и назначил антигистаминные средства и местно суспензию. Лечение эффекта не дало. Объективно: ребенок беспокойный, независимо от приема пищи. Наблюдается микроцефалия, повышение сухожильных рефлексов, гиперкинезы, судороги. Живот при пальпации мягкий, печень не увеличена. Отмечается снижение пигментации кожных покровов и волос. Волосы истонченные и редкие. Кожа сухая, имеются участки шелушения и шероховатости. Радужные оболочки голубого цвета. Дермографизм - красный, нестойкий. Какой диагноз можно поставить?

Задача 25

Ребенок, 14 лет всегда отличался тревожным и мнительным характером. В 10-летнем возрасте неожиданно для себя был вызван к доске и никак не мог собраться с мыслями, чтобы правильно ответить урок. С тех пор у мальчика нарастал страх речи: он боялся говорить, отвечая у доски, а затем стал испытывать трудности в разговоре в школе, из-за чего "стал как немой", - говорили одноклассники. При необходимости не мог подобрать нужные слова, краснел, заикался и, вследствие этого, страх еще более усиливался, во время чего говорил с заиканием. Поставьте диагноз и причину заболевания.

Задача 26

15-летний подросток обратился с жалобами на непроизвольное хрюканье, возникающее помимо воли подергивания мышц лица, шеи, туловища, конечностей, живота, подпрыгивания. Анамнез: единственный ребенок в семье, с хорошими материально-бытовыми и психологическими условиями. От 2 беременности, протекавшей без патологии, с весом при рождении 3500 гр. В детстве был суетливым, очень подвижным, но с 1 класса эти явления ликвидировались. В 3 -летнем возрасте мальчик переболел ветряной оспой в легкой форме, после чего возникли непроизвольные моргания с присоединением подергиваний плеч, на что родители не обращали внимания, ругали сына за моргания и подергивания мышц плечевого пояса, заставляли его следить за собой. В 6 летнем возрасте был консультирован невропатологом, после чего начал принимать элениум и тазепам. Динамика состояния не наблюдалась, успеваемость снизилась, стал прогуливать занятия, дерзить учителям. С 7-летнего возраста стали проявляться непроизвольное выкрикивание отдельных звуков: хрюканье, выкрикивание ругательных слов. В настоящее время в клинике доминируют генерализованные тики, вокализмы и инфантилизм. Поставьте предварительный диагноз.

Задача 27

Ребенок, 13 лет поступил с жалобами на приступы, сопровождающиеся тахикардией, слабостью, потерей сознания, на фоне клонико-тонических судорог, с частотой от 4-х до 12-ти раз в сутки преимущественно в вечернее и ночное время, в течение 6 месяцев. У дедушки по линии отца - аритмия, установлен кардиостимулятор. При поступлении состояние девочки тяжелое. Р - 82 уд. в мин. АД 100/70 мм.рт.ст., общая слабость, бледность, положение в постели с приподнятым головным концом. Выраженное чувство страха. Тоны сердца приглушены, аритмичны, систолический шум в I и V точках, симметричны. Мышечный тонус в руках S>D, сухожильные рефлексы оживлены. Проба Баре слабоположительная для левой руки, нижняя отрицательная. ЭЭГ картирование - умеренные диффузные изменения, преобладает В-ритм, плоская ЭЭГ. Эпифеноменов нет. ЭКГ - Удлиненный интервал QT. Диффузные изменения в миокарде желудочков с увеличением систолического показателя. ЭХО КГ - пролапс митрального клапана 1 ст. За период мони-

торирования ЭКГ зарегистрировано 4205 желудочковых экстрасистол с эпизодами бигимении. Ваш диагноз?

Задача 28

Больной 8 мес., поступает в реанимационное отделение клиники в тяжелом состоянии с высокой температурой, судорогами, катаральными явлениями, в сопорозном состоянии, с выраженными признаками интоксикации: одышка, гипертермия, приглушение тонов сердца, тахикардия. В неврологическом статусе: тонико-клонические судороги, плавающий взгляд, горизонтальный нистагм, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, выбухание и напряжение большого родничка. Ликвор - мутный, под давлением. Цитоз нейтрофильного типа, количество белка клеток не подлежало подсчету. Реакция Панди +++, белок - 3,3?. В общем ан. крови Hb 94 г/л, эр. 3,6х10х12/л, ЦП 0,7, лейк. 11 х10х9/л, п 3%, с 55%, лимф. 37%, мон. 5%, СОЭ 50 мм/ч. Назначена антибактериальная терапия. Ваш предварительный диагноз?

Задача 29

Больной Б. 11 лет, поступил с жалобами на резкое ограничение движений и слабости в руках и ногах, на фоне ОРВИ после физической нагрузки, постепенно усиливающиеся так, что упал на корточки и не смог встать. В анамнезе: Частые ОРВИ, экссудативный диатез. При осмотре: двусторонний птоз, парез отводящих нервов с 2-х сторон, светобоязнь, центральный парез лицевого нерва справа, речь с носовым оттенком, глотание нарушено. Тетрапарез, более выраженный в кистях с ограничением активных движений в них при снижении грубой мышечной силы в проксимальных отделах рук до 1 балла, в ногах - в дистальных отделах до 2-х баллов, объем активных движений ограничен в тазобедренных суставах,. Выраженная гипотония мышц рук и ног, проприоцептивные рефлексы на руках снижены, коленные и ахилловы отсутствуют, подошвенные не вызываются, брюшные вялые, исчезают после 2-го вызывания. Симптом Нери с иррадиацией в поясницу и ноги. Высокие "перчатки" гиперестезии, "носки" гиперестезии с гиперпатическим оттенком. Гипергидроз стоп, похолодание кистей и стоп, утолщение и блеск ногтей. В крови - лимф.20%, СОЭ - 26 мм /ч. Ваш диагноз?

Задача 30

Ребенок, 9 месяцев, от 2 беременности, роды в срок, с весом 3200, рост 56 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Голову держит с 2 месяцев, с 5 месяцев переворачивается, сидит с 6,5 месяцев. Впервые в возрасте 6 месяцев развился приступ судорог в виде кивков, клевков. Через 1 месяц, на фоне противосудорожной терапии и нормальной температуры, появились серийные судороги флексорно-экстензорного характера до 10-15 серий в день. Девочка стала терять приобретенные навыки. На ЭЭГ- гипсаритмия. Нейросонография - умеренное расширение передних рогов боковых желудочков. На КТ головного мозга патологии не выявлено. Поставьте предположительный диагноз?

Задача 31

Ребенок в 3 месяца не держит голову, недостаточно реагирует на окружающих, мышечная дистония со склонностью к гипотонии, рефлексы оральной группы вызываются, рефлексы Моро только 1 фаза, реакция опоры слабая, автоматическая ходьба отсутствуют, защитного рефлекса нет.Какой доминирует синдром у ребенка?

Задача 32

Ребенок, 2 мес. поступает в отделение с судорогами клонико-тонического характера. Из анамнеза: от 1 недоношенной беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, анемии, нефропатии. Роды в 36 недель, с низкой массой тела (1900 г). По шкале Апгар 3-4 балла, закричал не сразу, околоплодные воды - зеленые. На 2 сутки появилась выраженная желтуха, которая держалась 4 дня. На 7 сутки переведены в отделение новорожденных. Судороги клонико-тонические появились на фоне ОРВИ, высокой температуры.

В клинической картине доминирует судорожный, гидроцефальный синдромы, признаки атрофии зрительного нерва, грубая задержка психоречевого и моторного развития. На КТ головного мозга: перивентрикулярные кальцификаты, атрофия лобно-височных отделов, гидроцефалия боковых желудочков, агенезия мозолистого тела. Ваш диагноз?

Задача 33

13 летний в течение 3 дней ребенок предъявляет жалобы на онемение, наличие сыпи на щеке справа. Заболевание связывает с переохлаждением в бассейне, лечение не получал. Объективно: в сознании, адекватен, нарушение болевой, температурной, тактильной видов чувствительности и элементы herpesZoster в области правой половины лица. Поставьте предварительный диагноз.

Задача 34

Ребенок 10 лет, после в ДТП, кожные покровы бледные, дыхание патологическое (типа Биота), тоны сердца приглушены, умеренная брадикардия (ЧСС 56 уд/ мин), АД - 80/40 мм.рт.ст. Неврологический статус - без сознания, диффузная мышечная гипотония, отсутствие сухожильных и периостальных рефлексов, ЧМН - максимальное расширение зрачков с обеих сторон, отсутствие их реакции на свет, глазные яблоки неподвижны. Поставьте диагноз.

Задача 35

Ребенок 9 мес., заплакал, затем впал в апноэ на 15-20 сек., с цианозом лица и последующим обмяканием тела, после чего ребенок заснул. При осмотре - сознание ясное. Голова гидроцефальной формы, умеренно усилен сосудистый рисунок в области висков, лба, ЧМН - без патологии, мышечный тонус умеренно снижен, D=S, СХР оживлены, D=S, БР закрыт. Развивается по возрасту. Из анамнеза- период новорожденности протекал на фоне общего беспокойства, тремора подбородка, частых и обильных срыгиваний. На ЭЭГ- без патологии, на глазном дне - умеренная ангиопатия сетчатки. Поставьте предварительный диагноз.

Критерии оценки:

(отлично) –студент 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) – студентв 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) – студент показывает поверхностное владение теоретическим материалом, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно пониманиет 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) – студент не владеет теоретическим материалом, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не пониманиет клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анализирует данные задачи, не может формулировать неврологические синдромы и неграмотно подходит к постановке топического и клинического диагнозов.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины

«Неврология, медицинская генетика»

П Е Р Е Ч Е Н Ь тематических тестов к VII семестру IV курс
Раздел «Общая неврология с основами медицинской генетики»

Темы 1-10

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 мозгаТема (1-5)

1. Центральный парез возникает при повреждении:
1. постцентральной извилины
2. нервно-мышечного синапса
3. заднего канатика спинного мозга
4. бокового канатика спинного мозга
5. передних рогов спинного мозга

2. Нижний спастический парапарез типичен для повреждения:
1. нижних ножек мозжечка с двух сторон
2. передних рогов спинного мозга с двух сторон
3. боковых канатиков спинного мозга с двух сторон
4. задних канатиков спинного мозга с двух сторон
5. периферических нервов нижних конечностей

3. При повреждении внутренней капсулы обычно встречается:
1. монопарез руки
2. монопарез ноги
3. гемипарез
4. нижний парапарез
5. тетрапарез

4. Фасцикуляции характерны для повреждения:
1. передних рогов спинного мозга
2. боковых канатиков спинного мозга
3. периферических нервов
4. нервно-мышечного синапса
5. мышц

5. Снижение коленного рефлекса встречается при повреждении:
1. передних рогов спинного мозга на уровне L_2-L_4 сегментов
2. передних рогов спинного мозга на уровне L_5-S_1 сегментов
3. наружного кожного нерва бедра
4. передних рогов спинного мозга на уровне Th_{10}-Th_{12}
5. седалищного нерва

6. При повреждении правого бокового канатика спинного мозга на уровне грудных сегментов отмечается:
1. правосторонний гемипарез
2. левосторонний гемипарез

3. парез левой ноги
4. парез правой ноги
5. нижний парапарез

7. При повреждении лучевого нерва возникает парез:
1. двухглавой мышцы плеча
2. трехглавой мышцы плеча
3. мышцы, приводящей большой палец
4. мышцы, отводящей мизинец
5. глубокий сгибатель пальцев

8. При повреждении малоберцового нерва наблюдается парез:
1. икроножной мышцы
2. камбаловидной мышцы
3. задней большеберцовой мышцы
4. передней большеберцовой мышцы

9. У больного в правых конечностях выявляются слабость до 2-х баллов, повышение мышечного тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, гиперрефлексия, симптом Бабинского. *Локализация поражения:*
1. боковой канатик в грудном отделе спинного мозга справа
2. задний канатик в шейном отделе спинного мозга справа
3. зрительный бугор слева
4. зрительный бугор справа
5. внутренняя капсула слева

10. У мужчины 30-ти лет утром после сна развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония, и отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы в правой руке. *Неврологический синдром:*
1. периферический парез кисти
2. центральный парез кисти
3. смешанный парез кисти

11. У мужчины 30-ти лет утром после сна развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония, и отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы в правой руке. *Локализация поражения:*
1. прецентральная извилина слева
2. боковой канатик спинного мозга на шейном уровне справа
3. правый лучевой нерв
4. правый срединный нерв
5. правый локтевой нерв

12. У мужчины 30-ти лет утром после сна развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония, и отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы в правой руке.

Рекомендуемый дополнительный метод исследования:
1. компьютерная томография головы
2. магнитно-резонансная томография головы
3. магнитно-резонансная томография спинного мозга
4. магнитная стимуляция головного мозга
5. электронейромиография

13. У мужчины 60-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе – до 2-х баллов, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

Локализация поражения:
1. правый малоберцовый нерв

2. боковой канатик спинного мозга в грудном отделе справа
3. правый большеберцовый нерв
4. зрительный бугор слева

14. У мужчины 60-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе – до 2-х баллов, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

Дополнительный метод исследования:

1. биопсия мышц
2. игольчатая электромиография
3. магнитно-резонансная томография спинного мозга
4. электронейромиография

15. У женщины 60-ти лет постепенно развиваются слабость и похудание нижних, а затем и верхних конечностей. При обследовании во всех конечностях выявляются выраженные атрофии, особенно в мышцах кистей, мышечные подергивания, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского, мышечная гипотония. *Неврологический синдром:*

1. периферический тетрапарез
2. центральный тетрапарез
3. смешанный тетрапарез

16. Для диагностики паркинсонизма обязательно наличие:

1. ригидности
2. гипокинезии
3. тремора
4. постуральных нарушений
5. вегетативных нарушений

17. Самая частая этиологическая форма паркинсонизма:

1. атеросклеротический паркинсонизм
2. нейролептический паркинсонизм
3. постэнцефалитический паркинсонизм
4. посттравматический паркинсонизм
5. идиопатический паркинсонизм

18. Противопаркинсонические препараты:

1. наком
2. клоназепам
3. депакин
4. мидокалм
5. сирдалуд

19. Для болезни Паркинсона характерно:

1. начало в молодом возрасте
2. дебют с дрожания головы
3. внезапное развитие симптомов
4. преобладание симптомов с одной стороны (гемипаркинсонизм)

20. Применение циклодола у пожилых больных паркинсонизмом может привести к:

1. мышечной гипотонии
2. когнитивным нарушениям
3. вегетативным и тазовым нарушениям
4. психотическим нарушениям (галлюцинациям)

21. Достоверный критерий сосудистого паркинсонизма:

1. пожилой и старческий возраст больного
2. отсутствие эффекта противопаркинсонических препаратов
3. дрожательная форма паркинсонизма
4. акинетико-ригидная форма паркинсонизма
5. выявление инфаркта в ножке мозга при МРТ головы

22. Эссенциальный тремор:

1. возникает при приеме нейролептиков
2. возникает при приеме транквилизаторов
3. усиливается при курении
4. имеет семейный (наследственный) генез
5. усиливается во сне

23. Невротические тики связывают с:
    1. поражением черной субстанции
    2. поражение зрительного бугра
    3. поражением хвостатого ядра
    4. эмоциональным напряжением

24. В зрелом возрасте невротические тики обычно:
1. появляются впервые в жизни
2. усиливаются
3. ослабевают или исчезают

25. Для мышечной дистонии наиболее характерно:
1. спастичность
2. ригидность
3. дрожание
4. патологические позы
5. центральные парезы конечностей

26. Лечение локальных форм мышечной дистонии:
1. новокаиновые блокады
2. наком
3. мидантан
4. ботулинический токсин

27. Женщина 25-ти лет предъявляет жалобы на дрожание пальцев рук, которое усиливается при волнении. При приеме алкоголя дрожание ослабевает, но на следующий день несколько усиливается. Объективно: дрожание в пальцах рук в покое небольшое, но оно усиливается в определенных положениях рук, особенно в пробе Ромберга; наблюдается дрожание головы; выполнение координаторных проб удовлетворительное; других изменений в неврологическом статусе нет. *Диагноз:*
1. болезнь Паркинсона
2. малая хорея
3. эссенциальный тремор
4. хорея Гентингтона
5. невротические тики

28. У мужчины 60-ти лет появились и в течение года постепенно нарастают дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в правой руке дрожание по типу «счета монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; при ходьбе отсутствуют физиологические синкинезии в правой руке; других неврологических нарушений нет. *Диагноз:*
1. болезнь Паркинсона
2. эссенциальный тремор
3. хорея Гентингтона
4. мышечная дистония (гемисиндром)
5. гемибаллизм

29. Юношу 16-ти лет в течение 10 лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольные выкрикивания отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопенья; других неврологических нарушений нет. *Неврологический симптом:*
1. атетоз
2. тики

3. хорея
4. гемибаллизм
5. постуральный тремор

30. Юношу 16-ти лет в течение 10 лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольные выкрикивания отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопенья; других неврологических нарушений нет. *Диагноз:*
1. синдром Туретта
2. хорея Гентингтона
3. малая хорея
4. невротические тики
5. мышечная дистония

31. Юношу 16-ти лет в течение 10 лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольные выкрикивания отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопенья; других неврологических нарушений нет. *Лечение:*
1. анаприлин (пропранолол)
2. наком
3. циклодол
4. галоперидол
5. ботулинический токсин

32. Женщину 50-ти лет в течение двух лет беспокоит непроизвольный поворот головы влево, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечаются непроизвольный поворот головы влево, тоническое напряжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, при сидении больная придерживает указательным пальцем левой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; других неврологических нарушений нет. *Диагноз:*
1. болезнь Паркинсона
2. хорея Гентингтона
3. мышечная дистония
4. малая хорея
5. синдром Туретта

33. Женщину 50-ти лет в течение двух лет беспокоит непроизвольный поворот головы влево, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечаются непроизвольный поворот головы влево, тоническое напряжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, при сидении больная придерживает указательным пальцем левой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; других неврологических нарушений нет. *Лечение:*
1. пропранолол
2. амантадин
3. пимозид
4. галоперидол
5. ботулинический токсин

34. Для мозжечковой атаксии характерны:
1. интенционный тремор
2. значительное усиление атаксии при закрытых глазах
3. тошнота, рвота
4. оживление сухожильных рефлексов
5. атетоз

35. При сенситивной атаксии наблюдаются:
1. скандированная речь
2. уменьшение атаксии при закрытых глазах

3. нистагм
4. утрата глубокой чувствительности
5. интенционный тремор

36. Для вестибулярной атаксии типичны:
1. мышечная гипотония
2. интенционный тремор
3. атетоз
4. дисдиадохокинез
5. системное головокружение

37. Для лобной атаксии характерно:
1. интенционный тремор
2. нистагм
3. мышечная гипотония
4. неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе

38. При поражении левого полушария мозжечка наблюдаются:
1. гиперрефлексия в правой руке
2. гиперрефлексия в левой руке
3. интенционный тремор в правой руке
4. интенционный тремор в левой руке
5. гипертония в левой руке

39. У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево. *Тип атаксии:*
1. мозжечковая
2. вестибулярная
3. сенситивная
4. лобная
5. смешанная (мозжечковая + сенситивная) атаксия

40. У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево. *Локализация поражения:*
1. задние канатики спинного мозга справа
2. задние канатики спинного мозга слева
3. ствол мозга
4. левое полушарие мозжечка
5. левая лобная доля

41. У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, расстройств чувствительности нет. *Тип атаксии:*
1. мозжечковая
2. вестибулярная
3. сенситивная
4. лобная
5. смешанная (мозжечковая + сенситивная)

42. У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, расстройств чувствительности нет. *Локализация поражения:*
1. правое полушарие мозжечка
2. левое полушарие мозжечка
3. спинной мозг
4. червь мозжечка
5. теменная доля

43. У пациента гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах. *Локализация поражения:*
1. периферические нервы
2. задние канатики спинного мозга
3. ствол мозга
4. червь мозжечка
5. лабиринт

44. У пациента гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах. *Дополнительный метод исследования:*
1. магнитно-резонансная томография головы
2. компьютерная томография головы
3. магнитно-резонансная томография спинного мозга
4. магнитная стимуляция головного мозга
5. электронейромиография

45. У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся пи закрытых глазах. *Локализация поражения:*
1. периферические нервы
2. задние канатики спинного мозга
3. передняя серая спайка
4. червь мозжечка
5. задние корешки

46. У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся пи закрытых глазах. *Дополнительный метод исследования:*
1. магнитно-резонансная томография головы
2. магнитно-резонансная томография спинного мозга
3. электромиография
4. магнитная стимуляция головного мозга
5. электронейромиография

47. Вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор в конечностях, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, нарушений чувствительности нет. *Тип атаксии:*
1. мозжечковая
2. вестибулярная
3. сенситивная
4. лобная
5. смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия

48. Вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор в конечностях, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, нарушений чувствительности нет. *Локализация поражения:*
1. мозжечок
2. задние канатики спинного мозга
3. лабиринт
4. периферические нервы
5. лобная доля

49. У пациента отмечаются нарушения поведения, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без изменений, парезов и расстройств чувствительности нет. *Тип атаксии:*
1. мозжечковая

2. вестибулярная
3. сенситивная
4. лобная
5. смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия

50. У пациента отмечаются нарушения поведения, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без изменений, парезов и расстройств чувствительности нет. *Локализация поражения:*
1. мозжечок
2. спинной мозг
3. ствол мозга
4. вестибулокохлеарные нервы
5. лобные доли

51. Первый нейрон проводящего пути поверхностной чувствительности расположен в:
1. коже
2. межпозвонковом ганглии
3. заднем роге спинного мозга
4. зрительном бугре
5. постцентральной извилине

52. Третий нейрон проводящего пути глубокой чувствительности расположен в:
1. мышце
2. межпозвонковом ганглии
3. заднем роге спинного мозга
4. зрительном бугре
5. постцентральной извилине

53. Ощущение «ползания мурашек» без внешнего раздражения – это:
1. гиперпатия
2. гиперестезия
3. парестезии
4. аллодиния
5. гипералгезия

54. Нарушение чувствительности по типу «перчаток» и «носков» определяется при поражении:
1. периферических нервов
2. задних корешков спинного мозга
3. задних рогов спинного мозга
4. передней серой спайки
5. задних канатиков спинного мозга

55. Гемигипестезия наблюдается при поражении:
1. внутренней капсулы
2. передней серой спайки
3. передних рогов спинного мозга
4. задних канатиков спинного мозга
5. периферических нервов

56. Спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности возникает пи поражении:
1. боковых канатиков спинного мозга
2. задних рогов спинного мозга
3. боковых рогов спинного мозга
4. передних канатиков спинного мозга
5. внутренней капсулы

57. Какие виды чувствительности нарушаются при поражении задних рогов спинного мозга:
1. болевая
2. тактильная

3. стереогностическое чувство
4. вибрационная
5. мышечно-суставное чувство

58. Система «воротного контроля боли» локализуется на уровне:
1. периферических нервов
2. задних корешков
3. задних рогов
4. спиноталамического тракта
5. задних канатиков спинного мозга

59. Гиперпатия характерна для поражения:
1. заднего корешка
2. бокового канатика спинного мозга
3. переднего канатика спинного мозга
4. заднего канатика спинного мозга
5. зрительного бугра

60. Лечение центральной боли:
1. большие дозы ненаркотических анальгетиков
2. милдронат
3. наркотические анальгетики
4. антидепрессанты (амитриптилин)
5. сирдалуд

61. Истинный (первичный) астереогноз возникает при поражении:
1. задних рогов спинного мозга
2. задних канатиков спинного мозга
3. зрительного бугра
4. теменной доли
5. лобной доли

62. У больного выявляется нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», других нарушений нет. *Тип нарушения чувствительности:*
1. мононевропатический
2. полиневропатический
3. сегментарно-корешковый
4. сегментарно-диссоциированный
5. проводниковый

63. У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольф», отсутствуют ахилловы рефлексы. *Тип нарушения чувствительности:*
1. мононевропатический
2. полиневропатический
3. сегментарно-корешковый
4. сегментарно-диссоциированный
5. спинальный проводниковый

64. У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольф», отсутствуют ахилловы рефлексы. *Локализация поражения:*
1. периферические нервы
2. задние корешки
3. боковые канатики спинного мозга
4. задние канатики спинного мозга
5. передняя серая спайка

65. Больного беспокоят шаткость при ходьбе, падения. Объективно: утрачены суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза. *Тип нарушения чувствительности:*
1. полиневропатический
2. сегментарно-корешковый

3. сегментарно-диссоциированный
4. спинальный проводниковый
5. корковый

66. Больного беспокоят шаткость при ходьбе, падения. Объективно: утрачены суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза. *Локализация поражения:*

1. периферические нервы
2. задние корешки
3. задние рога спинного мозга
4. задние канатики спинного мозга
5. боковые канатики спинного мозга

67. У больного утрачены все виды чувствительности на левой половине тела, в левой руке и ноге. *Тип нарушения чувствительности:*

1. сегментарно-корешковый
2. сегментарно-диссоциированный
3. полиневропатический
4. спинальный проводниковый
5. церебральный

68. Больного беспокоят боли в поясничной области и по задней поверхности левой ноги. Объективно: утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги к наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс. *Тип нарушения чувствительности:*

1. сегментарно-корешковый
2. сегментарно-диссоциированный
3. полиневропатический
4. мононевропатический
5. спинальный проводниковый

69. Больного беспокоят боли в поясничной области и по задней поверхности левой ноги. Объективно: утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги к наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс. *Локализация поражения:*

1. задний пятый поясничный корешок
2. задний первый крестцовый корешок
3. малоберцовый нерв
4. большеберцовый нерв
5. бедренный нерв

70. При поражении задних рогов спинного мозга возникает:

1. расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу
2. расстройство болевой чувствительности по проводниковому типу
3. периферический парез
4. сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности

71. Синдром Бернара-Горнера появляется при поражении сегментов спинного мозга на уровне:

1. C_4-C_5
2. C_6-C_7
3. C_8-Th_1
4. Th_2-Th_3
5. Th_4-Th_5

72. При поражении правой половины поперечника спинного мозга на грудном уровне определяются:

1. центральный парез правой ноги
2. центральный парез левой ноги
3. снижение температурной чувствительности в правой ноге

4. снижение болевой чувствительности в правой ноге
5. нарушение функции тазовых органов

73. Сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности наблюдается при поражении:
1. передних рогов
2. задних рогов
3. боковых рогов
4. внутренней капсулы
5. задних канатиков спинного мозга

74. При поражении спиноталамического пути в спинном мозге расстройства чувствительности выявляются на туловище с уровня:
1. поражения
2. на два сегмента выше поражения
3. на два сегмента ниже поражения
4. на четыре сегмента выше поражения
5. на четыре сегмента ниже поражения

75. Блок субарахноидального пространства спинного мозга может быть определен при помощи:
1. рентгенографии позвоночника
2. электроэнцефалографии
3. электромиографии
4. электронейромиографии
5. люмбальной пункции с ликвородинамическими пробами

76. Проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении:
1. передних канатиков
2. боковых канатиков
3. задних канатиков
4. передних рогов
5. задних рогов

77. Императивные позывы на мочеиспускание наблюдаются при двустороннем поражении:
1. передних рогов шейного утолщения
2. передних рогов поясничного утолщения
3. передних канатиков
4. задних канатиков
5. боковых канатиков

78. У пациента в левой ноге выявлены снижение силы, повышение коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского, в правой ноге и половине туловища – ослабление болевой и температурной чувствительности с уровня Th_{10}. *Локализация поражения – половина спинного мозга на уровне:*
1. Th_8 справа
2. Th_8 слева
3. Th_{12} справа
4. Th_{12} слева
5. Th_{10} справа

79. У пациента выявлены множественные следы от «безболевых» ожогов на руках, снижение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», фасцикуляции в мышцах обеих кистей, утрата рефлексов с рук.

Тип расстройства чувствительности:
1. проводниковый
2. сегментарно-диссоциированный
3. сегментарно-корешковый
4. корковый

5. альтернирующий

80. У пациента выявлены множественные следы от «безболевых» ожогов на руках, снижение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», фасцикуляции в мышцах обеих кистей, утрата рефлексов с рук. *Локализация поражения:*
1. задние рога
2. задние корешки
3. боковые канатики
4. теменная доля с двух сторон
5. зрительный бугор с двух сторон

81. У пациента выявлены утрата суставно-мышечного чувства в ногах, отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе, которые значительно нарастают при закрывании глаз, других нарушений нет.
Локализация поражения:
1. боковые канатики
2. задние канатики
3. передние рога
4. задние рога
5. передняя серая спайка

82. Пациента беспокоят императивные позывы на мочеиспускание и слабость в ногах; обнаружены снижение силы в обеих ногах, повышение тонуса в разгибателях ног с феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского.
Локализация поражения:
1. передние рога
2. задние канатики
3. задние рога
4. боковые канатики
5. передняя серая спайка

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.Темы(6-7)

83. У пациента дизартрия, девиация языка влево, внешних изменений языка нет. Локализация поражения:
1. левый подъязычный нерв
2. правый подъязычный нерв
3. левый корково-ядерный путь
4. правый корково-ядерный путь
5. правая половина продолговатого мозга

84. У пациента атрофия трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц справа, опущение правого плеча, затруднен поворот головы влево. Локализация поражения:
1. левый добавочный нерв
2. правый добавочный нерв
3. левый корково-ядерный путь
4. правый корково-ядерный путь
5. левая половина продолговатого мозга

85. Бульбарный синдром возникает при поражении:
1. добавочного нерва
2. языкоглоточного и блуждающего нервов
3. верхних шейных корешков спинного мозга
4. ножки мозга
5. корково-ядерного пути с двух сторон

86. Проявления бульбарного синдрома:
1. дисфония, дисфагия

2. насильственный плач
3. парез трапециевидной мышцы
4. оживление глоточных рефлексов
5. симптомы орального автоматизма

87. Псевдобульбарный синдром наблюдается при поражении:
1. добавочного нерва
2. языкоглоточного и блуждающего нервов
3. подъязычного нерва
4. корково-ядерного пути с двух сторон
5. продолговатого мозга

88. У пациента дисфагия, опущение правой половины мягкого нёба и ослабление ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, утрата вкуса на задней трети языка справа. Локализация поражения:
1. правый подъязычный нерв
2. правый добавочный нерв
3. правый языкоглоточный нерв
4. левая половина продолговатого мозга
5. корково-ядерный путь с двух сторон

89. У пациента дизартрия, девиация языка вправо, правая половина языка атрофична, слева – центральный гемипарез. Локализация поражения:
1. левый подъязычный нерв
2. корково-ядерный путь слева
3. правый языкоглоточный нерв
4. левая половина продолговатого мозга
5. правая половина продолговатого мозга

90. У пациента дисфагия, дизартрия, ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный плач. Локализация поражения:
1. корково-ядерный путь с двух сторон
2. продолговатый мозг
3. подъязычные нервы
4. языкоглоточные нервы
5. блуждающие нервы

91. После операции на щитовидной железе у пациента возникла осиплость голоса, при ларингоскопии выявлен паралич правой голосовой связки. Повреждена ветвь нерва:
1. подъязычного
2. добавочного
3. языкоглоточного
4. блуждающего

92. У пациента дисфагия, дисфония, опущение правой дужки мягкого нёба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности в левых конечностях и левой половине туловища. Локализация поражения:
1. весь поперечник продолговатого мозга
2. дорсо-латеральный отдел правой половины продолговатого мозга
3. дорсо-латеральный отдел левой половины продолговатого мозга
4. вентральный отдел правой половины продолговатого мозга
5. вентральный отдел левой половины продолговатого мозга

93. У пациента девиация языка влево, внешних изменений языка нет, в левой руке – центральный парез. Локализация поражения:
1. правая прецентральная извилина
2. левая прецентральная извилина
3. правая половина продолговатого мозга
4. левая половина продолговатого мозга

5. правый подъязычный нерв

94. При двустороннем поражении добавочного нерва наблюдается:
1. «свисающая» голова
2. периферический парез верхних конечностей
3. центральный парез верхних конечностей
4. дисфония
5. дисфагия

95. При периферическом парезе языка в отличие от его центрального пареза наблюдается:
1. центральный парез конечностей
2. периферический парез конечностей
3. атрофия и фибрилляции языка
4. дизартрия
5. дисфагия

96. Симптомы двустороннего поражения корково-ядерных путей:
1. дисфония
2. дизартрия
3. дисфагия
4. атрофии и фибрилляции языка
5. «свисающая голова»

97. Симптом одностороннего поражения корково-ядерного пути:
1. насильственный плач
2. насильственный смех
3. оживление глоточных рефлексов
4. оживление нижнечелюстного рефлекса
5. парез половины языка по центральному типу

98. У пациента дизартрия, язык при высовывании отклоняется влево, левая половина языка атрофична, в правых конечностях – снижение силы и объема движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

Локализация поражения:
1. правая половина продолговатого мозга
2. левая половина продолговатого мозга
3. правая прецентральная извилина
4. левая прецентральная извилина
5. корково-ядерный путь с двух сторон

99. У пациента нарушение глотания, осиплость голоса, опущение левой дужки мягкого нёба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение левого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности справа на туловище и конечностях. *Локализация поражения:*
1. левая половина продолговатого мозга
2. правая половина продолговатого мозга
3. левая постцентральная извилина
4. правая постцентральная извилина
5. левый зрительный бугор

100. Симптомы центрального пареза мышц лица:
1. сглаженность лобных морщин
2. лагофтальм
3. симптом Белла
4. опущение угла рта
5. утрата чувствительности на половине лица

101. Периферический парез мышц лица наблюдается при поражении:
1. прецентральной извилины
2. ядра лицевого нерва
3. лучистого венца
4. колена внутренней капсулы

5. корково-ядерного пути

102. Симптом Белла – это:
1. асимметрия лица при улыбке
2. асимметрия лица при надувании щек
3. утрата вкуса на передних двух третях языка
4. утрата вкуса на задней трети языка
5. появление белковой оболочки глаза при зажмуривании

103. У пациента поражение всех мимических мышц справа и центральный гемипарез слева. *Локализация поражения:*
1. правая прецентральная извилина
2. левая прецентральная извилина
3. правая половина варолиева моста
4. левая половина варолиева моста
5. правый лицевой нерв в фаллопиевом канале

104. У пациента справа – парез всех мимических мышц, сухость глаза, гиперакузия, утрата вкуса на передних двух третях языка. Локализация поражения:
1. лицевой нерв до ответвления от него большого каменистого нерва
2. лицевой нерв после ответвления от него барабанной струны
3. левая прецентральная извилина
4. правая половина варолиева моста
5. левая половина варолиева моста

105. У пациента снижена болевая и температурная чувствительность в области правой половины губ, подбородка и носа.
Локализация поражения:
1. правая половина продолговатого мозга и варолиева моста
2. левая половина продолговатого мозга и варолиева моста
3. правая постцентральная извилина
4. левая постцентральная извилина
5. вторая ветвь правого тройничного нерва

106. У пациента ощущение вращения окружающих предметов, тошнота и рвота, нейросенсорная тугоухость на правое ухо, горизонтальный нистагм вправо. Локализация поражения:
1. правая половина варолиева моста
2. левая половина варолиева моста
3. правая височная доля
4. левая височная доля
5. правый вестибулокохлеарный нерв

107. Лечение невралгии тройничного нерва:
1. карбамазепин (финлепсин)
2. пирацетам (ноотропил)
3. мидокалм
4. рентгенотерапия
5. витамины группы В

108. У пациента справа герпетические высыпания на лбу и щеке, снижение всех видов чувствительности на половине лица. Локализация поражения:
1. правый гассеров узел
2. I ветвь тройничного нерва
3. II ветвь тройничного нерва
4. III ветвь тройничного нерва
5. правая половина варолиева моста

109. У пациента боли, снижение всех видов чувствительности в области лба и верхнего века справа. *Локализация поражения:*
1. правый гассеров узел
2. I ветвь тройничного нерва

3. II ветвь тройничного нерва
4. III ветвь тройничного нерва
5. правая половина варолиева моста

110. У пациентки слева периферический парез мышц лица, в правых конечностях центральный гемипарез. *Локализация поражения:*
1. правая прецентральная извилина
2. левая прецентральная извилина
3. правая половина варолиева моста
4. левая половина варолиева моста
5. правое полушарие мозжечка

111. У пациента асимметрия лица: справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не удается выполнить мимические пробы, при попытке зажмурить глаза правое глазное яблоко уходит вверх, видна белковая оболочка глаза, наблюдается слезотечение из правого глаза, правая глазная щель шире левой, правый глаз редко моргает, утрачен вкус на передних двух третях языка справа.*Локализация поражения:*
1. лицевой нерв до ответвления от него большого каменистого нерва
2. лицевой нерв после ответвления от него большого каменистого нерва, но до ответвления барабанной струны
3. лицевой нерв после ответвления от него барабанной струны
4. правая половина варолиева моста
5. левая прецентральная извилина

112. У пациента снижен слух в правом ухе, установлена сенсоневральная тугоухость; справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, затруднено выполнение мимических проб; ослаблены все виды чувствительности на правой половине лица; отмечается интенционный тремор при выполнении координаторных проб в правых конечностях.

Локализация поражения:
1. правая половина варолиева моста
2. мостомозжечковый угол справа
3. прецентральная и постцентральная извилины левого полушария головного мозга
4. правый лицевой нерв в фаллопиевом канале
5. правый гассеров узел

113. У пациента развивается сильное головокружение, появляется онемение правой половины лица и левых конечностей. Головокружение ощущается в виде вращения собственного тела, сопровождается тошнотой и рвотой. При обследовании отмечается ослабление болевой и температурной чувствительности на правой половине лица, в левой половине туловища и левых конечностях. *Локализация поражения:*
1. правая постцентральная извилина
2. правая половина варолиева моста и продолговатого мозга
3. левая половина варолиева моста и продолговатого мозга
4. правый вестибулокохлеарный нерв
5. левый вестибулокохлеарный нерв

114. Пациента беспокоят приступы кратковременной (несколько секунд) интенсивной боли в области правой нижней челюсти, которые возникают несколько раз в день, провоцируются разговором, жеванием и чисткой зубов. При обследовании вне приступа боли неврологических нарушений не выявлено. *Диагноз:*
1. ганглионит гассерова узла
2. невралгия I ветви тройничного нерва
3. невралгия II ветви тройничного нерва
4. невралгия III ветви тройничного нерва
5. невралгия языкоглоточного нерва

115. Пациента беспокоят приступы кратковременной (несколько секунд) интенсивной боли в области правой нижней челюсти, которые возникают несколько раз в день, провоци-

руются разговором, жеванием и чисткой зубов. При обследовании вне приступа боли неврологических нарушений не выявлено. *Лечение:*
1. антибиотики
2. ацикловир
3. карбамазепин (финлепсин)
4. диазепам (седуксен)
5. амантадин (мидантан)

116. Симптомы поражения глазодвигательного нерва:
1. птоз
2. миоз
3. парез нижней косой мышцы глаза
4. парез верхней косой мышцы глаза
5. парез наружной прямой мышцы глаза

117. Симптомы поражения блокового нерва:
1. парез аккомодации
2. парез нижней косой мышцы глаза
3. парез верхней косой мышцы глаза
4. мидриаз
5. парез внутренней прямой мышцы глаза

118. Мидриаз возникает при поражении:
1. отводящего нерва
2. блокового нерва
3. глазодвигательного нерва
4. варолиева моста
5. продолговатого мозга

119. У пациента сходящееся косоглазие, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи. *Локализация поражения:*
1. правый отводящий нерв
2. правый глазодвигательные нерв
3. правый блоковый нерв
4. левый блоковый нерв
5. верхние бугры четверохолмия

120. У пациента слева – поражение глазодвигательного нерва, справа – центральный гемипарез. *Локализация поражения:*
1. левая ножка мозга
2. правая половина варолиева моста
3. левая половина варолиева моста
4. левая прецентральная извилина
5. левая внутренняя капсула

121. У пациента слева – поражение глазодвигательного нерва, в правых конечностях – гемиатаксия. *Локализация поражения:*
1. средний мозг слева
2. левая половина варолиева моста
3. левый зрительный бугор
4. левая прецентральная извилина
5. левое полушарие мозжечка

122. У пациента справа птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи. *Локализация поражения:*
1. правый отводящий нерв
2. правый глазодвигательный нерв
3. правый блоковый нерв
4. правая половина варолиева моста
5. левая половина варолиева моста

123. У пациента слева – парез отводящего нерва, парез мышц лица по периферическому типу, в правых конечностях – центральный гемипарез.
Локализация поражения:
1. средний мозг справа
2. средний мозг слева
3. варолиев мост слева
4. варолиев мост справа
5. зрительный бугор слева

124. У пациента двоение при взгляде вниз, ограничение движения левого глазного яблока вниз. *Локализация поражения:*
1. левый отводящий нерв
2. левый глазодвигательный нерв
3. левый блоковый нерв
4. средний мозг слева
5. средний мозг справа

125. Птоз, миоз и энофтальм – синдром:
1. Вебера
2. Бернара-Горнера
3. Мийяра-Гублера
4. Толосы-Ханта
5. Эйди

126. У пациента справа – боли и нарушение чувствительности в области лба, птоз, глазное яблоко неподвижно, мидриаз. *Локализация поражения:*
1. средний мозг справа
2. варолиев мост справа
3. варолиев мост слева
4. верхняя глазничная щель справа
5. правая ножка мозга

127. У пациента с одной стороны глаз закрыт, глазное яблоко отведено кнаружи, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи. *Локализация поражения:*
1. глазодвигательный нерв
2. блоковый нерв
3. отводящий нерв
4. верхние бугры четверохолмия
5. средний мозг

128. У пациента слева – птоз, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи, в правых конечностях движения отсутствуют, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.
Локализация поражения:
1. прецентральная извилина слева
2. ножка мозга слева
3. ножка мозга справа
4. варолиев мост справа
5. варолиев мост слева

129. У пациента взор повернут вправо, движений глазных яблок влево нет, парез нижних мышц лица слева, в левых конечностях движений нет, повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского.
Локализация поражения:
1. лобная доля справа
2. варолиев мост слева
3. варолиев мост справа
4. средний мозг слева
5. средний мозг справа

130. У пациента отмечаются эпизоды двоения, которые обычно появляются вечером и полностью проходят утром; при обследовании выявлены двустороннийполуптоз, ограничение движения глазных яблок во все стороны; после подкожного введения прозерина все симптомы регрессировали.

Что поражено:

1. глазодвигательные нервы
2. средний мозг
3. варолиев мост
4. нервно-мышечный синапс
5. лобные доли

131. У пациента отмечаются эпизоды двоения, которые обычно появляются вечером и полностью проходят утром; при обследовании выявлены двустороннийполуптоз, ограничение движения глазных яблок во все стороны; после подкожного введения прозерина все симптомы регрессировали.

Дополнительный метод исследования:

1. рентгеновская компьютерная томография
2. магнитно-резонансная томография
3. позитронно-эмиссионная томография
4. электронейромиография и электромиография
5. исследование цереброспинальной жидкости

132.У пациента сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко не движется кнаружи.

Какие мышцы поражены:

1. внутренняя прямая мышца глаза
2. верхняя косая мышца глаза
3. нижняя косая мышца глаза
4. наружная прямая мышца глаза
5. круговая мышца глаза

133. У пациента сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко не движется кнаружи.

Локализация поражения:

1. отводящий нерв
2. блоковый нерв
3. глазодвигательный нерв
4. цилиоспинальный центр
5. верхние бугры четверохолмия

134. Для поражения зрительного нерва характерно:

1. гомонимная гемианопсия
2. биназальная гемианопсия
3. битемпоральная гемианопсия
4. амблиопия или амавроз

135. Биназальная гемианопсия возникает при поражении:

1. зрительного тракта
2. хиазмы (зрительного перекреста)
3. внутренней капсулы
4. височной доли
5. сетчатки глаза

136. Квадрантная гемианопсия характерна для поражения:

1. внутренней капсулы
2. сетчатки глаза
3. хиазмы (зрительного перекреста)
4. зрительного бугра
5. височной доли

137. Для опухоли гипофиза характерно:

1. односторонняя слепота
2. двусторонняя офтальмоплегия
3. гомонимная гемианопсия
4. битемпоральная гемианопсия
5. биназальная гемианопсия

138. Гипосмия в возрасте старше 60-ти лет наблюдается в:
1. 5%
2. 10%
3. 20%
4. 30%
5. 50 и более процентах случаев

139. Обонятельные галлюцинации возникают при поражении:
1. рецепторов слизистой носа
2. обонятельной луковицы
3. обонятельного тракта
4. височной доли
5. затылочной доли

140. Симптомы поражения зрительного бугра:
1. гемигипестезия, гемиатаксия
2. кратковременная слепота
3. квадрантная гемианопсия
4. гетеронимная гемианопсия
5. горизонтальный парез взора

141. Гемианопсия возникает при поражении:
1. переднего бедра внутренней капсулы
2. колена внутренней капсулы
3. переднего отдела заднего бедра внутренней капсулы
4. заднего отдела заднего бедра внутренней капсулы
5. зрительного нерва

142. У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза. *Синдром:*
1. амавроз
2. амблиопия
3. гомонимная гемианопсия
4. биназальная гемианопсия
5. битемпоральная гемианопсия

143. У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза. *Локализация поражения:*
1. сетчатка глаза
2. зрительный нерв
3. хиазма (зрительный перекрест)
4. колено внутренней капсулы
5. затылочная доля

144. У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза.

Реакции зрачков на свет будут:
1. не изменены
2. утрачены только на свет
3. утрачены только на конвергенцию
4. утрачены только на аккомодацию
5. утрачены на свет, аккомодацию и конвергенцию

145. У пациента выпали левое поле зрения левого глаза и правое поле зрения правого глаза. *Синдром:*
1. амавроз

2. амблиопия
3. гомонимная гемианопсия
4. биназальная гемианопсия
5. битемпоральная гемианопсия

146. У пациента выпали левое поле зрения левого глаза и правое поле зрения правого глаза. *Локализация поражения:*
1. сетчатка глаза
2. зрительный нерв
3. хиазма (зрительный перекрест)
4. заднее бедро внутренней капсулы
5. затылочная доля

147. У пациента выпали левое поле зрения левого глаза и правое поле зрения правого глаза. *Реакции зрачков на свет будут:*
1. не изменены
2. утрачены только на свет
3. утрачены только на конвергенцию
4. утрачены только на аккомодацию
5. утрачены на свет, аккомодацию и конвергенцию

148. У пациента выпали левые поля зрения, наблюдается парез нижней части мимических мышц слева; в левых конечностях отсутствуют движения, выявляется симптом Бабинского, нарушены все виды чувствительности. *Локализация поражения:*
1. правый зрительный бугор
2. правая внутренняя капсула
3. левая лобная доля
4. правая лобная доля
5. левая затылочная доля

149. У пациента в левых конечностях нарушены все виды чувствительности, отмечаются парестезии и боли, он выполняет пальценосовую пробу с открытыми глазами, но промахивается при закрытых глазах. *Локализация поражения:*
1. правая внутренняя капсула
2. правый зрительный бугор
3. правая затылочная доля
4. левая затылочная доля
5. правое полушарие мозжечка

150. У пациента в течение суток значительно снизилась острота зрения на правый глаз; использование линз не улучшает зрение, при исследовании глазного дна не выявлено изменений.

Синдром:
1. амавроз
2. амблиопия
3. гомонимная гемианопсия
4. битемпоральная гемианопсия
5. биназальная гемианопсия

151. У пациента в течение суток значительно снизилась острота зрения на правый глаз; использование линз не улучшает зрение, при исследовании глазного дна не выявлено изменений.

Локализация поражения:
1. сетчатка глаза
2. зрительный нерв
3. зрительный тракт
4. зрительный бугор
5. затылочная доля

Топическая диагностика поражения коры головного мозга. Оболочки мозга, цереброспинальная жидкость. Менингеальный и гипертензионный синдром. Гидроцефалия. Вегетативная нервная система. Методы исследования в неврологии. Методика осмотра неврологического и нейрохирургического больного. Темы (8-10)

152. Афазия — это:
1. неразборчивость речи в результате нечеткости произношения
2. нарушение распознавания сенсорных образов
3. утрата речевых способностей как способа выражения мысли
4. нарушение памяти на текущие события
5. нарушение сложных целенаправленных движений

153. Быстрая и обильная речь с большим количеством «оговорок» (парафазий), трудности понимания обращенной речи — это:
1. сенсорная афазия
2. моторная афазия
3. амнестическая афазия
4. семантическая афазия
5. дизартрия

154. Корсаковский синдром включает:
1. прогрессирующую амнезию
2. апраксию
3. алексию
4. конфабуляции
5. семантическую афазию

155. Признаки поражения лобных долей головного мозга:
1. сенсорная афазия
2. нарушение схемы тела
3. скандированная речь
4. отчуждение смысла слов
5. аносмия

156. Апраксия — это:
1. нечеткость произношения (неразборчивость речи)
2. нарушение распознавания сенсорных образов
3. утрата речевых способностей как средства выражения мысли
4. нарушение координации движений
5. нарушение сложных двигательных актов

157. Скудная, грамматически неправильная речь с малым количеством глаголов, длительные паузы при подборе слова, слова-эмболы — это:
1. сенсорная афазия
2. моторная афазия
3. амнестическая афазия
4. семантическая афазия
5. скандированная речь

158. Синдромы поражения височной доли доминантного полушария:
1. гемианопсия
2. сенсорная афазия
3. аносмия
4. моторная афазия
5. астереогноз

159. Агнозия - это:
1. нечеткость речи (неразборчивость произношения)
2. нарушение распознавания сенсорных образов
3. утрата речевых способностей как способа выражения мысли
4. нарушение памяти на текущие события

5. нарушение сложных двигательных актов

160. Для семантической афазии характерно:
1. трудности называния предметов по показу
2. парафазии
3. нарушение памяти на текущие события
4. нарушение памяти на отдаленные события
5. нарушение понимания грамматических конструкций

161. Выраженные нарушения памяти на текущие события — это:
1. антероградная амнезия
2. ретроградная амнезия
3. фиксационная амнезия
4. транзиторная глобальная амнезия
5. анозогнозия

162.Транзиторная глобальная амнезия — это:
1. выраженные прогрессирующие нарушения памяти
2. преходящее состояние спутанного сознания с дезориентировкой в месте
3. кратковременная афазия
4. преходящее нарушение памяти на текущие и отдаленные события
5. кратковременная утрата сознания с падением мышечного тонуса

163. Признаки амнестической афазии:
1. уменьшение беглости и плавности речи
2. нарушения памяти на текущие события
3. нарушение понимания грамматических конструкций
4. трудности называния предметов по показу
5. нарушение счета

164. Нарушение памяти на события, предшествующие черепно-мозговой травме — это:
1. транзиторная глобальная амнезия
2. ретроградная амнезия
3. антероградная амнезия
4. конфабуляции
5. синдром «уже виденного» (déjà vu)

165. Признаки первичного астереогноза:
1. нарушение схемы тела
2. нарушение тактильной чувствительности
3. нарушение глубокой чувствительности
4. невозможность узнавания предметов на ощупь
5. трудности называния предметов по показу

166. Корсаковский синдром — это:
1. выраженные прогрессирующие нарушения памяти
2. сочетание апракто-агностических и речевых нарушений
3. нарушение памяти преимущественно на отдаленные события
4. фиксационная амнезия, псевдореминесценции, конфабуляции
5. преходящие нарушения памяти на текущие и отдаленные события

167. «Воспоминания» событий, которые никогда не происходили — это:
1. конфабуляции
2. синдром «уже виденного» (déjà vu)
3. псевдореминесценции
4. амнестическая афазия
5. прозапагнозии

168. Невозможность воспроизвести серию из трех последовательных движений, персеверации при их выполнении характерны для:
1. гиперкинетического синдрома
2. конструктивной апраксии
3. кинестетической апраксии

4. лобной апраксии
5. мозжечковой атаксии

169. Признаки сенсорной афазии:
1. вербальные персеверации
2. парафазии
3. дисграфия
4. конфабуляции
5. скандированная речь

170. Признаки транзиторной глобальной амнезии:
1. антероградная амнезия
2. ретроградная амнезия
3. фиксационная амнезия
4. конфабуляции
5. астереогноз

171. Цереброспинальную жидкость продуцируют:
1. сосуды твердоймозговойоболочки
2. сосуды мягкой мозговой оболочки
3. сосудистые сплетения желудочков головного мозга
4. пахионовы грануляции
5. венозные синусы головного мозга

172. В течение суток цереброспинальная жидкость образуется в объеме:
1. 100-200 мл
2. 200-400 мл
3. 400-600 мл
4. 600-800 мл
5. более 800 мл

173. Абсолютное показание к исследованию цереброспинальной жидкости:
1. гнойный менингит
2. миастения
3. рассеянный склероз
4. инфаркт головного мозга
5. ушиб головного мозга

174. Исследование цереброспинальной жидкости обычно проводится путем прокола между остистыми отростками позвонков на:
1. шейном
2. верхнем грудном
3. среднем грудном
4. нижнем грудном
5. поясничном уровне

175. Нормальное давление цереброспинальной жидкости при пункции, проводимой в положении лежа:
1. до 50 ммводн. ст.
2. от 50 до 150 ммводн. ст.
3. от 150 до 300 ммводн. ст.
4. от 300 до 500 ммводн. ст.
5. свыше 500 ммводн. ст.

176. Нормальное количество клеток в мклцереброспинальной жидкости:
1. 0-5
2. 6-10
3. 11-19
4. 20-29
5. 30 и более

177. Нормальное содержание белка в 100 мл цереброспинальной жидкости:
1. 0-25 мг

2. 25-40 мг
3. 40-100 мг
4. 100-150 мг
5. 150-300 мг

178. Белково-клеточная диссоциация в цереброспинальной жидкости типична для:
1. ишемического инсульта
2. кровоизлияния в мозг
3. гнойного менингита
4. серозного менингита
5. опухоли головного мозга

179. Ксантохромия в цереброспинальной жидкости встречается при:
1. спонтанном субарахноидальном кровоизлиянии
2. энцефалите
3. инфаркте головного мозга
4. гнойном менингите
5. серозном менингите

180. Наиболее частое осложнение люмбальной пункции:
1. вклинение миндалин мозжечка в затылочное отверстие
2. височно-тенториальное вклинение
3. ликворная гипотензия
4. гнойный менингит
5. серозный менингит

181. Менингеальные симптомы:
1. симптом Жуковского
2. симптом Россолимо
3. симптом Ласега
4. симптом Мацкевича
5. симптом Брудзинского

182. Менингеальный синдром характерен для:
1. субарахноидального кровоизлияния
2. инфаркта головного мозга
3. нормотензивной гидроцефалии
4. бокового амиотрофического склероза
5. опухолей головного мозга

183. Наиболее частая причина гипертензивной гидроцефалии:
1. увеличение образования цереброспинальной жидкости
2. нарушение абсорбции цереброспинальной жидкости
3. препятствие току цереброспинальной жидкости
4. атрофия головного мозга
5. хроническая цереброваскулярная недостаточность

184. Височно-тенториальное вклинение типично для патологических объемных образований в:
1. продолговатом мозге
2. варолиевом мосту
3. мозжечке
4. среднем мозге
5. большом полушарии

185. Быстрое развитие вклинения миндалин мозжечка в затылочное отверстие характерно для патологических объемных образований в:
1. лобной доле
2. височной доле
3. затылочной доле
4. зрительном бугре
5. мозжечке

186. При вклинении миндалин мозжечка в затылочное отверстие сдавливается:
1. ножка мозга
2. варолиев мост
3. продолговатый мозг
4. зрительный бугор
5. гипофиз

187. Нейроны парасимпатической вегетативной нервной системы находятся в:
1. больших полушариях головного мозга
2. стволе головного мозга
3. шейном отделе спинного мозга
4. поясничном отделе спинного мозга
5. черве мозжечка

188. Активация парасимпатической нервной системы вызывает:
1. учащение частоты сердечных сокращений
2. повышение артериального давления
3. усиление перистальтики желудочно-кишечного тракта
4. усиление деятельности слезных желез
5. усиление деятельности слюнных желез

189. Методы исследований, подтверждающие наличие синдрома периферической вегетативной недостаточности:
1. рентгеновская компьютерная томография головного мозга
2. магнитно-резонансная томография спинного мозга
3. электроэнцефалография
4. игольчатая электромиография
5. ортостатическая проба

190. Лечение ортостатической гипотензии:
1. антигипертензивные средства
2. спазмолитики
3. увеличение потребления жидкости
4. уменьшение потребления поваренной соли
5. миорелаксанты

191. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне:
1. C_1-C_4
2. C_5-C_7
3. C_8-Th_1
4. Th_2-Th_4
5. Th_5-Th_7

192. В головном мозге центр мочеиспускания расположен в:
1. прецентральной извилине
2. постцентральной извилине
3. парацентральной дольке
4. зрительном бугре
5. гипоталамусе

193. Спинальный центр мочеиспускания находится на уровне:
1. Th_8-Th_{12}
2. L_1-L_2
3. L_3-L_4
4. L_5-S_1
5. S_2-S_4

194. Нейрогенные нарушения мочеиспускания характерны для поражения:
1. височной доли
2. теменной доли
3. затылочной доли
4. мозжечка

5. спинного мозга

195. Арефлексия детрузора мочевого пузыря возникает при поражении:
1. ствола головного мозга
2. шейного отдела спинного мозга
3. грудного отдела спинного мозга
4. поясничного отдела спинного мозга
5. крестцового отдела спинного мозга

196. Парадоксальная ишурия характерна для поражения:
1. лобной доли
2. варолиева моста
3. продолговатого мозга
4. крестцового отдела спинного мозга
5. червя мозжечка

197. Расстройство сознания может возникнуть при небольших по размеру поражениях:
1. лобной доли
2. височной доли
3. теменной доли
4. затылочной доли
5. среднего мозга

198. При коме нельзя исследовать ригидность шейных мышц при подозрении на:
1. ишемический инсульт
2. спонтанное кровоизлияние в мозг
3. травматическое кровоизлияние в мозг
4. перелом шейного отдела позвоночника
5. гнойный менингит

199. Расстройство чувствительности при сопоре можно выявить при исследовании:
1. болевой чувствительности
2. температурной чувствительности
3. суставно-мышечного чувства
4. стереогноза
5. двумерно-пространственного чувства

200. По шкале комы Глазго прогноз наиболее благоприятен при сумме баллов:
1. 0-2
2. 3-5
3. 6-8
4. 9-12
5. 13-15

201. Для выяснения причины деструктивной комы наиболее информатина:
1. эхоэнцефалоскопия
2. рентгенография черепа
3. рентгеновская компьютерная томография головы
4. электроэнцефалография
5. ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий

202. Введение 100 мг тиамина коматозному больному показано при подозрении на:
1. инсульт
2. энцефалопатию Вернике
3. менингит
4. уремию
5. гипогликемию

203. Основной метод, подтверждающий смерть головного мозга:
1. рентгеновская компьютерная томография
2. магнитно-резонансная томография
3. эхоэнцефалоскопия
4. электроэнцефалография

5. рентгенография черепа

204. При хроническом вегетативном состоянии у больного сохранены:
1. речь
2. письмо
3. цикл сон-бодрствование
4. целенаправленные движения
5. стереогноз

205. Акинетический мутизм обычно вызван поражением:
1. лобных долей
2. теменных долей
3. затылочных долей
4. мозжечка
5. продолговатого мозга

206. При подозрении на инфекционное поражение головного мозга с развитием комы наиболее информативно проведение:
1. рентгенографии черепа
2. рентгеновской компьютерной томографии
3. магнитно-резонансной томографии
4. люмбальной пункции
5. ультразвукового дуплексного сканирования сонных и позвоночных артерий

207. Вертикальное расходящееся косоглазие и поплавковые движения глазных яблок у коматозного больного характерны для поражения:
1. продолговатого мозга
2. варолиева моста
3. среднего мозга
4. затылочных долей
5. височных долей

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

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

П Е Р Е Ч Е Н Ь ситуационных задач к VII семеструIV курс
Раздел «Общая неврология с основами медицинской генетики»

Темы 1-10

Топическая диагностика поражения коры головного мозга. Оболочки мозга, цереброспинальная жидкость. Менингеальный и гипертензионный синдром. Гидроцефалия. Вегетативная нервная система. Методы исследования в неврологии. Методика осмотра неврологического и нейрохирургического больного. Темы (8-10)

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.

11. У больного отмечены боли по передней поверхности правой ноги и снижение силы в разгибателе голени. Наблюдаются атония и атрофия четырехглавой мышцы правого бедра. Отсутствует коленный рефлекс справа. Отмечается гипестезия на передней поверхности бедра, колена и передневнутренней поверхности голени справа. Определить, какой нерв поражен. Какие симптомы натяжения характерны для его поражения?

12. У больного жестокие боли по задненаружной поверхности левой голени и в стопе. Походка «петушиная» («степпаж»). Левая стопа «свисающая», слегка повернута кнутри. Не вызывается левый ахиллов рефлекс. Выявлена гипестезия на задненаружной поверхности голени и на стопе. Симптом Ласега слева положительный. Установить.что поражено. Какие еще симптомы натяжения желательно исследовать у больного? Охарактеризовать симптом Ласега.

13. Описать клиническую картину поражения конуса спинного мозга. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику при наличии у больного симптомов данного поражения?

14. Поражен пирамидный путь слева на уровне 6-го грудного сегмента спинного мозга. Определить, какая при этом наблюдается клиническая картина.

15. У больного выявлена тетраплегия: периферический паралич рук и центральный – ног. Установить локализацию поражения. При каких заболеваниях может возникать данный вид тетраплегии?

16. У больного отсутствуют активные движения в плечевом и локтевом суставах правой руки, однако движения кисти не нарушены. Из-за ограничения движений больной не может причесаться, поднести ложку или стакан ко рту и т. д. Наблюдаются атония и атрофия правого надплечья, дельтовидной и двуглавой мышц. Не вызывается рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы справа. Нарушена чувствительность в области правого надплечья, на наружной поверхности плеча и предплечья. Определить локализацию поражения. Как называется паралич такого вида и при каких заболеваниях он встречается?

17. У больного отсутствуют активные движения левой ноги, тонус мышц в разгибателе голени повышен. Коленный и ахиллов рефлексы слева выше, чем справа брюшные – отсутствуют слева. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уровне левого соска отмечается выпадение болевой и температурной чувствительности в виде узкого полупояса. С уровня сосков книзу утрачены справа болевая и температурная, слева – тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительность. Определить, где и что поражено. Как называется такой синдром? При каких заболеваниях он возникает?

18. Активные движения левой ноги у больного отсутствуют. Наблюдаются атония и атрофия ее мышц, а также фасцикулярные подергивания в пораженных мышцах. Отсутствуют кремастерный, коленный, ахиллов и подошвенный рефлексы слева. Определить, где и что поражено. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкается дуга кремастерного и коленного рефлексов?

19. Описать, какая клиническая картина наблюдается при поражении верхнего отдела передней центральной извилины левой лобной доли мозга. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику при данном поражении?

20. У больного выраженная слабость рук и ног. Тонус мышц повышен на руках в сгибателях предплечий и пронаторах кистей, на ногах – в разгибателях голеней. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук и ног высокие, брюшные отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы группы Бабинского с обеих сторон. Наблюдается анестезия с области затылка книзу. Отмечается задержка мочи и стула. Определить локализацию поражения. Обосновать топический диагноз.

21. Описать, какие нарушения возникают при поражении конского хвоста.

22. Какие рефлексы и как изменяются при поражении передних рогов поясничного утолщения спинного мозга.

23. Какие параличи характерны для поражения коры передней центральной извилины лобной доли мозга?

24. На что указывает появление патологических рефлексов группы Бабинского и Россолимо?

25. У больного определяется триада Горнера (симпатический птоз, миоз и энофтальм) с обеих сторон. Активные движения рук и ног отсутствуют. Наблюдаются атония и атрофия мышц плечевого пояса и рук. Отсутствуют бицепитальный, трицепитальный и карпорадиальный рефлексы. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Кожные брюшные рефлексы угнетены. Вызываются патологические рефлексы группы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности с области надплечий книзу (по проводниковому типу). Задержка мочи и стула. Определить, где находится поражение. Обосновать топический диагноз. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкается дуга бицепитального рефлекса?

26. У больного резко снижена сила ног, отмечаются атония и атрофия мышц ягодичной области, задней поверхности бедер, голеней и стоп. Анальный рефлекс вызывается, коленные рефлексы снижены.ахилловы и подошвенные – отсутствуют. Выявляется «седловидная» анестезия по задней поверхности бедер, голеней и пяток. Нарушены функции тазовых органов в виде задержки мочи и стула. Определить, где находится поражение. Обосновать топический диагноз. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкаются дуги подошвенного и ахиллова рефлексов? При каких заболеваниях могут встречаться описанные симптомы?

27. Активные движения рук и ног у больного отсутствуют. Тонус мышц повышен избирательно: на руках преимущественно в сгибателях предплечий и пронаторах кистей, на ногах – в разгибателях голеней. Сухожильные и надкостничные рефлексы отсутствуют. Патологические рефлексы группы Бабинского и Россолимо, как кистевые, так и стопные, вызываются с обеих сторон. Отмечаются защитные рефлексы (рефлексы спинального автоматизма). Все виды чувствительности утрачены в области затылка, шеи, туловища и конечностей (по проводниковому типу). Задержка мочи и стула. Выраженные нарушения дыхания (отдышка, затруднен кашель, чихание) и икота. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружено резкое ограничение подвижности диафрагмы. Определить, где лока-

лизуется поражение. Обосновать топический диагноз. Охарактеризовать проводниковый тип расстройств чувствительности. Как исследуются защитные рефлексы? Каково их клиническое значение?

28. У больного отмечаются боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них, утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах в виде «носков», выпадение на руках лучезапястных, на ногах ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость и падение в различные стороны. Определить, что поражено. Обосновать топический диагноз. Как называется описанный тип расстройства чувствительности? При каких заболеваниях могут встречаться приведенные симптомы?

29. У больного выявлены утрата всех видов чувствительности в области промежности и отсутствие анального рефлекса.а также недержание мочи и кала. Определить, где локализуется поражение. Обосновать топический диагноз. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкается дуга анального рефлекса?

30. Больной жалуется на жестокие стреляющие боли в ногах и в области промежности, резко усиливающиеся при кашле и чиханье. Активные движения ног у него отсутствуют. Выявлены атония и атрофия мышц ног. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности на нижних конечностях и в области промежности. Кремастерные, коленные, ахилловы, подошвенные и анальный рефлексы не вызываются, патологических рефлексов нет. Наблюдается недержание мочи и кала. Определить, что поражено. Обосновать топический диагноз. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкается дуга подошвенного рефлекса? При каких заболеваниях возникают приведенные симптомы?

31. У больного отмечаются боли, утрата всех видов чувствительности по типу широкого полупояса в правой нижней части туловища от уровня пупка до паховой области, а также отсутствие среднего и нижнего кожных брюшных рефлексов справа. Обосновать топический диагноз. Как называется и характеризуется описанный синдром? При каких заболеваниях могут встречаться приведенные симптомы?

32. У больного выявлены утрата болевой и температурной чувствительности в области правой руки, а также отсутствие бицепитального, трицепитального и карпорадиального рефлексов справа. Определить, что поражено. Обосновать топический диагноз. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкается дуга карпорадиального рефлекса? Как называется и характеризуется приведенный тип расстройства чувствительности? При каких заболеваниях могут наблюдаться данные симптомы?

33. У больного обнаружена утрата тактильной, суставно-мышечной и вибрационной чувствительности с уровня папка книзу справа. Средний брюшной рефлекс справа отсутствует, нижний брюшной, коленный и ахиллов рефлексы вызываются. Выявляется чувствительная атаксия правой ноги: не удается выполнить при закрытых глазах пяточно-коленную пробу этой ногой. Определить и обосновать топический диагноз. Как исследуется суставно-мышечная и вибрационная чувствительность? К какому типу относится данное расстройство чувствительности?

34. У больного выявлены левостороннее гемианестезия и чувствительная гемиатаксия. Определить, что поражено. Где находится поражение? Обосновать топический диагноз.

35. У больного отмечены левосторонние гемианестезия, чувствительная гемиатаксия, гемианопсия и гемиальгия. Боль в левой половине тела мучительная, плохо локализуется, не купируется анальгетиками, усиливается в покое и уменьшается при отвлечениях. Определить, что поражено. Обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях может наблюдаться описанный синдром?

36. У больного наблюдаются левосторонние гемианестезия, чувствительная гемиатаксия, гемианопсия. Определить, что поражено. Обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях могут встречаться приведенные симптомы?

37. У больного отмечаются левосторонние гемианестезия, чувствительная гемиатаксия, гемианопсия. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях может наблюдаться описанный синдром?

38. У больного возникла сильная жгучая боль и появились пузырьковые высыпания в области правой половины лица. Определить и обосновать топический диагноз. Для каких заболеваний характерны приведенные симптомы?

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. Темы (6-7)

39. У больного выявлена аносмия справа. Слизистая оболочка носа не поражена. Поставить топический диагноз. Как исследуется обоняние?

40. Охарактеризовать симптом Аргайль-Робертсона. Для каких заболеваний он характерен?

41. Что необходимо исследовать у больного для выяснения функции зрительных нервов?

42. У больного птоз 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?

43. 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?

44. У больного двоение предметов при взгляде вниз, выявляется ограничение движения правого глазного яблока книзу. Определить, что поражено. Как отличить органическую диплопию от функциональной?

45. Назвать какие мышцы иннервируются тройничным нервом. Какие рефлексы исчезают при поражении тройничного нерва?

46. 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?

47. 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.

48. 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.

49. У больного отмечается справа паралич мимической мускулатуры: рот перекошен влево, угол рта резко опущен, носо-губная складка сглажена, глазная щель расширена, лагофтальм, симптом Белла, при наморщивании лба складки не образуются на этой стороне. Сухость правого глаза. Слух извращен (дизакузия) справа. Утрачен вкус на передних 2/3 правой половины языка. Определить и обосновать топический диагноз.

50. У больного выявлен справа паралич мимической мускулатуры: 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. Сухость правого глаза. Утрачены слух на правое ухо и вкус на передних 2/3 правой

половины языка. Отмечается шум в правом ухе. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях могут отмечаться описанные симптомы?

51. У больного обнаружен справа паралич мимической мускулатуры: 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. Дизакузия справа. Снижена сила левой руки и ноги, тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателя голени слегка повышен слева, сухожильные и надкостничный рефлексы слева выше, чем справа, брюшные рефлексы слева снижены, вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определить и обосновать топический диагноз. Как называется описанный синдром?

52. Больной жалуется на шум, звон в левом ухе, снижение слуха на левое ухо, а также на головокружение в виде ощущения потери равновесия и покачивания окружающих предметов. Костная проводимость слева укорочена. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях отмечаются приведенные симптомы?

53. У больного выявлены неподвижность языка, атрофия и фибриллярные подергивания его мышц, речь отсутствует, однако возможен письменный контакт (анартрия). Глотание сохранено. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях могут наблюдаться описанные симптомы? Чем отличается центральный паралич мышц языка от периферического?

54. У больного обнаружены девиация языка влево, атрофия мышц левой половины его и фибриллярные подергивания. Определить и обосновать топический диагноз. Можно ли дифференцировать поражение ядра подъязычного нерва от поражения самого нерва? Чем отличается периферический паралич мышц половины языка от центрального?

55. У больного отмечены сужение глазной щели (незначительный птоз) и зрачка (миоз), западение глазного яблока (энофтальм) слева. Определить и обосновать топический диагноз. Как называется описанный синдром и при каких заболеваниях он наблюдается?

56. Голова больного свисает на грудь («свислая» голова), повороты ее в стороны невозможны. Плечи опущены, резко затруднены пожатие плечами и поднимание рук выше горизонтального уровня. «Крыловидные» лопатки (нижние углы лопаток отведены кнаружи и вверх). Наблюдается атрофия грудино-ключечнососцевидных и трапециевидных мышц. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях могут встречаться приведенные симптомы?

57. У больного отмечаются жгучие боли в правой половине лица, гиперемия и потливость ее, синдром Горнера справа, гиперпатия на этой половине лица и шеи, асимметрия пульса и артериального давления. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях встречаются описанные симптомы?

58. Больной жалуется на мучительные приступообразные боли, длящиеся несколько секунд, и повышение чувствительности в области корня языка, мягкого неба, миндалины и глотки справа. Приступы болей провоцируются разговором, смехом, кашлем, зевотой и приемом пищи. Рефлексы мягкого неба и задней стенки глотки сохранены. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях отмечаются указанные симптомы?

59. Речь больного глухая, неясная, смазанная с гнусавым оттенком. Он отвечает на вопросы письменно. Употребляет только кашицеобразную пищу, так как жидкая пища и питье вызывают мучительный кашель и поперхивание. Движения языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо неподвижно. Нижнечелюстной, глоточные рефлексы и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Определить и обосновать топический диагноз. Назвать приведенный паралич. Чем отличается псевдобульбарный паралич от бульбарного?

60. У больного выявлена правосторонняя гемианопсия с избыточным полем зрения. Глазное дно нормальное. Гемианопсическая реакция зрачков на свет отсутствует. Определить локализацию поражения. Какие различают виды гемианопсий?

61. О чем свидетельствует наличие застойного соска зрительного нерва? При каких заболеваниях он наблюдается?

62. У больного обнаружены правосторонняя гемианопсия, положительная гемианопсическая реакция зрачков на свет (наличие реакции), частная атрофия сосков зрительных нервов. Определить локализацию поражения.

Топическая диагностика поражения коры головного мозга. Оболочки мозга, цереброспинальная жидкость. Менингеальный и гипертензионный синдром. Гидроцефалия. Вегетативная нервная система. Методы исследования в неврологии. Методика осмотра неврологического и нейрохирургического больного. Темы (8-10)

63. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо. Определить локализацию патологического очага. Как называется область поражения?

64. 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?

65.У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа, не сопровождающиеся потерей сознания (длятся 1,5 – 2 минуты). Определить локализацию патологического очага. Как называются эти подергивания?

66. 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?

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

68. 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?

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

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

71. 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 спинномозгово8о тракта тройничного нерва от поражения самого нерва?

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

73. Больной ходит мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Речь монотонная, тихая, затухающая. Наблюдается стереотипный тремор пальцев рук типа «счета монет». Тонус мышц конечностей повышен диффузно, определяется симптом «зубчатого колеса». Поставить топический диагноз. Как называется описанный синдром?

74. У ребенка наблюдаются быстрые, аритмичные, непроизвольные движения конечностей и туловища. Он гримасничает, причмокивает, часто высовывает язык. Тонус

мышц конечностей снижен. Определить топический диагноз. Как называется описанный синдром? При каких заболеваниях он отмечается?

75. Охарактеризовать гиперкинезы. Когда они возникают?

76. Перечислить формы экстрапирамидных гиперкинезов.

77. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят. Определить топический диагноз. Как называются описанные расстройства?

78. Какие симптомы характерны для поражения затылочной доли головного мозга?

79. Охарактеризовать афазию. Когда она возникает? Перечислить разновидности афазий.

80. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Походка шаткая («пьяная»), больной ходит, широко расставляя ноги, шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и указательной проб справа, адиадохокинез справа, не может выполнить пяточно-коленную пробу правой ногой, изменение почерка (мегалография). Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено. Парезов конечностей нет. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях могут выявляться описанные симптомы?

81. У больного отмечается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Сила рук и ног сохранена. Самостоятельно ходить и стоять не может, падает в различные стороны. Сухожильные и надкостничные рефлексы низкие. Снижен тонус мышц всех конечностей. Чувствительность не нарушена. Определить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях могут наблюдаться приведенные симптомы?

82. У больного скандированная речь. Выявляются горизонтальный нистагм, шаткая («пьяная») походка, неустойчивость при пробе Ромберга. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой, указательной и пяточно-коленной проб, адиадохокинез с обеих сторон, мегалография. Отсутствуют содружественные движения (асинергия). Гипотония мышц конечностей. Снижены сухожильные и надкостничные рефлексы. Парезов рук и ног нет. Чувствительность сохранена. Поставить и обосновать топический диагноз. При каких заболеваниях могут наблюдаться описанные симптомы? Как исследуется проба Ромберга?

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

Вариант 1

1. Для центрального пареза характерны (2):

1) повышение мышечного тонуса по типу спастичности,
2) оживление брюшных рефлексов,
3) появление патологических рефлексов,
4) раннее развитие атрофий.

2. Для периферического пареза типичны (3):

1) мышечная гипотония,
2) снижение сухожильных рефлексов,
3) раннее развитие атрофий,
4) симптом Бабинского,
5) симптом Россолимо.

3. Виды глубокой чувствительности (2):

1) мышечно-суставное чувство,
2) болевая чувствительность,
3) вибрационная чувствительность,
4) температурная чувствительность.

4. Виды поверхностной чувствительности (3):
1) болевая,
2) тактильная,
3) температурная,
4) вибрационная.
5. При поражении передних рогов спинного мозга возникают (3):
1) парез мышц,
2) утрата рефлексов,
3) фасцикуляции,
4) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности,
5) проводниковый тип расстройств чувствительности.
6. При поражении шейного утолщения наблюдаются (3):
1) периферический парез верхних конечностей,
2) проводниковый тип расстройств чувствительности,
3) периферический парез нижних конечностей,
4) нарушение функции тазовых органов,
5) мозжечковая атаксия.
7. Изменения мышечного тонуса при паркинсонизме (2):
1) гипотония,
2) феномен «складного ножа»,
3) спастичность,
4) феномен «зубчатого колеса»,
5) ригидность.
8. Эссенциальный тремор (3):
1) чаще возникает в молодом возрасте,
2) сочетается с гипокинезией,
3) носит постуральный характер,
4) усиливается при приёме алкоголя,
5) усиливается при эмоциональном напряжении.
9. Для мозжечковой атаксии характерны (3):
1) интенционный тремор,
2) значительное усиление атаксии при закрытых глазах,
3) нистагм,
4) оживление сухожильных рефлексов,
5) мышечная гипотония.
10. Для вестибулярной атаксии типичны (3):
1) нистагм,
2) интенционный тремор,
3) тошнота, рвота,
4) дисидиадохокинез,
5) системное головокружение.

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 Th_8.
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 приёме 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 определённых статических нагрузках, особенно при вытягивании рук вперёд и разведении пальцев; наблюдается минимальное дрожание головы; мышечный тонус не изменён, 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

1. Центральный парез возникает при повреждении (2):
1) постцентральной извилины,
2) внутренней капсулы,
3) заднего канатика спинного мозга,
4) бокового канатика спинного мозга,
5) передних рогов спинного мозга.

2. Периферический парез развивается при повреждении (2):
1) прецентральной извилины,
2) лучистого венца,
3) переднего канатика спинного мозга,
4) переднего спинномозгового корешка,
5) нервно-мышечного синапса.

3. Первый нейрон проводящего пути глубокой чувствительности расположен в (1):
1) коже,
2) межпозвонковом ганглии,
3) заднем роге спинного мозга,
4) зрительном бугре,
5) постцентральной извилине.

4. Третий нейрон проводящего пути глубокой чувствительности расположен в (1):
1) мышце,
2) межпозвонковом ганглии,
3) заднем роге спинного мозга,
4) зрительном бугре,

5) постцентральной извилине.

5. При поражении поясничного утолщения отмечаются (2):

1) расстройство чувствительности по сегментарно-диссоциированному типу,
2) расстройство чувствительности по сегментарно-корешковому типу,
3) парез нижних конечностей,
4) утрата всех брюшных рефлексов,
5) утрата коленных и ахилловых рефлексов.

6. При поражении задних рогов спинного мозга возникает (1):

1) расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу,
2) расстройство болевой чувствительности по проводниковому типу,
3) периферический парез,
4) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности.

7. Тремор при паркинсонизме (2):

1) наблюдается в покое,
2) усиливается при движениях,
3) усиливается при определённых позах (постуральный),
4) усиливается во сне,
5) дебютирует с дрожания головы.

8. Эссенциальный тремор (2):

1) возникает при приёме нейролептиков,
2) возникает при приёме транквилизаторов,
3) усиливается при курении,
4) имеет семейный (наследственный) генез,
5) исчезает в период сна.

9. Мозжечковая атаксия может возникнуть при поражении (3):

1) задних канатиков спинного мозга,
2) полушарий мозжечка,
3) ножек мозжечка,
4) внутренней капсулы,
5) червя мозжечка.

Вопрос 10 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Неврологические нарушения (2):

1) сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности,
2) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
3) спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности,
4) мозжечковая атаксия,
5) сенситивная атаксия.

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, сниже-

ние 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 вперёд 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

1. Ранняя атрофия мышц парализованной конечности встречается при повреждении (3):
1) передних рогов спинного мозга,
2) периферических нервов,
3) мышц,
4) основания ствола головного мозга,
5) внутренней капсулы.

2. Симптом Бабинского справа возникает при повреждении (2):
1) заднего канатика спинного мозга справа,
2) внутренней капсулы слева,
3) бокового канатика спинного мозга справа,
4) зрительного бугра слева,
5) правой нижней ножки мозжечка.

3. Ощущение «ползания мурашек» без внешнего раздражения – это (1):
1) гиперпатия,
2) гиперестезия,
3) парестезии,
4) аллодиния,
5) гипералгезия.

4. Сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности возникает при поражении (2):
1) задних канатиков спинного мозга,
2) задних рогов спинного мозга,
3) боковых канатиков спинного мозга,
4) передней серой спайки.

5. Синдром Бернара-Горнера появляется при поражении сегментов спинного мозга на уровне (1):
1) C_4-C_5,
2) C_6-C_7,
3) C_8-Th_1,
4) Th_2-Th_3,
5) Th_4-Th_5.

6. При поражении задних столбов на грудном уровне отмечаются (3):
1) мышечная гипотония в ногах,
2) центральный парез нижних конечностей,
3) периферический парез нижних конечностей,
4) сенситивная атаксия,
5) проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности в ногах.

7. При паркинсонизме могут наблюдаться (4):
1) редкое мигание,
2) ортостатическая гипотония,
3) деменция,
4) ретро- и латеропульсии,
5) центральный парез конечностей.

8. Невротические тики (4):
1) начинаются в детском возрасте,
2) усиливаются при волнении,
3) локализуются в мимических мышцах,
4) проходят во сне,
5) сочетаются с копролалией.

9. При сенситивной атаксии наблюдаются (2):
1) скандированная речь,
2) значительное усиление атаксии при закрытых глазах,
3) нистагм,
4) утрата глубокой чувствительности,
5) интенционный тремор.

10. Пробы для выявления атаксии (3):
1) проба Бабинского,
2) тандемная ходьба,
3) проба Ромберга,
4) проба Баре,
5) исследование стереогностического чувства.

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, противопоставления 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

1. Атрофия мышц парализованной конечности не характерна для повреждения (2):
1) мышц,
2) нервно-мышечного синапса,
3) бокового канатика спинного мозга,
4) внутренней капсулы,
5) периферического нерва.

2. Симптомы центрального пареза (3):
1) симптом Бабинского,
2) симптом Брудзинского,
3) симптом Кернига,
4) симптом Оппенгейма,
5) симптом Россолимо.

3. Нарушение чувствительности по типу «перчаток» и «носков» определяется при поражении (1):
1) периферических нервов,
2) задних корешков спинного мозга,
3) задних рогов спинного мозга,
4) передней серой спайки,
5) задних канатиков спинного мозга.

4. Гемигипестезия наблюдается при поражении (2):
1) внутренней капсулы,

2) передней серой спайки,
3) зрительного бугра,
4) задних канатиков спинного мозга.

5. При поражении правой половины поперечника спинного мозга на грудном уровне определяются (2):
1) центральный парез правой ноги,
2) центральный парез левой ноги,
3) снижение суставно-мышечного чувства в правой ноге,
4) снижение болевой чувствительности в правой ноге,
5) нарушение функции тазовых органов.

6. Сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности наблюдается при поражении (2):
1) передних рогов,
2) задних рогов,
3) боковых рогов,
4) передней серой спайки,
5) задних канатиков спинного мозга.

7. Для диагностики паркинсонизма обязательно наличие (1):
1) ригидности,
2) гипокинезии,
3) тремора,
4) постуральных нарушений,
5) вегетативных нарушений.

8. Невротические тики связывают с (1):
1) поражением чёрной субстанции,
2) поражением зрительного бугра,
3) поражением хвостатого ядра,
4) эмоциональным напряжением,

9. Сенситивная атаксия может возникнуть при поражении (2):
1) мозжечка,
2) боковых канатиков спинного мозга,
3) лобной доли,
4) периферических нервов,
5) зрительного бугра.

10. Для лобной атаксии характерно (1):
1) интенционный тремор,
2) нистагм,
3) мышечная гипотония,
4) неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе.

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 непроизвольный поворот головы вправо, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечается непроизвольный 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

1. Нижний спастический парапарез типичен для повреждения (2):

1) парацентральных долек обоих полушарий головного мозга,
2) передних рогов спинного мозга с двух сторон,
3) боковых канатиков спинного мозга с двух сторон,
4) задних канатиков спинного мозга с двух сторон,
5) периферических нервов нижних конечностей.

2. При повреждении внутренней капсулы обычно встречается (1):

1) монопарез руки,
2) монопарез ноги,
3) гемипарез,
4) нижний парапарез,
5) тетрапарез.

3. При поражении задних канатиков спинного мозга может встречаться (3):

1) мышечная гипотония,
2) гипорефлексия,
3) сенситивная атаксия,
4) периферический парез конечности,
5) интенционный тремор.

4. При поражении спиноталамического пути утрачивается (2):

1) болевая чувствительность,
2) тактильная чувствительность,
3) температурная чувствительность,
4) вибрационная чувствительность,
5) стереогностическое чувство.

5. При поражении спиноталамического пути в спинном мозге расстройства чувствительности выявляются на туловище с уровня (1):
1) поражения,
2) на два сегмента выше поражения,
3) на два сегмента ниже поражения,
4) на четыре сегмента выше поражения,
5) на четыре сегмента ниже поражения.

6. Блок субарахноидального пространства спинного мозга может быть определен при помощи (2):
1) рентгенографии позвоночника,
2) магнитно-резонансной томографии спинного мозга,
3) электромиографии,
4) электронейромиографии,
5) люмбальной пункции с ликвородинамическими пробами.

7. Самая частая этиологическая форма паркинсонизма (1):
1) атеросклеротический паркинсонизм,
2) нейролептический паркинсонизм,
3) постэнцефалитический паркинсонизм,
4) посттравматический паркинсонизм,
5) идиопатический паркинсонизм.

8. В зрелом возрасте невротические тики обычно (1):
1) появляются впервые в жизни,
2) усиливаются,
3) ослабевают или исчезают.

9. Вестибулярная атаксия может возникать при поражении (3):
1) спинного мозга,
2) ствола головного мозга,
3) ножек мозга,
4) VIII черепного нерва,
5) полукружных канальцев.

10. При поражении левого полушария мозжечка наблюдаются (2):
1) гиперрефлексия в правой руке,
2) гиперрефлексия в левой руке,
3) интенционный тремор в правой руке,
4) интенционный тремор в левой руке,
5) дисдиадохокинез в левой руке.

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 «безболевых» ожогов 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 непроизвольные 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 непроизвольные 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?

Вариант 6

1. Фасцикуляции характерны для повреждения (1):

1) передних рогов спинного мозга,
2) боковых канатиков спинного мозга,
3) периферических нервов,
4) нервно-мышечного синапса,
5) мышц.

2. Снижение коленного рефлекса встречается при повреждении (2):

1) передних рогов спинного мозга на уровне L_2-L_4 сегментов,
2) передних рогов спинного мозга на уровне L_5-S_1 сегментов,
3) наружного кожного нерва бедра,
4) бедренного нерва,
5) седалищного нерва.

3. Спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности возникает при поражении (1):

1) боковых канатиков спинного мозга,
2) задних рогов спинного мозга,
3) боковых рогов спинного мозга,
4) передних канатиков спинного мозга,
5) внутренней капсулы.

4. Какие виды чувствительности нарушаются при поражении задних рогов спинного мозга (2):

1) болевая,
2) тактильная,
3) температурная,
4) вибрационная,
5) мышечно-суставное чувство.

5. Проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении (1):

1) передних канатиков,
2) боковых канатиков,
3) задних канатиков,
4) передних рогов,
5) задних рогов.

6. При поражении правой половины шейного утолщения встречается (3):

1) периферический парез правой руки,
2) утрата глубокой чувствительности в левой ноге,
3) утрата поверхностной чувствительности в левой ноге,
4) центральный парез правой ноги,
5) нарушение функции тазовых органов.

7. Для синдрома Туретта характерны (4):

1) вокальные тики,
2) генерализованные тики,
3) эффект от приёма нейролептиков,
4) феномен «зубчатого колеса»,
5) копролалия.

Вопрос 8 к задаче

Женщина 25-ти лет предъявляет жалобы на дрожание пальцев рук, которое усиливается при волнении. При приёме алкоголя дрожание ослабевает, но на следующий день несколько усиливается. Объективно: дрожание в пальцах рук в покое небольшое, но оно усиливается в определённых положениях рук, особенно в пробе Ромберга; наблюдается дрожание головы; выполнение координаторных проб удовлетворительное; других изменений в неврологическом статусе нет.

Неврологические симптомы (2):

1) атетоидный гиперкинез,
2) интенционный тремор,
3) атаксия,
4) постуральный тремор,
5) тремор покоя.

9. При поражении червя мозжечка определяются (4):

1) нистагм,
2) мышечная гипотония,
3) асинергия Бабинского,
4) неустойчивость в пробе Ромберга,
5) атетоз.

Вопрос 10 к задаче

У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево.

Тип атаксии (1):

1) мозжечковая,
2) вестибулярная,
3) сенситивная,
4) лобная,
5) смешанная (мозжечковая + сенситивная).

Задача 1

Мужчина 40 лет предъявляет жалобы на боли, ощущение онемения и покалывания в обеих стопах и пошатывание при ходьбе. Объективно: снижены все виды чувствительности по типу «носков» в нижних конечностях, коленные рефлексы низкие, ахилловы рефлексы отсутствуют, в пробе Ромберга и при ходьбе отмечается пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?

3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

Женщина, 40 лет, в течение двух лет отмечает слабость в ногах, нарастающую при длительной ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. При обследовании обнаружены слабость в обеих ногах до 3-х баллов, повышение тонуса в разгибателях ног с феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Тип повышения мышечного тонуса?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

У женщины 25-ти лет в период беременности появились непроизвольные быстрые движения в лице, туловище и конечностях. В возрасте 18-ти лет у пациентки была ревматическая атака, после которой в течение года наблюдались аналогичные расстройства. Объективно: непроизвольные быстрые хаотичные движения в лице и конечностях, которые несколько затрудняют обычные движения, тонус меняется в конечностях от гипотонии до лёгкой ригидности, рефлексы средней живости, патологических рефлексов нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Задача 4

Мужчина, 30 лет, предъявляет жалобы на шаткость походки, которая нарастает в течение 10 лет. Прогрессирующее нарушение походки отмечалось у его родственников, приводя их к инвалидности. Объективно: вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, дисметрия, дисдиадохокинез, асинергия Бабинского; пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе; других неврологических нарушений нет.

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

Вариант 7

1. Снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча возникает при повреждении (2):

1) передних рогов спинного мозга на уровне C_5-C_6 сегментов,
2) передних рогов спинного мозга на уровне C_7-C_8 сегментов,
3) локтевого нерва,
4) лучевого нерва,
5) срединного нерва.

2. При повреждении правого бокового канатика спинного мозга на уровне грудных сегментов отмечается (1):

1) правосторонний гемипарез,
2) левосторонний гемипарез,
3) парез левой ноги,
4) парез правой ноги,
5) нижний парапарез.

3. Какие виды чувствительности утрачиваются при поражении задних канатиков спинного мозга (3):

1) болевая,
2) вибрационная,
3) температурная,

4) тактильная,
5) суставно-мышечное чувство.

4. К антиноцицептивной системе относят (2):
1) субстанцию Р,
2) эндорфины,
3) гистамин,
4) энкефалины.

5. Истинное недержание мочи возникает при поражении (2):
1) шейного утолщения,
2) грудного отдела спинного мозга,
3) поясничного утолщения,
4) конуса спинного мозга,
5) конского хвоста.

6. Императивные позывы на мочеиспускание наблюдаются при двустороннем поражении (1):
1) передних рогов шейного утолщения,
2) передних рогов поясничного утолщения,
3) передних канатиков,
4) задних канатиков,
5) боковых канатиков.

7. Для мышечной дистонии наиболее характерно (1):
1) спастичность,
2) ригидность,
3) дрожание,
4) патологические позы,
5) центральные парезы конечностей.

Вопрос 8 к задаче

Женщина 25-ти лет предъявляет жалобы на дрожание пальцев рук, которое усиливается при волнении. При приёме алкоголя дрожание ослабевает, но на следующий день несколько усиливается. Объективно: дрожание в пальцах рук в покое небольшое, но оно усиливается в определённых положениях рук, особенно в пробе Ромберга; наблюдается дрожание головы; выполнение координаторных проб удовлетворительное; других изменений в неврологическом статусе нет.

Диагноз (1):
1) болезнь Паркинсона,
2) малая хорея,
3) эссенциальный тремор,
4) хорея Гентингтона,
5) невротические тики.

Вопрос 9 к задаче

У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево.

Локализация поражения (1):
1) задние канатики спинного мозга справа,
2) задние канатики спинного мозга слева,
3) ствол мозга,
4) левое полушарие мозжечка,
5) левая лобная доля.

Вопрос 10 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Локализация поражения (1):

1) периферические нервы,
2) задние канатики спинного мозга,
3) передняя серая спайка,
4) червь мозжечка,
5) задние корешки.

Задача 1

Женщину 60-ти лет беспокоят боли, ощущение онемения и покалывания в пальцах левой руки. Объективно: снижение всех видов чувствительности на тыльной поверхности большого, указательного и среднего пальца левой кисти, болезненность при перкуссии области левого запястного сустава с иррадиацией в указательный палец, других нарушений нет.

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

Задача 2

У женщины 25-ти лет появилось онемение в стопах, которое в течение суток распространилось до уровня реберной дуги, возникло затруднение при мочеиспускании. При обследовании выявлены утрата болевой и температурной чувствительности в ногах и на туловище до уровня Th_6, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

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

Задача 3

Девушку 18-ти лет в течение 10-ти лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольное выкрикивание отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопенья; мышечный тонус и рефлексы не изменены.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Лечение и прогноз?

Задача 4

У женщины 70-ти лет отмечаются нарушения поведения, неустойчивость при стоянии и ходьбе, которая, постепенно прогрессируя в течение нескольких месяцев, лишила её возможности самостоятельно передвигаться. Объективно: снижение интеллекта, агрессивность, отсутствие контроля мочеиспускания, утрата способности сидеть, стоять и ходить; парезов расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

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

Вариант 8

1. При повреждении лучевого нерва возникает парез (2):

1) двухглавой мышцы плеча,
2) трехглавой мышцы плеча,
3) мышцы, приводящей большой палец,
4) мышцы, отводящей мизинец,
5) разгибательной кисти и пальцев.

2. При повреждении малоберцового нерва наблюдается парез (1):
1) икроножной мышцы,
2) камбаловидной мышцы,
3) задней большеберцовой мышцы,
4) передней большеберцовой мышцы.
3. Система «воротного контроля боли» локализуется на уровне (1):
1) периферических нервов,
2) задних корешков,
3) задних рогов,
4) спиноталамического тракта,
5) задних канатиков спинного мозга.
4. Невропатическая боль возникает при поражении (3):
1) болевых рецепторов,
2) периферического нерва,
3) передних рогов спинного мозга,
4) задних корешков спинного мозга,
5) зрительного бугра.
Вопросы 5-6 к задаче
У пациента в левой ноге выявлены снижение силы, повышение коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского, в правой ноге и половине туловища – ослабление болевой и температурной чувствительности с уровня Th_{10}.
5. Синдромы (2):
1) центральный парез левой ноги,
2) периферический парез левой ноги,
3) проводниковый тип расстройства чувствительности,
4) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
5) сенситивная атаксия.
6. Локализация поражения – половина спинного мозга на уровне (1):
1) Th_8 справа,
2) Th_8 слева,
3) Th_{12} справа,
4) Th_{12} слева,
5) Th_{10} справа.
7. Применение циклодола у пожилых больных паркинсонизмом может привести к (1):
1) мышечной гипотонии,
2) когнитивным нарушениям,
3) вегетативным и тазовым нарушениям,
4) психотическим нарушениям (галлюцинациям).
8. В зрелом возрасте невротические тики обычно (1):
1) появляются впервые в жизни,
2) усиливаются,
3) ослабевают или исчезают.
9. При поражении червя мозжечка определяются (4):
1) нистагм,
2) мышечная гипотония,
3) асинергия Бабинского,
4) неустойчивость в пробе Ромберга,
5) атетоз.
Вопрос 10 к задаче
У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Неврологические нарушения (2):
1) сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности,
2) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
3) спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности,
4) мозжечковая атаксия,
5) сенситивная атаксия.

Задача 1

Мужчину 40 лет беспокоят боли в поясничной области и по задней поверхности правой ноги. Объективно: снижение всех видов чувствительности в виде вертикальной полосы по задненаружной поверхности правой ноги (по типу «лампаса»), отсутствие правого ахиллова рефлекса, других нарушений нет.
1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2

Мужчину 40 лет в течение полугода беспокоят «стреляющие» боли в ногах, шаткость при ходьбе. При обследовании – в ногах утрачено суставно-мышечное чувство, коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, значительно нарастающая при закрывании глаз.
1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Девушку 18-ти лет беспокоят непроизвольные движения в мышцах лица, преимущественно частое моргание левого глаза. Эти нарушения возникли в 10 лет, усиливаются при волнении. Объективно: отмечается периодически возникающее ритмическое сокращение круговой мышцы обоих глаз, больше слева; других неврологических нарушений нет.
1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Задача 4

У женщины 75-ти лет в течение последних 5-ти лет наблюдается периодическое головокружение в виде ощущения вращения собственного тела и окружающих предметов. Приступы обычно возникают при резких поворотах головы, продолжаются несколько секунд, сопровождаются тошнотой. При обычном обследовании неврологических нарушений нет, устойчива в пробе Ромберга и при ходьбе, однако при повороте головы влево возникают кратковременные головокружение и горизонтальный нистагм.
1. Тип головокружения?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант 9

1. Гемипарез может возникнуть при повреждении (4):
1) внутренней капсулы,
2) лучистого венца,
3) ножки мозга,
4) половины основания ствола головного мозга,
5) бокового канатика спинного мозга на грудном уровне.

2. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности используют (2):
1) магнитно-резонансную томографию головы,
2) игольчатую электромиографию,
3) магнитную стимуляцию головного мозга,
4) биопсию периферического нерва,
5) биопсию мышц.
3. Типы боли (2):
1) ассоциированная,
2) ноцицептивная,
3) диссоциированная,
4) идиопатическая,
5) психогенная.
4. Гиперпатия характерна для поражения (1):
1) заднего корешка,
2) бокового канатика спинного мозга,
3) переднего канатика спинного мозга,
4) заднего канатика спинного мозга,
5) зрительного бугра.
Вопрос 5 к задаче
У пациента в левой ноге выявлены снижение силы, повышение коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского, в правой ноге и половине туловища – ослабление болевой и температурной чувствительности с уровня Th_{10}.
Локализацию поражения поможет установить (2):
1) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
2) люмбальная пункция с ликвородинамическими пробами,
3) миелография,
4) электромиография,
5) электронейромиография.
Вопрос 6 к задаче
У пациента в руках и ногах атрофии мышц, фасцикуляции, слабость мышц, оживление сухожильных рефлексов, повышение мышечного тонуса по типу спастичности, патологические стопные и кистевые симптомы.
Синдромы (2):
1) смешанный парез верхних конечностей,
2) смешанный парез нижних конечностей,
3) центральный парез нижних конечностей,
4) периферический парез верхних конечностей.
7. Побочные эффекты от применения препаратов L-ДОФА при паркинсонизме (3):
1) гиперкинезы,
2) тошнота,
3) психотические нарушения (галлюцинации),
4) эпилептические припадки,
5) ночной энурез.
8. Для синдрома Туретта характерны (4):
1) вокальные тики,
2) генерализованные тики,
3) эффект от приёма нейролептиков,
4) феномен «зубчатого колеса»,
5) копролалия.
9. При поражении левого полушария мозжечка наблюдаются (2):
1) гиперрефлексия в правой руке,
2) гиперрефлексия в левой руке,
3) интенционный тремор в правой руке,

4) интенционный тремор в левой руке,
5) дисдиадохокинез в левой руке.

Вопрос 10 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Локализация поражения (1):

1) периферические нервы,
2) задние канатики спинного мозга,
3) передняя серая спайка,
4) червь мозжечка,
5) задние корешки.

Задача 1

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 2

Мужчина 25-ти лет в течение 5-ти лет отмечает нарастающую слабость и скованность в ногах. По его словам аналогичное заболевание наблюдалось с молодости у отца, который в настоящее время, в возрасте 50 лет, ходит с большим трудом из-за слабости и скованности в ногах. При обследовании молодого мужчины выявлены слабость в обеих ногах до 4-х баллов и значительное повышение мышечного тонуса, преимущественно в разгибателях ног, с феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

1. Неврологический синдром?
2. Тип повышения мышечного тонуса?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные методы исследования?

Задача 3

Мужчина 25-ти лет отмечает скованность в конечностях и периодически непроизвольные движения в них в течение двух лет. При обследовании выявляются общая гипокинезия, повышение мышечного тонуса по типу ригидности, непроизвольные медленные тонические движения в правой руке, более значительное в кисти. МРТ головы без существенных изменений. На консультации окулиста обнаружено кольцо Кайзер-Флейшнера.

1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Задача 4

У 60-летней женщины, длительное время страдающей артериальной гипертензией, остро возникло сильное головокружение, ощущение вращения окружающих предметов, тошнота, рвота. Объективно: вертикальный нистагм, мышечная гипотония, снижение всех сухожильных рефлексов, асинергия Бабинского; парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

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

Вариант 10

1. Признаки поражения передних рогов спинного мозга при игольчатой электромиографии (3):

1) фибрилляции,
2) фасцикуляции,
3) увеличение длительности потенциала двигательной единицы,
4) снижение амплитуды потенциала двигательной единицы.

2. Симптоматическое лечение спастичности (4):

1) лечебная гимнастика,
2) баклофен,
3) сирдалуд,
4) пирацетам (ноотропил),
5) введение в мышцу ботулинического токсина.

3. Лечение центральной боли (2):

1) большие дозы ненаркотических анальгетиков,
2) карбамазепин (финлепсин),
3) наркотические анальгетики,
4) антидепрессанты (амитриптилин).

4. Истинный (первичный) астереогноз возникает при поражении (1):

1) задних рогов спинного мозга,
2) задних канатиков спинного мозга,
3) зрительного бугра,
4) теменной доли,
5) лобной доли.

Вопросы 5-6 к задаче

У пациента в руках и ногах атрофии мышц, фасцикуляции, слабость мышц, оживление сухожильных рефлексов, повышение мышечного тонуса по типу спастичности, патологические стопные и кистевые симптомы.

5. Локализация поражения (3):

1) передние рога шейного утолщения,
2) боковые канатики,
3) передние рога поясничного утолщения,
4) задние канатики,
5) мозжечок.

6. Для уточнения локализации поражения следует провести (2):

1) магнитную стимуляцию головного мозга,
2) миелографию,
3) электромиографию,
4) люмбальную пункцию.

7. Достоверный критерий сосудистого паркинсонизма (1):

1) пожилой и старческий возраст больного,
2) отсутствие эффекта от противопаркинсонических препаратов,
3) дрожательная форма паркинсонизма,
4) акинетико-ригидная форма паркинсонизма,
5) выявление инфаркта в ножке мозга при МРТ головы.

8. Для мышечной дистонии наиболее характерно (1):

1) спастичность,
2) ригидность,
3) дрожание,
4) патологические позы,
5) центральные парезы конечностей.

Вопрос 9 к задаче

У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево.

Тип атаксии (1):

1) мозжечковая,
2) вестибулярная,
3) сенситивная,
4) лобная,
5) смешанная (мозжечковая + сенситивная).

Вопрос 10 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Дополнительный метод исследования (1):

1) магнитно-резонансная томография головы,
2) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
3) электромиография,
4) магнитная стимуляция головного мозга,
5) электронейромиография.

Задача 1

Мужчину 25-ти лет, после огнестрельного ранения в левую руку, приведшего к поражению срединного нерва, беспокоят сильные боли и отечность руки. Объективно: движение левой рукой ограничено из-за боли, которую больному трудно локализовать, отмечаются ее отечность и бледность, преимущественно в кисти, утрата всех видов чувствительности на тыльной поверхности большого, указательного и среднего пальцев левой руки.

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

Задача 2

Мужчину 65-ти лет в течение полугода беспокоят боли и онемение в правой руке, слабость в ногах, периодическое недержание мочи. При обследовании выявлены снижение всех видов чувствительности в виде полосы на правой руке и туловище на уровне C_7-C_8, слабость в обеих ногах, в правой до 3-х баллов, в левой до 4-х баллов, отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы справа, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского, ослабление болевой и температурной чувствительности на левой ноге и левой половине туловища до уровняTh_2, снижение мышечно-суставного чувства в правой ноге.

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

Задача 3

Мужчину 20-ти лет беспокоят напряжение и непроизвольные движения в мышцах туловища и левых конечностях, которые сильно затрудняют ходьбу. Больным себя считает с 10-ти лет, когда сначала при физических нагрузках, а затем просто при ходьбе стал отмечать непроизвольное напряжение мышц в левой ноге, что мешало движениям. Двигательные нарушения нарастали, появились в руке и мышцах туловища, стало трудно ходить. При обследовании определяются непроизвольные медленные движения в левых конечностях и туловище, при ходьбе возникает непроизвольный поворот туловища и головы

влево, что затрудняет ходьбу, в левых конечностях тонус меняется от ригидности до мышечной гипотонии, рефлексы низкие и симметричные МРТ головы – без изменений.
1. Неврологический синдром?
2. Предполагаемое заболевание?
3. Врачебная тактика и прогноз?

Задача 4

Мужчину 50-ти лет, страдающего хроническим алкоголизмом, беспокоит шаткость при ходьбе, периодические падения. Объективно: ослаблены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», выявляется гипотония в мышцах ног, отсутствуют ахилловы рефлексы; в пробе Ромберга стоять не может, передвигается с чужой помощью, при пяточно-коленной пробе наблюдается грубый интенционный тремор, определяется асинергия Бабинского; парезов и других неврологических нарушений нет.
1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант 11

Вопросы 1-2 к задаче

У больного в правых конечностях выявляются слабость до 2-х баллов, повышение мышечного тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, гиперрефлексия, симптом Бабинского.

1. Неврологические симптомы (3):

1) гемипарез, 2) монопарез, 3) спастичность, 4) мышечная ригидность, 5) патологический рефлекс.

2. Локализация поражения (1):

1) боковой канатик в грудном отделе спинного мозга справа,
2) задний канатик в шейном отделе спинного мозга справа,
3) зрительный бугор слева,
4) зрительный бугор справа,
5) внутренняя капсула слева.

Вопросы 3-4 к задаче

У больного выявляется нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», других нарушений нет.

3. Тип нарушения чувствительности (1):

1) мононевропатический,
2) полиневропатический,
3) сегментарно-корешковый,
4) сегментарно-диссоциированный,
5) проводниковый.

4. Локализация поражения (2):

1) периферический нерв,
2) задние рога спинного мозга,
3) задние корешки,
4) передняя серая спайка.

Вопросы 5-6 к задаче

Пациента беспокоят боли в пояснично-крестцовой области и по задней поверхности левой ноги; слева обнаружено ослабление всех видов чувствительности в виде полосы по задней поверхности бедра, задненаружной поверхности голени и в области большого пальца, слабость тыльного сгибания стопы и большого пальца.

5. Синдромы (2):

1) расстройство чувствительности по проводниковому типу,
2) расстройство чувствительности по сегментарно-корешковому типу,
3) расстройство чувствительности по сегментарно-диссоциированному типу,

4) «центральная» боль,
5) периферический парез.

6. Локализация поражения (2):

1) передний корешок L_5,
2) передний корешок S_1,
3) задний корешок L_5,
4) задний корешок S_1,
5) задние рога на уровне L_5- S_1.

7. Локальные формы мышечной дистонии (3):

1) надъядерный паралич,
2) блефароспазм,
3) писчий спазм,
4) центральный монопарез.
5) спастическая кривошея.

Вопрос 8 к задаче

У мужчины 60-ти лет появились и в течение года постепенно нарастают дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в правой руке дрожание по типу «счёта монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; при ходьбе отсутствуют физиологические синкинезии в правой руке; других неврологических нарушений нет.

Неврологические симптомы (2):

1) спастичность,
2) ахейрокинез,
3) интенционный тремор,
4) гипокинезия,
5) сенситивная атаксия.

Вопрос 9 к задаче

У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево.

Локализация поражения (1):

1) задние канатики спинного мозга справа,
2) задние канатики спинного мозга слева,
3) ствол мозга,
4) левое полушарие мозжечка,
5) левая лобная доля.

Вопрос 10 к задаче

У пациента отмечаются нарушения поведения, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без изменений, парезов и расстройств чувствительности нет.

Локализация поражения (1):

1) мозжечок,
2) спинной мозг,
3) ствол мозга,
4) вестибулокохлеарные нервы,
5) лобные доли.

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 Th_8.

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 приёме 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 определённых статических нагрузках, особенно при вытягивании рук вперёд и разведении пальцев; наблюдается минимальное дрожание головы; мышечный тонус не изменён, 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 12

Вопросы 1-2 к задаче

У мужчины 30-ти лет утром после сна развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония, и отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы в правой руке.

1. Неврологический синдром (1):

1) периферический парез кисти, 2) центральный парез кисти, 3) смешанный парез кисти.

2. Локализация поражения (1):

1) прецентральная извилина слева,
2) боковой канатик спинного мозга на шейном уровне справа,
3) правый лучевой нерв,
4) правый срединный нерв,
5) правый локтевой нерв.

Вопросы 3-4 к задаче

У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольф», отсутствуют ахилловы рефлексы.

3. Тип нарушения чувствительности (1):

1) мононевропатический,
2) полиневропатический,
3) сегментарно-корешковый,

4) сегментарно-диссоциированный,
5) спинальный проводниковый.

4. Локализация поражения (1):

1) периферические нервы,
2) задние корешки,
3) боковые канатики спинного мозга,
4) задние канатики спинного мозга,
5) передняя серая спайка.

Вопросы 5-6 к задаче

У пациента выявлены множественные следы от «безболевых» ожогов на руках, снижение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», фасцикуляции в мышцах обеих кистей, утрата рефлексов с рук.

5. Тип расстройства чувствительности (1):

1) проводниковый,
2) сегментарно-диссоциированный,
3) сегментарно-корешковый,
4) корковый,
5) альтернирующий.

6. Локализация поражения (1):

1) задние рога,
2) задние корешки,
3) боковые канатики,
4) теменная доля с двух сторон,
5) зрительный бугор с двух сторон.

7. Лечение локальных форм мышечной дистонии (1):

1) новокаиновые блокады,
2) наком,
3) мидантан,
4) ботулинический токсин.

Вопрос 8 к задаче

У мужчины 60-ти лет появились и в течение года постепенно нарастают дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в правой руке дрожание по типу «счёта монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; при ходьбе отсутствуют физиологические синкинезии в правой руке; других неврологических нарушений нет.

Диагноз (1):

1) болезнь Паркинсона,
2) эссенциальный тремор,
3) хорея Гентингтона,
4) мышечная дистония (гемисиндром),
5) гемибаллизм.

Вопрос 9 к задаче

У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, расстройств чувствительности нет.

Тип атаксии (1):

1) мозжечковая,
2) вестибулярная,
3) сенситивная,
4) лобная,
5) смешанная (мозжечковая + сенситивная).

Вопрос 10 к задаче

У пациента утрачены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», гипотония мышц ног, отсутствуют ахилловы рефлексы, в пробе Ромберга и при ходьбе неустойчив, с

закрытыми глазами стоять не может, интенционный тремор в конечностях, сила в конечностях достаточная.

Неврологические синдромы (2):

1) полиневропатический тип расстройств чувствительности,
2) смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия,
3) вестибулярная атаксия,
4) нижний периферический парапарез
5) нижний центральный парапарез.

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 вперёд 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 13

Вопрос 1 к задаче

У мужчины 30-ти лет утром после сна развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, противопоставления

большого пальца, мышечная гипотония, и отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы в правой руке.

1. Рекомендуемый дополнительный метод исследования (1):

1) компьютерная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография головы, 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4) магнитная стимуляция головного мозга, 5) электронейромиография.

Вопрос 2 к задаче

У мужчины 60-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе – до 2-х баллов, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

Неврологические симптомы (3):

1) монопарез ноги, 2) спастичность, 3) гиперрефлексия, 4) мышечная ригидность.

Вопросы 3-4 к задаче

Больного беспокоят шаткость при ходьбе, падения. Объективно: утрачены суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза.

3. Тип нарушения чувствительности (1):

1) полиневропатический, 2) сегментарно-корешковый, 3) сегментарно-диссоциированный, 4) спинальный проводниковый, 5) корковый.

4. Локализация поражения (1):

1) периферические нервы,
2) задние корешки,
3) задние рога спинного мозга,
4) задние канатики спинного мозга,
5) боковые канатики спинного мозга.

Вопросы 5-6 к задаче

У пациента выявлены утрата суставно-мышечного чувства в ногах, отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе, которые значительно нарастают при закрывании глаз, других нарушений нет.

5. Синдромы (2):

1) периферический парез ног, 2) проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности,
3) проводниковый тип расстройства поверхностной чувствительности, 4) сенситивная атаксия,
5) мозжечковая атаксия.

6. Локализация поражения (2):

1) боковые канатики, 2) задние канатики, 3) передние рога, 4) задние рога, 5) передняя серая спайка.

Вопрос 7 к задаче

Женщину 50-ти лет в течение двух лет беспокоит непроизвольный поворот головы влево, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечаются непроизвольный поворот головы влево, тоническое напряжение грудиноключично-сосцевидной мышцы справа, при сидении больная придерживает указательным пальцем левой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; других неврологических нарушений нет.

Диагноз (1):

1) болезнь Паркинсона, 2) хорея Гентингтона, 3) мышечная дистония, 4) малая хорея, 5) синдром Туретта.

Вопрос 8 к задаче

Юношу 16-ти лет в течение 10 лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольные выкрикивания отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быст-

рые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопенья; других неврологических нарушений нет.

Неврологический симптом (1):

1) атетоз, 2) тики, 3) хорея, 4) гемибаллизм, 5) постуральный тремор.

Вопрос 9 к задаче

У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, расстройств чувствительности нет.

Локализация поражения (1):

1) правое полушарие мозжечка, 2) левое полушарие мозжечка, 3) спинной мозг, 4) червь мозжечка,

5) теменная доля.

Вопрос 10 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Неврологические нарушения (2):

1) сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности,
2) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
3) спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности,
4) мозжечковая атаксия,
5) сенситивная атаксия.

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, противопоставления 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 – по-

вышение 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 14

Вопросы 1-2 к задаче

У мужчины 60-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе – до 2-х баллов, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

1. Локализация поражения (1):

1) правый малоберцовый нерв,
2) боковой канатик спинного мозга в грудном отделе справа,
3) правый большеберцовый нерв,
4) зрительный бугор слева.

2. Дополнительный метод исследования (1):

1) биопсия мышц,
2) игольчатая электромиография,
3) магнитно-резонансная томография спинного мозга,
4) электронейромиография.

Вопросы 3-4 к задаче

У больного утрачены все виды чувствительности на левой половине тела, в левой руке и ноге.

3. Тип нарушения чувствительности (1):

1) сегментарно-корешковый,
2) сегментарно-диссоциированный,
3) полиневропатический,
4) спинальный проводниковый,
5) церебральный.

4. Локализация поражения (2):

1) поперечник спинного мозга,
2) внутренняя капсула,
3) верхние отделы постцентральной извилины,
4) зрительный бугор.

Вопросы 5-6 к задаче

Пациента беспокоят императивные позывы на мочеиспускание и слабость в ногах; обнаружены снижение силы в обеих ногах, повышение тонуса в разгибателях ног с феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского.

5. Локализация поражения (1):

1) передние рога, 2) задние канатики, 3) задние рога, 4) боковые канатики, 5) передняя серая спайка.

6. Лечение спастичности (повышения мышечного тонуса) (2):

1) баклофен, 2) сирдалуд, 3) наком, 4) мидантан, 5) карбамазепин (финлепсин).

Вопросы 7-8 к задаче

Женщина 25-ти лет предъявляет жалобы на дрожание пальцев рук, которое усиливается при волнении. При приёме алкоголя дрожание ослабевает, но на следующий день несколько усиливается. Объективно: дрожание в пальцах рук в покое небольшое, но оно усиливается в определённых положениях рук, особенно в пробе Ромберга; наблюдается дрожание головы; выполнение координаторных проб удовлетворительное; других изменений в неврологическом статусе нет.

7. Неврологические симптомы (2):

1) атетоидный гиперкинез,
2) интенционный тремор,
3) атаксия,
4) постуральный тремор,
5) тремор покоя.

8. Диагноз (1):

1) болезнь Паркинсона,
2) малая хорея,
3) эссенциальный тремор,
4) хорея Гентингтона,
5) невротические тики.

Вопросы 9-10 к задаче

У пациента утрачены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», гипотония мышц ног, отсутствуют ахилловы рефлексы, в пробе Ромберга и при ходьбе неустойчив, с закрытыми глазами стоять не может, интенционный тремор в конечностях, сила в конечностях достаточная.

9. Неврологические синдромы (2):

1) полиневропатический тип расстройств чувствительности,
2) смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия,
3) вестибулярная атаксия,
4) нижний периферический парапарез
5) нижний центральный парапарез.

10. Локализация поражения (2):

1) задние канатики спинного мозга,
2) боковые канатики спинного мозга,
3) периферические нервы,
4) передние корешки спинного мозга,
5) мозжечок.

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 непроизвольный поворот головы вправо, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечается непроизвольный 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 15

Вопросы 1-2 к задаче

У женщины 60-ти лет постепенно развиваются слабость и похудание нижних, а затем и верхних конечностей. При обследовании во всех конечностях выявляются выраженные атрофии, особенно в мышцах кистей, мышечные подергивания, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского, мышечная гипотония.

1. Неврологический синдром (1):

1) периферический тетрапарез,
2) центральный тетрапарез,
3) смешанный тетрапарез.

2 Локализация поражения (2):

1) корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
2) нервно-мышечный синапс,
3) передние рога спинного мозга,
4) задние рога спинного мозга.

Вопросы 3-4 к задаче

Больного беспокоят боли в поясничной области и по задней поверхности левой ноги. Объективно: утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги к наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс.

3. Тип нарушения чувствительности (1):

1) сегментарно-корешковый,
2) сегментарно-диссоциированный,
3) полиневропатический,
4) мононевропатический,
5) спинальный проводниковый.

4. Локализация поражения (1):
1) задний пятый поясничный корешок,
2) задний первый крестцовый корешок,
3) малоберцовый нерв,
4) большеберцовый нерв,
5) бедренный нерв.

Вопросы 5-6 к задаче

У пациента выявлены слабость обеих стоп, утрата ахилловых рефлексов и снижение коленных рефлексов, утрата всех видов чувствительности в стопах и аногенитальной области, недержание мочи.

5. Синдромы (3):
1) периферический парез стоп,
2) центральный парез стоп,
3) нарушение чувствительности по сегментарному типу,
4) нарушение чувствительности по проводниковому типу,
5) нарушение функции тазовых органов.

6. Поражены сегменты спинного мозга на уровне (2):
1) Th_8-Th_{12}, 2) L_1-L_2, 3) L_3-L_4, 4) L_5-S_1, 5) S_2-S_4.

7. Эссенциальный тремор (3):
1) чаще возникает в молодом возрасте,
2) сочетается с гипокинезией,
3) носит постуральный характер,
4) усиливается при приёме алкоголя,
5) усиливается при эмоциональном напряжении.

8. Невротические тики (4):
1) начинаются в детском возрасте,
2) усиливаются при волнении,
3) локализуются в мимических мышцах,
4) проходят во сне,
5) сочетаются с копролалией.

9. Для мозжечковой атаксии характерны (3):
1) интенционный тремор,
2) значительное усиление атаксии при закрытых глазах,
3) нистагм,
4) оживление сухожильных рефлексов,
5) мышечная гипотония.

Вопрос 10 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глаза

Неврологические нарушения (2):
1) сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности,
2) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
3) спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности,
4) мозжечковая атаксия,
5) сенситивная атаксия.

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

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

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

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 16

1. Центральный парез возникает при повреждении (2):

1) постцентральной извилины,
2) внутренней капсулы,
3) заднего канатика спинного мозга,
4) бокового канатика спинного мозга,
5) передних рогов спинного мозга.

2. Периферический парез развивается при повреждении (2):

1) прецентральной извилины,
2) лучистого венца,
3) переднего канатика спинного мозга,
4) переднего спинномозгового корешка,
5) нервно-мышечного синапса.

3. Гемигипестезия наблюдается при поражении (2):

1) внутренней капсулы,

2) передней серой спайки,
3) зрительного бугра,
4) задних канатиков спинного мозга.

4. При повреждении внутренней капсулы обычно встречается (1):
1) монопарез руки,
2) монопарез ноги,
3) гемипарез,
4) нижний парапарез,
5) тетрапарез.

5. При поражении спиноталамического пути в спинном мозге расстройства чувствительности выявляются на туловище с уровня (1):
1) поражения,
2) на два сегмента выше поражения,
3) на два сегмента ниже поражения,
4) на четыре сегмента выше поражения,
5) на четыре сегмента ниже поражения.

6. При поражении правой половины шейного утолщения встречается (3):
1) периферический парез правой руки,
2) утрата глубокой чувствительности в левой ноге,
3) утрата поверхностной чувствительности в левой ноге,
4) центральный парез правой ноги,
5) нарушение функции тазовых органов.

7. Для синдрома Туретта характерны (4):
1) вокальные тики,
2) генерализованные тики,
3) эффект от приёма нейролептиков,
4) феномен «зубчатого колеса»,
5) копролалия.

8. Для мышечной дистонии наиболее характерно (1):
1) спастичность,
2) ригидность,
3) дрожание,
4) патологические позы,
5) центральные парезы конечностей.

9. Для вестибулярной атаксии типичны (3):
1) нистагм,
2) интенционный тремор,
3) тошнота, рвота,
4) дисидиадохокинез,
5) системное головокружение.

10. Мозжечковая атаксия может возникнуть при поражении (3):
1) задних канатиков спинного мозга,
2) полушарий мозжечка,
3) ножек мозжечка,
4) внутренней капсулы,
5) червя мозжечка.

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

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 Th_8.

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

Задача 3

Сорокапятилетнего мужчину в течение полугода беспокоит непроизвольный поворот головы вправо, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечается непроизвольный 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

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?

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

Вариант 1

1. У пациента дизартрия, девиация языка влево, внешних изменений языка нет. Локализация поражения (1):

1) левый подъязычный нерв,
2) правый подъязычный нерв,
3) левый корково-ядерный путь,
4) правый корково-ядерный путь.
5) правая половина продолговатого мозга.

2. У пациента атрофия трапецевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц справа, опущение правого плеча, затруднен поворот головы влево. Локализация поражения (1):

1) левый добавочный нерв,
2) правый добавочный нерв,
3) левый корково-ядерный путь,
4) правый корково-ядерный путь.
5) левая половина продолговатого мозга.

3. Симптомы центрального пареза мышц лица (3):
1) сглаженность лобных морщин,
2) сглаженность носогубной складки,
3) симптом Белла,
4) опущение угла рта,
5) перекос лица в здоровую сторону при улыбке.
4. Симптомы периферического пареза мышц лица (3):
1) лагофтальм,
2) утрата чувствительности на половине лица,
3) утрата вкуса на задней трети языка,
4) симптом Белла,
5) сглаженность лобных морщин.
5. Симптомы поражения глазодвигательного нерва (2):
1) птоз,
2) миоз,
3) парез внутренней прямой мышцы глаза,
4) парез верхней косой мышцы глаза,
5) парез наружной прямой мышцы глаза.
6. Симптомы поражения отводящего нерва (3):
1) диплопия,
2) парез наружной прямой мышцы глаза,
3) парез внутренней прямой мышцы глаза,
4) сходящееся косоглазие,
5) парез конвергенции.

Задача 1
У мужчины 70-ти 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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 2
У женщины 60-ти лет выявляются сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи.

1. Какая глазная мышца парализована?
2. Локализация поражения?

Вариант 2

1. Бульбарный синдром возникает при поражении (2):
1) добавочного нерва,
2) языкоглоточного и блуждающего нервов,
3) верхних шейных корешков спинного мозга,
4) продолговатого мозга,
5) корково-ядерного пути с двух сторон.
2. Проявления бульбарного синдрома (3):
1) дисфония,
2) дисфагия,
3) дизартрия,
4) оживление глоточных рефлексов,
5) симптомы орального автоматизма.
3. Центральный парез мышц лица возникает при поражении (2):

1) ядра лицевого нерва,
2) корешка лицевого нерва,
3) лицевого нерва в фаллопиевом канале,
4) прецентральной извилины,
5) колена внутренней капсулы.

4. Периферический парез мышц лица наблюдается при поражении (2):

1) прецентральной извилины,
2) ядра лицевого нерва,
3) лучистого венца,
4) колена внутренней капсулы,
5) лицевого нерва в фаллопиевом канале.

5. Симптомы поражения блокового нерва (2):

1) парез аккомодации,
2) парез нижней косой мышцы глаза,
3) парез верхней косой мышцы глаза,
4) мидриаз,
5) диплопия.

6. Симптомы поражения верхних бугров четверохолмия (3):

1) двусторонний полуптоз,
2) диплопия,
3) парез взора вверх,
4) мозжечковая атаксия,
5) миоз.

Задача1

У 65-летней женщины 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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача2

У мужчины 70-ти лет правый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, движение правого глазного яблока возможно только кнаружи.

1. Какие глазные мышцы парализованы?
2. Локализация поражения?

Вариант 3

1. Псевдобульбарный синдром наблюдается при поражении (1):

1) добавочного нерва,
2) языкоглоточного и блуждающего нервов,
3) подъязычного нерва,
4) корково-ядерного пути с двух сторон,
5) продолговатого мозга.

2. Проявления псевдобульбарного синдрома (3):

1) парез трапецевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц,
2) дисфагия,
3) снижение глоточных рефлексов,
4) насильственный смех,
5) положительный ладонно-подбородочный симптом.

3. Лагофтальм – это (2):

1) слезотечение,
2) сухость глаза,
3) расширение глазной щели,
4) косоглазие,
5) редкое мигание.

4. Симптом Белла – это (1):

1) асимметрия лица при улыбке,
2) асимметрия лица при надувании щек,
3) утрата вкуса на передних двух третях языка,
4) утрата вкуса на задней трети языка,
5) появление белковой оболочки глаза при зажмуривании.

5. Симптомы поражения верхней глазничной щели (3):

1) ограничение движения глазного яблока вниз,
2) ограничение движения глазного яблока кнаружи,
3) энофтальм,
4) миоз,
5) нарушение чувствительности в области лба.

6. Синдром Бернара-Горнера - это (2):

1) птоз,
2) мидриаз,
3) энофтальм,
4) диплопия,
5) ограничение движения глазного яблока кнаружи.

Задача1

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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

Задача2

У 50-летней женщины при ходьбе по лестнице возникает двоение при взгляде вниз. Движение левого глазного яблока вниз несколько ограничено, других нарушений нет.

1. Какая глазная мышца парализована?
2. Локализация поражения?

Вариант 4

1. У пациента дисфагия, опущение правой половины мягкого нёба и ослабление ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, утрата вкуса на задней трети языка справа. Локализация поражения (1):

1) правый подъязычный нерв,
2) правый добавочный нерв,
3) правый языкоглоточный нерв,
4) левая половина продолговатого мозга,
5) корково-ядерный путь с двух сторон.

2. У пациента дизартрия, девиация языка вправо, правая половина языка атрофична, слева – центральный гемипарез. Локализация поражения (1):

1) левый подъязычный нерв,
2) корково-ядерный путь слева,
3) правый языкоглоточный нерв,
4) левая половина продолговатого мозга,
5) правая половина продолговатого мозга.

3. Симптомы поражения лицевого нерва после ответвления от него барабанной струны (3):
1) слезотечение,
2) сухость глаза,
3) опущение угла рта,
4) ослабление всех мимических проб на стороне поражения,
5) утрата вкуса на передних двух третях языка.
4. Симптомы поражения лицевого нерва до ответвления от него большого каменистого нерва (3):
1) сухость глаза,
2) слезотечение,
3) утрата чувствительности на половине лица,
4) гиперакузия,
5) утрата вкуса на передних двух третях языка.
5. Мидриаз возникает при поражении (2):
1) отводящего нерва,
2) блокового нерва,
3) глазодвигательного нерва,
4) ножки мозга,
5) продолговатого мозга.
6. Симптомы двустороннего поражения отводящих нервов (2):
1) сходящееся косоглазие,
2) расходящееся косоглазие,
3) миоз,
4) ограничение движения глазных яблок внутрь,
5) ограничение движения глазных яблок кнаружи.

Задача1

У женщины 60-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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

Задача 2

У женщины 70-ти 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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант 5

1. У пациента дисфагия, дизартрия, ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный плач. Локализация поражения (1):
1) корково-ядерный путь с двух сторон,
2) продолговатый мозг,
3) подъязычные нервы,
4) языкоглоточные нервы,
5) блуждающие нервы.

2. После операции на щитовидной железе у пациента возникла осиплость голоса, при ларингоскопии выявлен паралич правой голосовой связки. Повреждена ветвь нерва (1):
1) подъязычного,
2) добавочного,
3) языкоглоточного,
4) блуждающего.
3. У пациента поражение всех мимических мышц справа и центральный гемипарез слева. Локализация поражения (1):
1) правая прецентральная извилина,
2) левая прецентральная извилина,
3) правая половина варолиева моста,
4) левая половина варолиева моста,
5) правый лицевой нерв в фаллопиевом канале.
4. У пациента справа – парез всех мимических мышц, сухость глаза, гиперакузия, утрата вкуса на передних двух третях языка. Локализация поражения (1):
1) лицевой нерв до ответвления от него большого каменистого нерва,
2) лицевой нерв после ответвления от него барабанной струны,
3) левая прецентральная извилина,
4) правая половина варолиева моста,
5) левая половина варолиева моста.
5. Синдром Вебера - это (2):
1) поражение отводящего нерва,
2) поражение глазодвигательного нерва,
3) поражение блокового нерва,
4) альтернирующий центральный гемипарез,
5) альтернирующая мозжечковая атаксия.
6. Синдром Бенедикта - это (2):
1) поражение отводящего нерва,
2) поражение глазодвигательного нерва,
3) поражение блокового нерва,
4) альтернирующий центральный гемипарез,
5) альтернирующая мозжечковая атаксия.

Задача 1

У мужчины 70-ти лет выявляются осиплость голоса, нарушение глотания, изменение артикуляции речи («каша во рту»), ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, отсутствие глоточных рефлексов, ограничение подвижности языка, атрофии и фибрилляции языка.

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

Задача2

У 50-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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Вариант 6

1. У пациента дисфагия, дисфония, опущение правой дужки мягкого нёба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности в левых конечностях и левой половине туловища. Локализация поражения (1):
1) весь поперечник продолговатого мозга,
2) дорсолатеральный отдел правой половины продолговатого мозга,
3) дорсолатеральный отдел левой половины продолговатого мозга,
4) вентральный отдел правой половины продолговатого мозга,
5) вентральный отдел левой половины продолговатого мозга.
2. У пациента дисфагия, дисфония, опущение левой дужки мягкого нёба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение левого глоточного рефлекса, в левом глазу – сужение глазной щели и зрачка, энофтальм. Локализация поражения (2):
1) подъязычный нерв,
2) двойное ядро,
3) корково-ядерный путь,
4) симпатический путь в продолговатом мозге,
5) боковые рога спинного мозга на уровне Th_2-Th_3.
3. Для вестибулярного головокружения характерны (3):
1) ощущение вращения собственного тела,
2) усиление головокружения при перемене положения головы,
3) тошнота и рвота,
4) интенционный тремор в верхних конечностях,
5) интенционный тремор в нижних конечностях.
4. У пациента снижена болевая и температурная чувствительность в области правой половины губ, подбородка и носа. Локализация поражения (1):
1) правая половина продолговатого мозга и варолиева моста,
2) левая половина продолговатого мозга и варолиева моста,
3) правая постцентральная извилина,
4) левая постцентральная извилина,
5) вторая ветвь правого тройничного нерва.
5. Синдром Мийяра-Гублера - это (2):
1) поражение глазодвигательного нерва,
2) поражение отводящего нерва,
3) поражение лицевого нерва,
4) альтернирующий центральный гемипарез,
5) альтернирующая мозжечковая атаксия.
6. У пациента сходящееся косоглазие, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи. Локализация поражения (1):
1) правый отводящий нерв,
2) правый глазодвигательные нерв,
3) правый блоковый нерв,
4) левый блоковый нерв,
5) верхние бугры четверохолмия.

Задача1

У женщины 65-ти лет при профилактическом осмотре выявлены девиация языка вправо, атрофия его правой половины без фасцикуляций. Других неврологических нарушений нет.

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

Задача2

Женщину 60-ти лет беспокоят боли в правой лобной области. При обследовании: все виды чувствительности в области лба справа утрачены; правый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, глазное яблоко неподвижно, других нарушений нет.

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

Вариант 7

1. У пациента ощущение вращения окружающих предметов, тошнота и рвота, нейросенсорная тугоухость на правое ухо, горизонтальный нистагм вправо. Локализация поражения (1):

1) правая половина варолиева моста,
2) левая половина варолиева моста,
3) правая височная доля,
4) левая височная доля,
5) правый вестибулокохлеарный нерв.

2. Симптомы поражения мостомозжечкового угла (3):

1) нейросенсорная тугоухость,
2) сенситивная атаксия,
3) нарушение чувствительности на лице,
4) парез мышц лица по периферическому типу,
5) дисфагия, дисфония.

3. У пациента слева – поражение глазодвигательного нерва, справа – центральный гемипарез. Локализация поражения (1):

1) левая ножка мозга,
2) правая половина варолиева моста,
3) левая половина варолиева моста,
4) левая прецентральная извилина,
5) левая внутренняя капсула.

4. У пациента слева – поражение глазодвигательного нерва. В правых конечностях – гемиатаксия. Локализация поражения (1):

1) средний мозг слева,
2) левая половина варолиева моста,
3) левый зрительный бугор,
4) левая прецентральная извилина,
5) левое полушарие мозжечка.

5. Для поражения зрительного нерва характерно (1):

1) гомонимная гемианопсия,
2) биназальная гемианопсия,
3) битемпоральная гемианопсия,
4) амблиопия или амавроз.

6. Гомонимная гемианопсия возникает при поражении (3):

1) затылочной доли,
2) зрительного тракта,
3) зрительного бугра,
4) зрительного нерва,
5) сетчатки глаза.

Задача1

У 50-летней женщины после операции на щитовидной железе возникла осиплость голоса, при ларингоскопии выявлен паралич правой голосовой связки, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

3. Дополнительные методы исследования?

Задача2

У мужчины 50-ти лет отмечается сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо; движение правого глазного яблока кнаружи невозможно, лобная и носогубная складки справа сглажены, утрачены движения всех мимических мышц справа; в левых конечностях выявляются снижение объема и силы движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

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

Вариант 8

1. Симптомы невралгии тройничного нерва (2):

1) сильные приступы кратковременных болей,
2) утрата всех видов чувствительности в области II-III ветвей тройничного нерва,
3) наличие «курковых» зон,
4) снижение корнеального рефлекса,
5) опущение угла рта на стороне болей.

2. Лечение невралгии тройничного нерва (2):

1) карбамазепин (финлепсин),
2) пирацетам (ноотропил),
3) хирургическая резекция корешка тройничного нерва,
4) рентгенотерапия,
5) витамины группы В.

3. У пациента справа птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи. Локализация поражения (1):

1) правый отводящий нерв,
2) правый глазодвигательный нерв,
3) правый блоковый нерв,
4) правая половина варолиева моста,
5) левая половина варолиева моста.

4. У пациента слева – парез отводящего нерва, парез мышц лица по периферическому типу, в правых конечностях – центральный гемипарез. Локализация поражения (1):

1) средний мозг справа,
2) средний мозг слева,
3) варолиев мост слева,
4) варолиев мост справа,
5) зрительный бугор слева.

5. Биназальная гемианопсия возникает при поражении (1):

1) зрительного тракта,
2) хиазмы (зрительного перекреста),
3) внутренней капсулы,
4) височной доли,
5) сетчатки глаза.

6. Квадрантная гемианопсия характерна для поражения (1):

1) внутренней капсулы,
2) сетчатки глаза,
3) хиазмы (зрительного перекреста),
4) зрительного бугра,
5) височной доли.

Задача1

У мужчины 60-ти лет отмечаются нарушение глотания, осиплость голоса, опущение левой дужки мягкого нёба и уменьшение ее подвижности при фонации, снижение левого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности на лице слева, на туловище и конечностях – справа.

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

Задача2

У 75-летнего мужчины правый глаз закрыт, при подъеме века выявляется мидриаз, движение правого глазного яблока возможно только кнаружи; в левых конечностях выраженный интенционный тремор, других нарушений нет.

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

Вариант 9

1. У пациента справа герпетические высыпания на лбу и щеке, снижение всех видов чувствительности на половине лица. Локализация поражения (1):

1) правый гассеров узел,
2) I ветвь тройничного нерва,
3) II ветвь тройничного нерва,
4) III ветвь тройничного нерва,
5) правая половина варолиева моста.

2. Симптомы поражения вестибулокохлеарного нерва (3):

1) снижение слуха,
2) головокружение,
3) гиперакузия,
4) шум в ухе,
5) боли в области уха.

3. У пациента двоение при взгляде вниз, ограничение движения левого глазного яблока вниз. Локализация поражения (1):

1) левый отводящий нерв,
2) левый глазодвигательный нерв,
3) левый блоковый нерв,
4) средний мозг слева,
5) средний мозг справа.

4. Птоз, миоз и энофтальм – синдром (1):

1) Вебера,
2) Бернара-Горнера,
3) Мийяра-Гублера,
4) Толосы-Ханта,
5) Эйди.

5. При поражении правого зрительного нерва утрачиваются (2):

1) прямая фотореакция справа,
2) содружественная фотореакция справа,
3) содружественная фотореакция слева,
4) прямая фотореакция слева.

6. Отсутствие содружественной фотореакции в левом глазу встречается при поражении (2):

1) правого зрительного нерва,
2) правого глазодвигательного нерва,
3) левого глазодвигательного нерва,

4) левого зрительного нерва,
5) правой височной доли.

Задача1

У мужчины 75-ти лет, перенесшего два церебральных инсульта, отмечаются поперхивание при еде, осиплость голоса, нарушение артикуляции речи («каша во рту»), ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный плач, снижение силы и объема движений во всех конечностях, оживление сухожильных рефлексов с обеих сторон, двусторонний симптом Бабинского.

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

Задача2

Мужчину 40 лет беспокоит двоение предметов, у него наблюдается сходящееся косоглазие; движение глазных яблок кнаружи невозможно, других нарушений нет.

1. Какие глазные мышцы парализованы?
2. Локализация поражения?

Вариант 10

1. У пациента боли, снижение всех видов чувствительности в области лба и верхнего века справа. Локализация поражения (1):
1) правый гассеров узел,
2) I ветвь тройничного нерва,
3) II ветвь тройничного нерва,
4) III ветвь тройничного нерва,
5) правая половина варолиева моста.

2. У пациентки слева периферический парез мышц лица, в правых конечностях центральный гемипарез. Локализация поражения (1):
1) правая прецентральная извилина,
2) левая прецентральная извилина,
3) правая половина варолиева моста,
4) левая половина варолиева моста,
5) правое полушарие мозжечка.

3. У пациента справа – боли и нарушение чувствительности в области лба, птоз, глазное яблоко неподвижно, мидриаз. Локализация поражения (1):
1) средний мозг справа,
2) варолиев мост справа,
3) варолиев мост слева,
4) верхняя глазничная щель справа,
5) правая ножка мозга.

4. У пациента сходящееся косоглазие, движение обоих глазных яблок кнаружи ограничено. Локализация поражения (2):
1) левый отводящий нерв,
2) левый блоковый нерв,
3) правый отводящий нерв,
4) правый блоковый нерв,
5) верхние бугры четверохолмия.

5. Правосторонний мидриаз может быть вызван поражением (2):
1) левого зрительного нерва,
2) левого глазодвигательного нерва,
3) правого зрительного нерва,

4) правого глазодвигательного нерва,
5) правой ножки мозга.

6. При поражении кавернозного синуса могут возникать (3):

1) мидриаз,
2) гомонимная гемианопсия,
3) снижение остроты зрения,
4) гетеронимная гемианопсия,
5) офтальмоплегия.

Задача1

У женщины 70-ти лет отмечается поперхивание при еде, осиплость голоса, нарушение артикуляции речи («каша во рту»), ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, отсутствие глоточных рефлексов, оживление нижнечелюстного рефлекса, насильственный плач, снижение силы и объема движений во всех конечностях, их выраженные атрофии, фасцикуляции в мышцах конечностей, оживление сухожильных рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

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

Задача2

У женщины 75-ти лет отмечаются эпизоды двоения, которые обычно появляются вечером и полностью проходят утром; при обследовании выявлены двусторонний полуптоз, незначительные ограничения движения глазных яблок во все стороны, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?
4. Лечение.

Вариант 11

Вопросы 1-2 к задаче

У пациента асимметрия лица: справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не удается выполнить мимические пробы, при попытке зажмурить глаза правое глазное яблоко уходит вверх, видна белковая оболочка глаза, наблюдается слезотечение из правого глаза, правая глазная щель шире левой, правый глаз редко моргает, утрачен вкус на передних двух третях языка справа.

1. Симптомы и синдромы (3):

1) парез мышц лица по периферическому типу,
2) лагофтальм,
3) симптом Белла,
4) гиперакузия,
5) дисфагия.

2. Локализация поражения (1):

1) лицевой нерв до ответвления от него большого каменистого нерва,
2) лицевой нерв после ответвления от него большого каменистого нерва, но до ответвления барабанной струны,
3) лицевой нерв после ответвления от него барабанной струны,
4) правая половина варолиева моста,
5) левая прецентральная извилина.

Вопросы 3-4 к задаче

У пациента с одной стороны глаз закрыт, глазное яблоко отведено кнаружи, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи..

3. Какие мышцы поражены (3):

1) внутренняя прямая мышца глаза,
2) мышца, поднимающая верхнее веко,
3) верхняя прямая мышца глаза,
4) наружная прямая мышца глаза,
5) круговая мышца глаза.

4. Локализация поражения (1):

1) глазодвигательный нерв,
2) блоковый нерв,
3) отводящий нерв,
4) верхние бугры четверохолмия,
5) средний мозг.

5. Для опухоли гипофиза характерно (1):

1) односторонняя слепота,
2) двусторонняя слепота,
3) гомонимная гемианопсия,
4) битемпоральная гемианопсия,
5) биназальная гемианопсия.

6. Кратковременная слепота на один глаз обычно вызвана поражением (1):

1) сетчатки глаза,
2) зрительного нерва,
3) хиазмы (зрительного перекреста),
4) зрительного бугра,
5) затылочной доли.

Задача1

У мужчины 30-ти лет наблюдается асимметрия лица: слева сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не удается выполнить мимические пробы, при попытке зажмуривания левое глазное яблоко уходит вверх, видна белковая оболочка глаза, слезотечение из левого глаза, левая глазная щель шире правой, левый глаз редко моргает, утрачен вкус на передних двух третях языка слева.

1. Какой у больного парез левой половины лица: центральный или периферический?
2. В чем проявляются симптом Белла и лагофтальм?
3. Локализация поражения?

Задача2

У мужчины 50-ти лет, страдающего стенокардией напряжения, внезапно развилась полная слепота на правый глаз, через 10 минут зрение полностью восстановилось. При обследовании изменений остроты зрения не найдено, при исследовании глазного дна отмечены признаки атеросклеротического поражения сосудов сетчатки.

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

Вариант 12

1. У пациента гипотрофия и девиация языка вправо, в левых конечностях – центральный парез. Локализация поражения (1):

1) правая прецентральная извилина,
2) левая прецентральная извилина,
3) правая половина продолговатого мозга,
4) левая половина продолговатого мозга,

5) правый подъязычный нерв.

2. У пациента дисфагия, дизартрия, девиация языка вправо, атрофии языка нет, положительные симптомы орального автоматизма, правосторонний центральный гемипарез. Локализация поражения (2):

1) корково-ядерный путь с двух сторон,
2) правый корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
3) левый корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
4) правая половина продолговатого мозга,
5) левая половина продолговатого мозга.

Вопросы 3-4 к задаче

У пациента слева сглажена носогубная складка и опущен угол рта, при улыбке отмечается перекос рта вправо; при высовывании язык отклоняется влево, внешне язык не изменен; в левых конечностях выявляются снижение силы и объема движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

3. Синдромы (2):

1) парез левой половины лица по центральному типу,
2) парез левой половины лица по периферическому типу,
3) парез языка по периферическому типу,
4) левосторонний центральный гемипарез,
5) левосторонняя гемиатаксия.

4. Локализация поражения (2):

1) левая половина варолиева моста,
2) правая половина варолиева моста,
3) правый корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
4) правый корково-ядерный путь,
5) правое полушарие мозжечка.

5. Синдром Аргайля-Робертсона – это (2):

1) снижение остроты зрения,
2) утрата прямой реакции зрачков на свет,
3) утрата реакции зрачка на аккомодацию,
4) пупиллотония,
5) сохранение реакции зрачка на конвергенцию.

6. Односторонняя аносмия возникает при поражении (3):

1) височной доли,
2) затылочной доли,
3) обонятельной луковицы,
4) обонятельного тракта,
5) рецепторов слизистой носа.

Задача1

У мужчины 60-ти лет слева сглажены лобная и носогубная складки, опущен угол рта, не удается выполнить мимические пробы, в правых конечностях отсутствуют движения, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.

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

Задача2

У 25-летней женщины в течение суток значительно снизилась острота зрения на оба глаза; при исследовании острота зрения на правый глаз – 0,2, на левый глаз – 0,5, использование линз не улучшает зрение, глазное дно и компьютерная томография головы без изменений.

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

Вариант 13

1. При двустороннем поражении добавочного нерва наблюдается (1):
1) «свисающая» голова,
2) периферический парез верхних конечностей,
3) центральный парез верхних конечностей,
4) дисфония,
5) дисфагия.

2. У пациента дисфагия, дисфония, дизартрия, атрофии и фасцикуляции языка, глоточные рефлексы отсутствуют, нижнечелюстной рефлекс оживлен, парезы конечностей с атрофиями, фасцикуляциями, оживлением рефлексов и симптомом Бабинского с двух сторон. Неврологические нарушения (3):
1) бульбарный синдром,
2) псевдобульбарный синдром,
3) центральный тетрапарез,
4) периферический тетрапарез,
5) смешанный тетрапарез.

Вопросы 3-4 к задаче

У пациента слева – птоз, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи, в правых конечностях – движения отсутствуют, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.

3. Что поражено (2):
1) корково-ядерный путь,
2) корково-спинномозговой (пирамидный) путь,
3) отводящий нерв,
4) глазодвигательный нерв,
5) блоковый нерв.

4. Локализация поражения (1):
1) прецентральная извилина слева,
2) ножка мозга слева,
3) ножка мозга справа,
4) варолиев мост справа,
5) варолиев мост слева.

5. Гипосмия в возрасте старше 60-ти лет наблюдается в (1):
1) 5%,
2) 10%,
3) 20%,
4) 30%,
5) 50 и более процентов случаев.

6. Обонятельные галлюцинации возникают при поражении (1):
1) рецепторов слизистой носа,
2) обонятельной луковицы,
3) обонятельного тракта,
4) височной доли,
5) затылочной доли.

Задача1

У 60-летней женщины справа сглажены лобные и носогубные складки, опущен угол рта, не выполняются мимические пробы, наблюдается сухость глаза, утрачен вкус на передних двух третях языка слева, отмечается неприятное громкое восприятие звука в левом ухе.

1. Какой у больного парез левой половины лица: центральный или периферический?

2. Почему возникли сухость глаза, изменение вкуса и слуха?
3. Локализация поражения?

Задача2

У мужчины 60-ти лет, перенесшего инфаркт миокарда, внезапно развилась полная слепота, через минуту зрение восстановилось, но больной отметил «снижение зрения справа». При обследовании выявлено выпадение правого поля зрения правого глаза и правого поля зрения левого глаза, других нарушений нет.

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

Вариант 14

1. При периферическом парезе языка в отличие от его центрального пареза наблюдается (1):

1) центральный парез конечностей,
2) периферический парез конечностей,
3) атрофия и фибрилляции языка,
4) дизартрия,
5) дисфагия.

2. При псевдобульбарном синдроме в отличие от бульбарного синдрома отмечаются (2):

1) снижение глоточных рефлексов,
2) повышение нижнечелюстного рефлекса,
3) насильственный плач,
4) дисфония,
5) дисфагия.

Вопросы 3-4 к задаче

У пациента снижен слух в правом ухе, установлена сенсоневральная тугоухость; справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, затруднено выполнение мимических проб; ослаблены все виды чувствительности на правой половине лица; отмечается интенционный тремор при выполнении координаторных проб в правых конечностях.

3. Синдромы (2):

1) поражение правого кохлеовестибулярного нерва,
2) парез правой половины лица по центральному типу,
3) правосторонняя мозжечковая атаксия,
4) правосторонний центральный гемипарез,
5) корковый тип расстройства чувствительности на лице

4. Локализация поражения (1):

1) правая половина варолиева моста,
2) мостомозжечковый угол справа,
3) прецентральная и постцентральная извилины левого полушария головного мозга,
4) правый лицевой нерв в фаллопиевом канале,
5) правый гассеров узел.

5. Симптомы поражения зрительного бугра (3):

1) гемигипестезия,
2) гемиатаксия,
3)гомонимная гемианопсия,
4) гетеронимная гемианопсия,
5) горизонтальный парез взора.

6. Гемиплегия + гемианестезия + гемианопсия – это поражение (1):

1) зрительного бугра,
2) внутренней капсулы,
3) лобной доли,

4) теменной доли,
5) затылочной доли.

Задача1

У женщины 55-ти лет слева сглажена носогубная складка и опущен угол рта, при улыбке отмечается перекос рта вправо; язык при высовывании отклоняется влево, внешне не изменен; в левых конечностях выявляются снижение силы и объема движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

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

Задача2

У 35-летней женщины на протяжении года ухудшается зрение. При обследовании отмечено выпадение левого поля зрения левого глаза и правого поля зрения правого глаза, острота зрения не снижена, других неврологических нарушений нет.

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

Вариант 15

1. Симптомы двустороннего поражения корково-ядерных путей (3):
1) дисфония,
2) оживление глоточных рефлексов,
3) дисфагия,
4) атрофии и фибрилляции языка,
5) «свисающая голова».

2. Симптом одностороннего поражения корково-ядерного пути (1):
1) насильственный плач,
2) насильственный смех,
3) оживление глоточных рефлексов,
4) оживление нижнечелюстного рефлекса,
5) парез половины языка по центральному типу.

Вопросы 3-4 к задаче

У пациента взор повернут вправо, движений глазных яблок влево нет, парез нижних мышц лица слева, в левых конечностях движений нет, повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского.

3. Синдромы (2):
1) парез мышц лица по периферическому типу слева,
2) стволовой парез взора,
3) корковый парез взора,
4) альтернирующий синдром,
5) центральный левосторонний гемипарез.

4. Локализация поражения (1):
1) лобная доля справа,
2) варолиев мост слева,
3) варолиев мост справа,
4) средний мозг слева,
5) средний мозг справа.

5. Гемианопсия возникает при поражении (1):
1) переднего бедра внутренней капсулы,
2) колена внутренней капсулы,
3) переднего отдела заднего бедра внутренней капсулы,
4) заднего отдела заднего бедра внутренней капсулы,

5) зрительного нерва.

6. При двустороннем поражении внутренней капсулы наблюдается (3):

1) центральный тетрапарез,
2) псевдобульбарный синдром,
3) парез мышц лица по центральному типу,
4) вертикальный парез взора,
5) битемпоральная гемианопсия.

Задача1

У мужчины 60-ти лет везикулезные высыпания и боли в лобной области справа. При обследовании выявляется снижение всех видов чувствительности в лобной области справа, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

Задача2

У мужчины 65-ти лет, длительно страдающего артериальной гипертонией, внезапно развилась слабость в левых конечностях. Объективно: выпадение левого поля зрения левого глаза и левого поля зрения правого глаза, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений и всех видов чувствительности в левых конечностях, симптом Бабинского слева.

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

Вариант 16

Вопросы 1-2 к задаче

У пациента дизартрия, язык при высовывании отклоняется влево, левая половина языка атрофична, в правых конечностях – снижение силы и объема движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы (3):

1) центральный правосторонний гемипарез,
2) альтернирующий синдром,
3) парез языка по периферическому типу,
4) парез языка по центральному типу,
5) псевдобульбарный синдром.

2. Локализация поражения (1):

1) правая половина продолговатого мозга,
2) левая половина продолговатого мозга,
3) правая прецентральная извилина,
4) левая прецентральная извилина,
5) корково-ядерный путь с двух сторон.

Вопросы 3-4 к задаче

У пациента развивается сильное головокружение, появляется онемение правой половины лица и левых конечностей. Головокружение ощущается в виде вращения собственного тела, сопровождается тошнотой и рвотой. При обследовании отмечается ослабление болевой и температурной чувствительности на правой половине лица, в левой половине туловища и левых конечностях.

3. Синдромы (2):

1) альтернирующий тип расстройства чувствительности,
2) корковый тип расстройства чувствительности,
3) вестибулярное головокружение,
4) мозжечковая атаксия,
5) левосторонний центральный гемипарез.

4. Локализация поражения (1):
1) правая постцентральная извилина,
2) правая половина варолиева моста и продолговатого мозга,
3) левая половина варолиева моста и продолговатого мозга,
4) правый вестибулокохлеарный нерв,
5) левый вестибулокохлеарный нерв.

Вопросы 5-6 к задаче

У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза.

5. Синдром (1):
1) амавроз,
2) амблиопия,
3) гомонимная гемианопсия,
4) биназальная гемианопсия,
5) битемпоральная гемианопсия.

6. Локализация поражения (1):
1) сетчатка глаза,
2) зрительный нерв,
3) хиазма (зрительный перекрест),
4) колено внутренней капсулы,
5) затылочная доля.

Задача1

У 50-летнего мужчины снижен слух на правое ухо, установлена нейросенсорная тугоухость; справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, затруднено выполнение мимических проб; ослаблены все виды чувствительности на правой половине лица; отмечается интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб справа.

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

Задача2

Женщина, 60-ти лет, после перенесенного год назад инсульта предъявляет жалобы на боли в левых конечностях. При обследовании: ослаблены все виды чувствительности слева, при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах слева наблюдается промахивание при закрытых глазах, других нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Лечение боли?

Тестовый контроль № 3
по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА»

Вариант 1

1. Цереброспинальную жидкость продуцируют (1):
1) сосуды твердой мозговой оболочки,
2) сосуды мягкой мозговой оболочки,
3) сосудистые сплетения желудочков головного мозга,
4) пахионовы грануляции,
5) венозные синусы головного мозга.

2. Корсаковский синдром включает (2):
1) прогрессирующую амнезию,
2) апраксию,
3) фиксационную амнезию,
4) конфабуляции,
5) семантическую афазию.
3. При коме могут сохраняться (3):
1) произвольные движения в конечностях,
2) прямая реакция зрачков на свет,
3) содружественная реакция зрачков на свет,
4) роговичный рефлекс,
5) контроль функций тазовых органов.
4. Нейроны парасимпатической вегетативной нервной системы находятся (2):
1) больших полушариях головного мозга,
2) стволе головного мозга,
3) шейном отделе спинного мозга,
4) поясничном отделе спинного мозга,
5) крестцовом отделе спинного мозга.
5. Синдром Горнера включает (3):
1) сужение глазной щели,
2) слезотечение,
3) сухость глаза,
4) сужение зрачка,
5) западение глазного яблока.
6. Проявления двустороннего поражения структур гиппокампового комплекса (2):
1) нарушения памяти на текущие события,
2) семантическая афазия,
3) корсаковский синдром,
4) снижение критики, импульсивное поведение,
5) кинестетическая апраксия.

Задача 1

Больной 46-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^{o}С. 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 ммводн.ст. При анализе ликвора число клеток – 456 в мкл, лимфоциты составляют 67% клеточного состава, содержание белка 5 г/л, содержание глюкозы – 20 мг%.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?

Задача 2

Больной 72-лет, длительное время страдавший артериальной гипертензией, внезапно почувствовал слабость и 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 «ру-

ка»). 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 симптом Бабинского.

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

Вариант 2

1. **К соматическим агнозиям относятся(2):**
   1. аутотопагнозия,
   2. астереогноз,
   3. пальцевая агнозия,
   4. прозапагнозия.
2. **Абсолютное показание к исследованию цереброспинальной жидкости (2):**
   1. гнойный менингит,
   2. серозный менингит,
   3. рассеянный склероз,
   4. инфаркт головного мозга,
   5. ушиб головного мозга.
3. **Парасимпатическая нервная система не участвует в иннервации (2):**
   1. зрачка,
   2. желудка,
   3. потовых желез,
   4. артерий,
   5. кишечника.
4. **Для периферической вегетативной недостаточности характерны (3):**
   1. обмороки,
   2. патологическая мышечная утомляемость,
   3. импотенция,
   4. общая слабость,
   5. снижение массы тела.

5. Расстройство сознания могут возникнуть при небольших по размеру поражениях (1):

1. лобной доли,
2. височной доли,
3. теменной доли,
4. затылочной доли,
5. среднего мозга.

6. Признаки сенсорной афазии (3):

1. отчуждение смысла слов,
2. парафазии,
3. дисграфия,
4. уменьшение беглости и плавности речи,
5. скандированная речь.

Задача № 1

Больной 58-ми 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 невро-

логических 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. Неврологические синдромы?
2. Дополнительные обследования?
3. Патогенез неврологических нарушений?
4. Лечение?

Задача № 2

Мужчина 55-лет во время физической нагрузки отметил внезапную сильную головную боль, была кратковременная утрата сознания. К врачам не обращался, принимал обезболивающие препараты, которые давали непродолжительный эффект. На 8-е сутки с начала заболевания, в связи с сохраняющейся головной болью, родственниками доставлен в больницу. При обследовании выявляется ригидность мышц шеи, пациент не доводит подбородок до груди, определяется симптом Кернига с 2-х сторон. При люмбальной пункции получен ксантохромный ликвор, вытекающий под давлением 250 мм вод.ст. При микроскопии ликвора, после центрифугирования, в осадке выявляется большое количество эритроцитов.

2. Неврологический синдром?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные обследования?

Вариант 3

1. **В течение суток ЦСЖ образуется в объеме (1):**
   1. 100-200 мл,
   2. 200-400 мл,
   3. 400-600 мл,
   4. 600-800 мл,
   5. более.
2. **Быстрая и обильная речь с большим количеством «оговорок» (парафазий), трудности понимания обращенной речи – это (1):**
   1. сенсорная афазия,
   2. моторная афазия,
   3. амнестическая афазия,
   4. семантическая афазия,
   5. дизартрия.
3. **Синдром Горнера может возникнуть при поражении (3):**
   1. продолговатого мозга,
   2. верхнего шейного отдела спинного мозга,
   3. внутренней сонной артерии,
   4. верхушки легкого,
   5. зрительного бугра.
4. **Симпатическая нервная система не участвует в иннервации (2):**
   1. слезных желез,
   2. желез носоглотки,
   3. бронхов,
   4. желудка,
   5. сердца.
5. **При сопоре сохранены (2):**
   1. речь,
   2. адекватная реакция на речевые команды,
   3. реакция на болевые раздражения,

4. реакции зрачков на свет,
5. контроль функции тазовых органов.

6. Признаки транзиторной глобальной амнезии (1):

1. антероградная амнезия,
2. ретроградная амнезия,
3. фиксационная амнезия,
4. конфабуляции,
5. астереогноз.

Задача № 1

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. Неврологический синдром?
2. Дополнительные обследования?
3. Лечение?

Задача № 2

Молодой человек, 23 года, во время занятий спортом почувствовал внезапную сильную головную боль. После этого он потерял сознание, находился в бессознательном состоянии несколько минут и был доставлен в больницу бригадой «скорой помощи». При обследовании в больнице возбужден, жалуется на сильные головные боли, тошноту, говорит, что его раздражает яркий свет. Со слов, сопровождающих в машине «скорой помощи» отмечалась рвота. В неврологическом статусе обнаружена резкая ригидность мышц шеи, в связи с которой не доводит подбородок до груди, определяются симптомы Кернига и верхний симптом Брудзинского.

2. Неврологический синдром?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные обследования?

Вариант 4

1. Нормальное давление ЦСЖ при пункции, проводимой в положении лежа (1):

1. до 50 мм вод.ст.,
2. от 50 до 150 мм вод.ст.,
3. от 150 до 300 мм вод.ст.,
4. от 300 до 500 мм вод.ст.,
5. свыше 500 мм вод.ст.

2. Признаки кинестетической апраксии (3):

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

3. В головном мозге центр мочеиспускания расположен в (1):

1. прецентральной извилине,
2. постцентральной извилине,
3. парацентральной дольке,
4. зрительном бугре,
5. гипоталамусе.

4. Причины периферической вегетативной недостаточности (3):

1. диабетическая полиневропатия,
2. алкогольная полиневропатия,
3. ишемический инсульт,
4. болезнь Меньера,

5. болезнь Паркинсона.

5. При коме нельзя исследовать ригидность шейных мышц, при подозрении на (1):

1. ишемический инсульт,
2. спонтанное кровоизлияние в мозг,
3. травматическое кровоизлияние в мозг
4. перелом шейного отдела позвоночника,
5. гнойный менингит.

6. Признаки поражения ассоциативных корковых зон теменных долей головного мозга (2):

1. нарушения памяти на текущие события,
2. семантическая афазия,
3. корсаковский синдром,
4. нарушение схемы тела,
5. зрительная агнозия.

Задача № 1

Больной 62-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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Задача № 2

Мужчина 70-ти лет доставлен в больницу в связи с внезапно возникшей слабостью в левых конечностях. При обследовании больной ориентирован в собственной личности, месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается и засыпает. Менингеальных знаков нет, выявлены слабость нижней части мимической мускулатуры слева, отклонение языка при высовывании влево, отсутствие движений в левых конечностях, оживленные рефлексы слева, патологический рефлекс Бабинского слева.

2. Неврологический синдром?
3. Степень и характер нарушения сознания?
4. Топический диагноз?
5. Дополнительные методы обследования?

Вариант 5

1. Белково-клеточная диссоциация в ЦСЖ типична для (1):

1. ишемического инсульта,
2. кровоизлияния в мозг,
3. гнойного менингита,
4. серозного менингита,
5. опухоли головного мозга.

2. Апраксия – это (1):

1. нечеткость произношения (неразборчивость речи),

2. нарушение распознавания сенсорных образов, утрата речевых способностей как средства выражения мысли,
3. нарушение координации движений,
4. нарушение сложных двигательных актов.

3. Спинальный центр мочеиспускания находится на уровне (1):

1. $Th_8 – Th_{12}$,
2. $L_1–L_2$,
3. $L_3 –L_4$,
4. $L_5 –S_1$,
5. $S_2 – S_4$.

4. Методы исследований, подтверждающие наличие синдрома периферической вегетативной недостаточности (1):

1. рентгеновская компьютерная томография головного мозга,
2. магнитно-резонансная томография спинного мозга,
3. электроэнцефалография,
4. игольчатая электромиография,
5. ортостатическая проба.

5. Расстройство чувствительности при сопоре можно выявить при исследовании (1):

1. болевой чувствительности,
2. температурной чувствительности,
3. суставно-мышечного чувства,
4. стереогноза,
5. двумерно-пространственного чувства.

6. По шкале комы Глазго прогноз наиболее благоприятен при сумме баллов (1):

1. 0-2,
2. 3-5,
3. 6-8,
4. 9-12,
5. 13-15.

Задача № 1

Больной 44-х 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 закрывании глаз.

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

Задача № 2

У девушки 19-ти лет в течение нескольких дней отмечается подъем температуры тела выше 38^oC, беспокоят нарастающие по интенсивности головные боли. Она лечилась в поликлинике по мету жительства с диагнозом «Острая респираторная вирусная инфекция» без эффекта. В связи с нарастанием головной боли доставлена в стационар. При обследовании больная вяла, лежит с запрокинутой головой, старается не открывать глаза, говорит, что не переносит яркий свет. Температура $38,7^oC$, 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. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Вариант 6

1. Клеточно-белковая диссоциация в ЦСЖ характерна для (2):
   1. ушиба головного мозга,
   2. бокового амиотрофического склероза,
   3. болезни Паркинсона,
   4. серозного менингита,
   5. энцефалита.

2. Нарушение высших мозговых функций – это (3):
   1. акалькулия,
   2. афазия,
   3. центральный парез,
   4. атаксия,
   5. агнозия.

3. Нейрогенные нарушения мочеиспускания характерны для поражения (1):
   1. височной доли,
   2. теменной доли,
   3. затылочной доли,
   4. мозжечка,
   5. спинного мозга.

4. Лечение ортостатической гипотензии (2):
   1. антигипертензивные средства,
   2. симпатомиметики,
   3. увеличение потребления жидкости,
   4. уменьшение потребления поваренной соли,
   5. миорелаксанты.

5. Признак центрального пареза при коме (3):
   1. симптом Кернига,
   2. симптом Брудзинского,
   3. симптом Бабинского,
   4. асимметрия сухожильных рефлексов,
   5. наружная ротация стопы.

6. Для выяснения причины деструктивной комы наиболее информативна (1):
   1. эхоэнцефалоскопия,
   2. рентгенография черепа,
   3. рентгеновская компьютерная томография головы,
   4. электроэнцефалография,
   5. ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий.

Задача № 1

Больная, 64 года, обратилась к врачу с жалобами на нарушение памяти. Рассказывает, что ничего не может припомнить о том, что произошло накануне, начиная приблизительно от трех часов дня и до девяти вечера. Предшествующие события помнит хорошо. При обследовании неврологических расстройств нет, память и другие высшие психические функции не нарушены. Из беседы с родственниками известно, что вчера на фоне полного благополучия больная вдруг встревожилась, заявила, что ей нужно домой (хотя находилась дома), не могла вспомнить, как зовут ее близких, какой сейчас год и т.д. Объяснения близких воспринимала адекватно, однако через короткое время задавала те же

вопросы. Не могла ничего рассказать о своей жизни. Отчетливо осознавала болезненность своего состояния, просила вызвать врача но когда он приехал, очень удивилась. В беседе с врачом многократно через короткие промежутки времени спрашивала, как его зовут и по какому поводу он приехал. Около девяти чесов вечера состояние нормализовалось, к больной вернулась память, за исключением острого эпизода.

1. Как расценить нарушение памяти?
2. Локализация поражения?
3. Прогноз заболевания?

Задача № 2

У 67-летней женщины, страдающей стенокардией напряжения, внезапно развиваются двоение предметов, опущение левого века, слабость в правых конечностях. При обследовании: спутанное состояние сознания, больная не реагирует на речь, произносит бессвязные слова, гримасой боли реагирует на болевые раздражения. Менингеальных симптомов нет, птоз слева, расходящееся косоглазие, левое глазное яблоко повернуто кнаружи и вниз, левый зрачок расширен, на свет не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, сухожильные рефлексы повышены справа, отмечается симптом Бабинского справа.

2. Неврологические синдромы?
3. Степень и характер нарушения сознания?
4. Топический диагноз?
5. Дополнительные методы обследования?

Вариант 7

1. **Ксантохромия в ЦСЖ встречается при (2):**
   1. спонтанном субарахноидальном кровоизлиянии,
   2. травматическом субарахноидальном кровоизлиянии,
   3. инфаркте головного мозга,
   4. гнойном менингите,
   5. серозном менингите.
2. **Скудная, грамматически неправильная речь с малым количеством глаголов, длительные паузы при подборе слова, слова-эмболы – это (1):**
   1. сенсорная афазия,
   2. моторная афазия,
   3. амнестическая афазия,
   4. семантическая афазия,
   5. скандированная речь.
3. **Для нейрогенных нарушений мочеиспускания типичны (3):**
   1. боли при мочеиспускании,
   2. императивные позывы на мочеиспускание,
   3. истинное недержание мочи,
   4. воспалительные изменения в анализах мочи,
   5. отсутствие ощущения прохождения мочи.
4. **Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне (1):**
   1. C_1-C_4,
   2. C_5-C_7,
   3. C_8-Th_1,
   4. Th_2-Th_4,
   5. Th_5-Th_7.
5. **В шкале комы Глазго оцениваются (2):**
   1. речь,
   2. зрение,
   3. двигательные реакции конечностей,
   4. слух,

5. обоняние.

6. Причины деструктивной комы (2):

1. инсульт,
2. гипогликемия,
3. гипергликемия,
4. черепно-мозговая травма,
5. диабетический кетоацидоз.

Задача № 1

Больная 69 лет, обратилась с жалобой на значительное ухудшение зрения. Незадолго до обращения проконсультирована окулистом, поставлен диагноз «Гиперметропия слабой степени». Однако ношение очков не привело к ощутимому улучшению. В беседе с больной выясняется, что из-за плохого зрения она часто не узнает своих знакомых, что служит поводом для обид. Вместе с тем больная свободно читает без очков. Впрочем, читает она редко, поскольку «стало неинтересно». При осмотре выявлено выпадение правых полей зрения, других нарушений нет.

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

Задача № 2

У девочки 6-ти лет на 7-е сутки эпидемического паротита отмечены подъем температуры тела до 39^{o}С, сильная головная боль, и многократная рвота. В связи с этим девочка доставлена в стационар. При осмотре в стационаре ребенок вял, жалуется на сильную головную боль. Температура 39,4^{o}С. В неврологическом статусе определяется ригидность шейных мышц, невозможность привести подбородок к груди, выявляются симптом Кернига и верхний симптом Брудзинского. При люмбальной пункции получен ликвор, который слегка мутный, вытекает под давлением 180 ммводн. ст. При анализе ликвора число клеток равняется 431 в мкл, лимфоциты составляют 82% клеточного состава.

2. Неврологический синдром?
3. Локализация поражения?
4. Предварительный диагноз?

Вариант 8

1. Наиболее частое осложнение люмбальной пункции (1):

1. вклинение миндалин мозжечка в затылочное отверстие,
2. височно-тенториальное вклинение,
3. ликворная гипотензия,
4. гнойный менингит,
5. серозный менингит.

2. Для регуляторной (лобной) апраксии характерны (2):

1. нарушение последовательности действий,
2. ошибки пространственной организации движений,
3. персеверации,
4. невозможность воспроизвести заданную позу пальцев.

3. Парадоксальная ишурия характерна для поражения (2):

1. лобной доли,
2. варолиева моста,
3. продолговатого мозга,
4. крестцового отдела спинного мозга,
5. корешков спинного мозга.

4. Лечение задержки мочи вследствие спазма сфинктеров (2):

1. миорелаксанты,
2. блокаторы холинергических рецепторов детрузора,
3. катетеризация мочевого пузыря,
4. пирацетам,

5. витамины группы B_1.

5. Введение 100 мг тиамина коматозному больному показано при подозрении на (1):

1. инсульт,
2. энцефалопатию Вернике,
3. менингит,
4. уремию,
5. гипогликемию.

6. Причины метаболической комы (2):

1. энцефалит,
2. менингит,
3. отравление наркотиками,
4. уремия,
5. опухоль головного мозга.

Задача № 1

Больной 56-ти лет обратился с жалобой на слабость и неловкость в правой руке, которые мешают при одевании и других произвольных действиях. Значительно ухудшился почерк. Одновременно отмечает, что стало трудно считать в уме, поэтому часто ошибается при расчетах в магазине. При осмотре: мышечная сила во всех конечностях достаточная, мышечный тонус обычный, координаторные пробы выполняет без очевидных нарушений, однако несколько замедленно и неуверенно. В то же время, больной совершенно не может показать правой рукой, как причесываются или как чистят зубы, при этом неправильно располагает воображаемую расческу или зубную щетку. Он также не различает собственные пальцы на правой руке, не может воспроизвести жесты врача, узнать на ощупь предметы, несмотря на сохранную тактильную и глубокую чувствительность.

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

Задача № 2

Женщина 65-ти лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение и тошноту, которые возникли два часа назад. В течение 5-ти лет страдает мерцательной аритмией. При обследовании в приемном отделении выявлены мышечная гипотония и гипорефлексия, асинергия Бабинского, невозможность самостоятельно сидеть или стоять, других неврологических нарушений нет. В течение часа состояние больной ухудшилось. Сознание отсутствует, больная не реагирует на речь и болевые раздражения, часто зевает. Сохранены реакции зрачков на свет, роговичные рефлексы, но глоточные отсутствуют, симптом Бабинского положительный с обеих сторон.

2. Неврологические синдромы?
3. Степень и характер нарушения сознания?
4. Топический диагноз?
5. Дополнительные методы обследования?

Вариант 9

1. Менингеальные симптомы (3):

1. ригидность шейных мышц,
2. симптом Кернига,
3. симптом Ласега,
4. симптом Мацкевича,
5. симптом Брудзинского.

2. Синдромы поражения височной доли доминантного полушария (3):

1. акустическая агнозия,
2. сенсорная афазия,
3. амнестическая афазия,
4. моторная афазия,

5. астереогноз.

3. Арефлексия детрузора мочевого пузыря возникает при поражении (1):

2. ствола головного мозга,
3. шейного отдела спинного мозга,
4. грудного отдела спинного мозга,
5. поясничного отдела спинного мозга,
6. крестцового отдела спинного мозга.

4. Лечение недержания мочи вследствие гиперрефлексиидетрузора мочевого пузыря (2):

1. миорелаксанты,
2. блокаторы холинергических рецепторов детрузора (детрузитол, дриптан),
3. мелипрамин,
4. агонисты дофаминергических рецепторов,
5. витамины группы B_6.

5. Основной метод, подтверждающий смерть головного мозга (1):

1. рентгеновская компьютерная томография,
2. магнитно-резонансная томография,
3. эхоэнцефалоскопия,
4. электроэнцефалография,
5. рентгенография черепа.

6. Быстрое (в течение нескольких минут) нарушение сознания характерно для (2):

1. энцефалита,
2. менингита,
3. инсульта,
4. печеночной недостаточности,
5. черепно-мозговой травмы.

Задача № 1

Больной, 67 лет, консультируется по настоянию родственников. По их словам, больной изменился в последнее время: стал менее общителен, утратил интерес к работе и семье, большую часть времени ничем не занимается, неопрятен в одежде, разучился открывать самостоятельно дверной замок и пользоваться бытовыми приборами. Сам активных жалоб не предъявляет. При обследовании: легко отвлекаем, время от времени всплывают побочные ассоциации, которые больной не контролирует, не может воспроизвести вслед за врачом серию последовательных движений: вместо серии «кулак-ребро-ладонь» больной стереотипно стучит кулаком по столу; других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

Молодой человек 27-ми лет на протяжении трех месяцев ощущает постепенно нарастающие головные боли. В течение последней недели на высоте головной боли возникает рвота. При осмотре предъявляет жалобы на головную боль распирающего характера, тошноту. В неврологическом статусе не выявлено парезов и других очаговых неврологических синдромов. При осмотре глазного дна – расширение вен, размытость границ дисков зрительных нервов, что окулист расценил как «застойные диски зрительных нервов».

2. Неврологический синдром?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Вариант 10

1. Менингеальный синдром характерен для (3):

1. субарахноидального кровоизлияния,

2. инфаркта головного мозга,
3. нормотензивной гидроцефалии,
4. гнойного менингита,
5. серозного менингита.

2. Признаки поражения лобных долей головного мозга (3):

1. динамическая афазия,
2. нарушение схемы тела,
3. вербальные и двигательные персеверации,
4. отчуждение смысла слов,
5. аносмия.

3. Нарушение памяти на события, предшествующие черепно-мозговой травме – это (1):

1. транзиторная глобальная амнезия,
2. ретроградная амнезия,
3. антероградная амнезия,
4. конфабуляции,
5. синдром «уже виденного» (déjá vu).

4. Исследование цереброспинальной жидкости обычно проводится путем прокола между остистыми отростками позвонков на (1):

1. шейном,
2. верхнем грудном,
3. среднем грудном,
4. нижнем грудном,
5. поясничном уровне.

5. При хроническом вегетативном состоянии у больного сохранены (1):

1. речь,
2. письмо,
3. цикл сон-бодрствование,
4. целенаправленные движения,
5. стереогноз.

Вопрос 6 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся пи закрытых глазах.

6. Неврологические нарушения (2):

1. сегментарно-корешковый тип расстройства чувствительности,
2. сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
3. спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности,
4. мозжечковая атаксия,
5. сенситивная атаксия.

Задача № 1

У женщины 76-ти лет выявлена опухоль правой височной доли. В неврологическом статусе отмечалось только оживление сухожильных рефлексов в левых конечностях. От предложенного оперативного лечения пациентка отказалась. В течение 6-ти месяцев наблюдалась неврологом по месту жительства. Состояние начало ухудшаться за 3-е суток до повторной госпитализации, появилась и нарастала слабость в левых конечностях. За 2 часа до поступления нарушилось сознание. При обследовании в стационаре: сопор, на болевое раздражение пациентка открывает глаза, но в речевой контакт не вступает. Правый зрачок шире левого (справа), реакция правого зрачка на свет отсутствует. В ответ на болевые раздражения возникают нецеленаправленные движения только в правых конечностях. В левых конечностях движений нет, тонус повышен по спастическому типу, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?

2. Причина ухудшения состояния и нарушения сознания?
3. Врачебная тактика?

Задача № 2

Больная 69-ти лет в течение 20-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. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы обследования?

Вариант 11

1. **Симптомы внутричерепной гипертензии (3):**
   1. головная боль,
   2. тошнота,
   3. неустойчивость при ходьбе,
   4. рвота,
   5. нистагм.
2. **Агнозия – это (1):**
   1. нечеткость речи (неразборчивость произношения),
   2. нарушение распознавания сенсорных образов,
   3. утрата речевых способностей как способа выражения мысли,
   4. нарушение памяти на текущие события,
   5. нарушение сложных двигательных актов.
3. **Признаки первичного астереогноза (1):**
   1. нарушение схемы тела,
   2. нарушение тактильной чувствительности,
   3. нарушение глубокой чувствительности,
   4. невозможность узнавания предметов на ощупь,
   5. трудности называния предметов по показу.
4. **Нормальное количество клеток в мкл цереброспинальной жидкости (1):**
   1. 0-5,
   2. 6-10,
   3. 11-19,
   4. 20-29,
   5. 30 и более.
5. **Акинетический мутизм обычно вызван поражением (1):**
   1. лобных долей,
   2. теменных долей,
   3. затылочных долей,
   4. мозжечка,
   5. продолговатого мозга.

Вопрос 6 к задаче

У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная ги-

потония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся пи закрытых глазах.

6. Локализация поражения (1):

1. периферические нервы,
2. задние канатики спинного мозга,
3. передняя серая спайка,
4. червь мозжечка,
5. задние корешки.

Задача № 1

Больная 69 лет, обратилась с жалобой на значительное ухудшение зрения. Незадолго до обращения проконсультирована окулистом, поставлен диагноз «Гиперметропия слабой степени». Однако ношение очков не привело к ощутимому улучшению. В беседе с больной выясняется, что из-за плохого зрения она часто не узнает своих знакомых, что служит поводом для обид. Вместе с тем больная свободно читает без очков. Впрочем, читает она редко, поскольку «стало неинтересно». При осмотре выявлено выпадение правых полей зрения, других нарушений нет.

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

Задача № 2

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.

2. Неврологические синдромы?
3. Степень и характер нарушения сознания?
4. Топический диагноз?
5. Дополнительные обследования?

Вариант 12

1. Признаки внутричерепной гипертензии (2):

1. плоский тип электроэнцефалограммы,
2. «застойные» диски зрительных нервов,
3. атрофия головного мозга по данным рентгеновской компьютерной томографии,
4. увеличение числа дополнительных сигналов при эхоэнцефалоскопии.
5. повышение давления цереброспинальной жидкости свыше 200 мм вод.ст.

2. Для семантической афазии характерно (1):

1. трудности называния предметов по показу,
2. парафазии,
3. нарушение памяти на текущие события,
4. нарушение памяти на отдаленные события,
5. нарушение понимания грамматических конструкций.

3. Синдромы поражения вторичных корковых зон затылочных долей головного мозга (3):

1. зрительно-пространственная агнозия,
2. прозапагнозия,
3. синдром игнорирования половины пространства,
4. зрительно-предметная агнозия,

5. акалькулия.

4. Нормальное содержание белка в 100 мл цереброспинальной жидкости (1):

1. 0-25 мг,
2. 25-40 мг,
3. 40-100 мг,
4. 100-150 мг,
5. 150-300 мг.

5. По степени тяжести выделяют следующие нарушения сознания (2):

1. делирий,
2. галлюцинации,
3. сопор,
4. акинетический мутизм,
5. кома.

Вопрос 6 к задаче

У пациента нистагм, скандированная речь; в ногах сила снижена, тонус повышен, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях – интенционный тремор; чувствительных нарушений нет.

6. Неврологические нарушения (2):

1. сенситивная атаксия,
2. нижний центральный парапарез,
3. вестибулярная атаксия,
4. мозжечковая атаксия,
5. смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия.

Задача № 1

Мужчина 55-лет во время физической нагрузки отметил внезапную сильную головную боль, была кратковременная утрата сознания. К врачам не обращался, принимал обезболивающие препараты, которые давали непродолжительный эффект. На восьмые сутки с начала заболевания, в связи с сохраняющейся головной болью, родственниками доставлен в больницу. При обследовании выявляется ригидность мышц шеи, пациент не доводит подбородок до груди, определяется симптом Кернига с 2-х сторон. При люмбальной пункции получен ксантохромный ликвор, вытекающий под давлением 250 ммводн. ст. При микроскопии ликвора, после центрифугирования, в осадке выявляется большое количество эритроцитов.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные обследования?

Задача № 2

Женщина 35-ти 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.

2. Неврологические синдромы?
3. Характер и степень нарушения сознания?
4. Топический диагноз?
5. Дополнительные обследования?

Вариант 13

1. Наиболее частая причина гипертензивной гидроцефалии (1):

1. увеличение образования цереброспинальной жидкости,
2. нарушение абсорбции цереброспинальной жидкости,

3. препятствие току цереброспинальной жидкости,
4. атрофия головного мозга,
5. хроническая цереброваскулярная недостаточность.

2. Выраженные нарушения памяти на текущие события - это (1):

1. антероградная амнезия,
2. ретроградная амнезия,
3. фиксационная амнезия,
4. транзиторная глобальная амнезия,
5. анозогнозия.

3. Корсаковский синдром - это (1):

1. выраженные прогрессирующие нарушения памяти,
2. сочетание апракто-агностических и речевых нарушений,
3. нарушение памяти преимущественно на отдаленные события,
4. фиксационная амнезия, псевдореминесценции, конфабуляции,
5. преходящие нарушения памяти на текущие и отдаленные события.

4. При вклинении миндалин мозжечка в затылочное отверстие сдавливается (1):

1. ножка мозга,
2. варолиев мост,
3. продолговатый мозг,
4. зрительный бугор,
5. гипофиз.

5. Признаки поражения ствола головного мозга или черепных нервов при коме (3):

1. центральный гемипарез,
2. центральная гемигипестезия,
3. отсутствие феномена «глаз куклы»,
4. односторонний мидриаз,
5. вертикальное косоглазие.

Вопрос 6 к задаче

У пациента нистагм, скандированная речь; в ногах сила снижена, тонус повышен, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях – интенционный тремор; чувствительных нарушений нет.

6. Локализация поражения (2):

1. левое полушарие мозжечка,
2. задние канатики спинного мозга,
3. боковые канатики спинного мозга,
4. передние рога спинного мозга,
5. лабиринт.

Задача № 1

У 63-летней больной, длительно страдавшей артериальной гипертензией, остро возникли слабость и онемение в левых конечностях. При обследовании выявлены выпадение левых полей зрения, парез нижней половины мимических мышц слева, девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях, симптом Бабинского слева, утрата всех видов чувствительности на левой половине тела. Несмотря на отсутствие движений в левых конечностях, больная заявила, что здорова и собирается идти домой. Когда лечащий врач обратил внимание пациентки на паретичную конечность, больная заявила, что «это вообще не моя рука». При внимательном наблюдении за больной было обнаружено, что она не замечает людей или предметов, которые находятся слева от нее.

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

Задача № 2

Мужчина, 30 лет, во время автомобильной аварии получил удар по голове и потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания беспокоят головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре пациент дезориентирован в месте и

времени, обстоятельства травмы не помнит, на вопросы отвечает односложно, отмечается сонливость. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и ахилловых рефлексов с обеих сторон.

2. Неврологические синдромы?
3. Степень и характер нарушения сознания?
4. Локализация поражения?
5. Дополнительные обследования?

Вариант 14

1. Нормотензивная гидроцефалия характерна для (2):
1. опухоли мозжечка,
2. опухоли височной доли,
3. атрофического процесса в головном мозге,
4. последствия субарахноидального кровоизлияния,
5. аномалии Киари.

2. Признаки зрительно-пространственной агнозии (4):
1. нарушение узнавания предметов,
2. нарушение ориентировки на местности,
3. нарушение узнавания лиц,
4. невозможность определить время по часам со стрелкой,
5. астереогноз.

3. Признаки моторной афазии (3):
1. вербальные персеверации,
2. уменьшение беглости и плавности речи,
3. нарушение счета,
4. дисграфия,
5. отчуждение смысла слов.

4. Активация симпатической нервной системы вызывает (3):
1. повышение артериального давления,
2. учащение частоты сердечных сокращений,
3. сужение бронхов,
4. усиление перистальтики желудочно-кишечного тракта,
5. ослабление потоотделения.

5. При подозрении на инфекционное поражение головного мозга с развитием комы наиболее информативно проведение (1):
1. рентгенографии черепа,
2. рентгеновской компьютерной томографии,
3. магнитно-резонансной томографии,
4. люмбальной пункции,
5. ультразвукового дуплексного сканирования сонных и позвоночных артерий.

Вопрос 6 к задаче

У пациента отмечаются нарушения поведения, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без изменений, парезов и расстройств чувствительности нет.

6. Тип атаксии (1):
1. мозжечковая,
2. вестибулярная,
3. сенситивная,
4. лобная,
5. смешанная (сенситивная + мозжечковая) атаксия.

Задача № 1

Молодой человек, 23 года, во время занятий спортом почувствовал внезапную сильную головную боль. После этого он потерял сознание, находился в бессознательном состоянии

несколько минут и был доставлен в больницу бригадой «скорой медицинской помощи». При обследовании в больнице возбужден, жалуется на сильные головные боли, тошноту, говорит, что его раздражает яркий свет. Со слов, сопровождающих в машине «скорой помощи» отмечалась рвота. В неврологическом статусе обнаружена резкая ригидность мышц шеи, в связи с которой не доводит подбородок до груди, определяются симптомы Кернига и верхний симптом Брудзинского.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные обследования?

Задача № 2

Мужчину 75-ти лет на протяжении двух суток беспокоят нарастающая головная боль и повышение температуры до 39^{o}С. При обследовании: в сознании, ориентирован в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, отмечается сонливость. Выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон; других неврологических нарушений нет.

2. Неврологические синдромы?
3. Степень и характер нарушения сознания?
4. Локализация поражения?
5. Дополнительные методы обследования?

Вариант 15

Вопрос 1 к задаче

У пациента в левых конечностях мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево.

1. Локализация поражения (1):
1. задние канатики спинного мозга справа,
2. задние канатики спинного мозга слева,
3. ствол мозга,
4. левое полушарие мозжечка,
5. левая лобная доля.

2. Признаки поражения теменной доли доминантного полушария (3):
1. зрительно-пространственная агнозия,
2. кинестетическая апраксия,
3. акалькулия,
4. вербальные и двигательные персеверации,
5. астереогноз.

3. «Воспоминания» событий, которые никогда не происходили – это (1):
1. конфабуляции,
2. синдром «уже виденного» (déjá vu),
3. псевдореминесценции,
4. амнестическая афазия,
5. прозапагнозии.

4. Активация парасимпатической нервной системы вызывает (2):
1. замедление частоты сердечных сокращений,
2. повышение артериального давления,
3. усиление перистальтики желудочно-кишечного тракта,
4. усиление деятельности слезных желез,
5. усиление деятельности слюнных желез.

5. Вертикальное расходящееся косоглазие и поплавковые движения глазных яблок у коматозного больного характерны для поражения (1):
1. продолговатого мозга,
2. варолиева моста,
3. среднего мозга,
4. затылочных долей,
5. височных долей.

Вопрос 6 к задаче

У пациента отмечаются нарушения поведения, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без изменений, парезов и расстройств чувствительности нет.

6. Локализация поражения (1):

1. мозжечок,
2. спинной мозг,
3. ствол мозга,
4. вестибулокохлеарные нервы,
5. лобные доли.

Задача № 1

У девушки 19-ти лет в течение нескольких дней отмечается подъем температуры тела выше 38^{o}С, беспокоят нарастающие по интенсивности головные боли. Она лечилась в поликлинике по мету жительства с диагнозом «Острая респираторная вирусная инфекция» без эффекта. В связи с нарастанием головной боли доставлена в стационар. При обследовании больная вяла, лежит с запрокинутой головой, старается не открывать глаза, говорит, что не переносит яркий свет. Температура 38,7^{o}С, 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. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Задача № 2

У мужчины 46-ти лет, хронического алкоголика, в период очередного запоя развиваются общая слабость, повторные рвоты и поносы. К ним присоединяются спутанность сознания, двоение и нарушение походки. При обследовании: больной на словесные команды не реагирует, говорит отдельные бессвязные слова, менингеальных симптомов нет, выявляются сходящееся косоглазие, ограничение движения глазных яблок кнаружи, горизонтальный и вертикальный нистагм. При магнитно-резонансной томографии головы обнаружены мелкоочаговые симметричные поражения в области ствола мозга, таламуса и гипоталамуса.

2. Неврологические синдромы?
3. Характер и степень нарушения сознания?
4. Врачебная тактика?

Вариант 16

Вопрос 1 к задаче

У пациента гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

1. Локализация поражения (1):

1. периферические нервы,
2. задние канатики спинного мозга,
3. ствол мозга,
4. червь мозжечка,
5. лабиринт.

2. Височно-тенториальное вклинение типично для патологических объемных образований в (1):

1. продолговатом мозге,
2. варолиевом мосту,
3. мозжечке,
4. среднем мозге,
5. большом полушарии.

3. Транзиторная глобальная амнезия – это (1):

1. выраженные прогрессирующие нарушения памяти,
2. преходящее состояние спутанного сознания с дезориентировкой в места,
3. кратковременная афазия,
4. преходящее нарушение памяти на текущие и отдаленные события,
5. кратковременная утрата сознания с падением мышечного тонуса.

4. Невозможность воспроизвести серию из трех последовательных движений, персеверации при их выполнении характерны для (1):

2. гиперкинетического синдрома,
3. конструктивной апраксии,
4. кинестетической апраксии,
5. лобной апраксии,
6. мозжечковой атаксии.

5. Лечение эссенциального тремора (2):

1. наком,
2. мидантан (амантадин),
3. циклодол,
4. пропранолол (анаприлин),
5. антелепсин (клоназепам).

6. При коме могут сохраняться (3):

1. произвольные движения в конечностях,
2. прямая реакция зрачков на свет,
3. содружественная реакция зрачков на свет,
4. роговичный рефлекс,
5. контроль функций тазовых органов.

Задача № 1

Больной 46-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^{o}С. 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 ммводн.ст. При анализе ликвора число клеток – 456 в мкл, лимфоциты составляют 67% клеточного состава, содержание белка 5 г/л, содержание глюкозы – 20 мг%.

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный диагноз?

Задача № 2

У 58-летнего мужчины, страдающего циррозом печени, появились и постепенно нарастают дневная сонливость, нарушения памяти и внимания, неадекватность суждений и поведения. Больной в сознании, ориентирован в собственной личности, в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, ошибается в интерпретации простых пословиц и поговорок, снижены память и концентрация внимания, зрачки узкие, ослаблена их реакция на свет. Других неврологических нарушений не выявлено.

1. Неврологические синдромы?
2. Характер и степень нарушения сознания?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение и прогноз заболевания?

Критерии оценки:

(отлично) – студент 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) –студент 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) –студент неполно и с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, недостаточно пониманиет 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) – студент с ошибками отвечает на предоставляемые тесты, демонстрирует неполные и неточные ответы на вопросы задачи, не пониманиет клиническую ситуацию, с грубыми ошибками анали-зирует 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: ОКУШКО С.В. _____
подпись

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

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

П Е Р Е Ч Е Н Ь тематических тестов к VIII семестру IV курс
Раздел «Частная и клиническая неврология, медицинская генетика»

Темы 1-13

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. Темы 1-3

1. Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке:
1. до 24-х часов
2. до 2-х суток
3. до 3-х суток
4. до недели
5. до 3-х недель

2. Этиология транзиторных ишемических атак:
1. ревматическое поражение сердца, эритремия, расслоение внутренней сонной артерии
2. ревматическое поражение сердца, эритремия, гипотиреоз
3. эритремия, расслоение внутренней сонной артерии, гипотиреоз
4. эритремия, атеросклероз, гипотиреоз

3. Для транзиторной ишемической атаки характерно:
1. гемипарез, афазия, кома
2. парциальный эпилептический припадок, гемигипестезия, кома
3. гемипарез, афазия, гемигипестезия
4. гемипарез, парциальный эпилептический припадок, кома

4. Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта:
1. отсутствие нарушения сознания
2. отсутствие афазии
3. длительность очаговых неврологических симптомов менее суток
4. меньшая степень неврологических расстройств
5. внезапное начало

5. Типичные проявления транзиторной ишемической атаки:
1. парез руки, кратковременная утрата зрения на один глаз, изолированное системное головокружение
2. кратковременная утрата зрения на один глаз, изолированное системное головокружение, транзиторная спутанность сознания
3. парез руки, кратковременная утрата зрения на один глаз, парез мышц лица по центральному типу
4. изолированное системное головокружение, транзиторная спутанность сознания, парез мышц лица по центральному типу
5. кратковременная утрата зрения на один глаз, изолированное системное головокружение, парез мышц лица по центральному типу

6. Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение:
1. нескольких секунд
2. нескольких минут
3. 12-ти часов
4. 24-х часов

5. 3-х суток

7. Профилактика инсульта у больного с транзиторной ишемической атакой:

1. ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, карбамазепин
2. ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, пирацетам
3. клопидогрель, карбамазепин, тиклопидин
4. ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, тиклопидин
5. клопидогрель, карбамазепин, пирацетам

8. Показания к каротиднойэндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками:

1. стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра
2. окклюзия внутренней сонной артерии
3. стеноз внутренней сонной артерии 50-60% диаметра
4. стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра
5. двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра

9. Ацетилсалициловая кислота у больного с транзиторной ишемической атакой:

1. рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки, предупреждает кровоизлияние в головной мозг
2. предупреждает субарахноидальное кровоизлияние, снижает риск развития эпилептических припадков
3. рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки, может вызвать желудочно-кишечные осложнения
4. предупреждает субарахноидальное кровоизлияние, может вызвать желудочно-кишечные осложнения
5. рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки, предупреждает субарахноидальное кровоизлияние

10. Закупорка внутренней сонной артерии может привести к:

1. транзиторной ишемической атаке, ишемическому инсульту, субарахноидальному кровоизлиянию
2. транзиторной ишемической атаке, ишемическому инсульту, слепоте на один глаз
3. ишемическому инсульту, субарахноидальному кровоизлиянию, слепоте на один глаз
4. ишемическому инсульту, субарахноидальному кровоизлиянию, внутримозговому кровоизлиянию
5. транзиторной ишемической атаке, ишемическому инсульту, внутримозговому кровоизлиянию

11. Фибринолитик (тканевой активатор плазминогена) не применяют при инфаркте мозга, если:

1. АД не выше 150/90 мм рт.ст., прошло 6 и более часов после инсульта, у пациента сочетанная ишемическая болезнь сердца
2. АД 200/120 мм рт.ст. и выше, прошло 12 и более часов после инсульта, у больного тотальная афазия и гемиплегия
3. АД 200/120 мм рт.ст. и выше, степень неврологического дефицита легкая, прошло 6 и более часов после инсульта
4. степень неврологического дефицита легкая, у пациента сочетанная ишемическая болезнь сердца, нормальные цифры АД

12. Факторы риска развития ишемического инсульта:

1. артериальная гипертензия, молодой возраст, сахарный диабет
2. артериальная гипертензия, прием оральных контрацептивов (у женщин), сотрясение головного мозга
3. прием оральных контрацептивов (у женщин), молодой возраст, сахарный диабет
4. артериальная гипертензия, прием оральных контрацептивов (у женщин), сахарный диабет
5. молодой возраст, сахарный диабет, сотрясение головного мозга

13. Показания к проведению каротиднойэндартерэктомии:

1. наличие выраженного неврологического дефицита, молодой возраст
2. стеноз внутренней сонной артерии более 70%, отсутствие выраженного неврологического дефицита
3. стеноз внутренней сонной артерии более 70%, пожилой возраст
4. отсутствие выраженного неврологического дефицита, молодой возраст
5. наличие выраженного неврологического дефицита, пожилой возраст

14. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии характерны:
1. гемипарез, гемигипестезия
2. синдром Валленберга-Захарченко, оптико-пирамидный синдром
3. гемигипестезия, оптико-пирамидный синдром
4. гемигипестезия, синдром Вебера
5. гемипарез, преходящая слепота на один глаз

15. Факторы риска ишемического инсульта:
1. мерцательная аритмия, артериальная гипотония
2. мерцательная аритмия, эпизодические головные боли напряжения
3. артериальная гипертония, транзиторная ишемическая атака
4. сахарный диабет, артериальная гипотония
5. артериальная гипертония, эпизодические головные боли напряжения

16. Наиболее частая причина ишемического инсульта:
1. церебральный васкулит
2. церебральный атеросклероз
3. порок сердца
4. заболевание крови
5. разрыв мешотчатой аневризмы

17. Антитромбоцитарное средство, применяемое для вторичной профилактики ишемического инсульта:
1. ацетилсалициловая кислота
2. пентоксифиллин
3. пирацетам
4. винпоцетин
5. циннаризин

18. Фибринолитическая терапия при ишемическом инсульте:
1. предупреждает развитие повторного инсульта, проводится не позднее 6 часов от начала развития инсульта
2. проводится не позднее 6 часов от начала развития инсульта, улучшает исход инсульта
3. улучшает исход инсульта, не вызывает геморрагические осложнения
4. проводится не позднее 6 часов от начала развития инсульта, не вызывает геморрагические осложнения
5. не вызывает геморрагические осложнения, используется при легкой степени неврологического дефицита

19. При инфаркте мозга с локализацией в бассейне передней мозговой артерии наблюдаются:
1. гемианопсия
2. оптико-пирамидный синдром
3. сенсорная афазия
4. гемипарез с преобладанием в ноге
5. гемиатаксия

20. Прогрессирующее течение инсульта характерно для:
1. лакунарного инсульта
2. атеротромботического инсульта
3. кардиоэмболического инсульта
4. гемодинамического инсульта

21. Для инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии типичны:
1. гемипарез с преобладанием в ноге

2. гемипарез с преобладанием в руке
3. атактический гемипарез
4. гемианопсия
5. моторная афазия

22. Ишемический инсульт у молодых чаще вызван:
1. заболеванием крови
2. заболеванием сердца
3. аневризмой мозговой артерии
4. мигренью
5. хроническим алкоголизмом

23. Специфические синдромы лакунарного инсульта:
1. изолированный гемипарез, гемианопсия, моторная афазия
2. изолированный гемипарез, моторная афазия, атактический гемипарез
3. изолированный гемипарез, изолированная гемианестезия, атактический гемипарез
4. гемианопсия, моторная афазия, атактический гемипарез

24. Люмбальная пункция при ишемическом инсульте:
1. наиболее информативный метод исследования, проводится при невозможности выполнить КТ или МРТ головы
2. наиболее информативный метод исследования, позволяет подтвердить диагноз не более чем в 90% случаев
3. проводится при невозможности выполнить КТ или МРТ головы, позволяет подтвердить диагноз не более чем в 90% случаев
4. проводится при невозможности выполнить КТ или МРТ головы, противопоказана при нарушении сознания
5. позволяет подтвердить диагноз не более чем в 90% случаев, проводится для снижения внутричерепного давления

25. Для установления диагноза ишемического инсульта самый информативный метод:
1. эхоэнцефалоскопия
2. электроэнцефалография
3. дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий
4. КТ головы
5. люмбальная пункция

26. Цереброспинальная жидкость при ишемическом инсульте:
1. содержит повышенное количество лимфоцитов
2. не изменена
3. содержит повышенное количество белка
4. содержит эритроциты
5. вытекает под низким давлением

27. Гепарин используют при:
1. лакунарном инсульте, кардиоэмболическом инсульте
2. кардиоэмболическоминсульте, геморрагическом инфаркте
3. кардиоэмболическоминсульте, бессимптомном значительном стенозе (более 50% диаметра) внутренней сонной артерии
4. кардиоэмболическом инсульте, прогрессирующем атеротромботическом инсульте
5. лакунарном инсульте, прогрессирующем атеротромботическом инсульте

28. Для снижения уровня холестерина в крови в целях профилактики инсульта эффективен прием:
1. витамина B_1
2. витамина B_6
3. витамина B_{12}
4. статинов
5. аскорбиновой кислоты

29. Для кардиоэмболического инсульта характерны:
1. постепенно развитие заболевания, мерцательная аритмия

2. геморрагический характер инфаркта, мерцательная аритмия
3. оптико-пирамидный синдром, мерцательная аритмия
4. постепенно развитие заболевания, оптико-пирамидный синдром
5. мерцательная аритмия, сахарный диабет

30. Типичная локализация лакунарных инфарктов:
1. варолиев мост, внутренняя капсула
2. кора больших полушарий, внутренняя капсула
3. кора больших полушарий, кора мозжечка
4. кора больших полушарий, варолиев мост
5. внутренняя капсула, кора мозжечка

31. Ишемический инсульт проявляется:
1. менингеальными симптомами, гемипарезом
2. гемипарезом, сильной головной болью в дебюте заболевания
3. сильной головной болью в дебюте заболевания, предшествующими транзиторными ишемическими атаками
4. гемипарезом, предшествующими транзиторными ишемическими атаками
5. предшествующими транзиторными ишемическими атаками, повышением температуры тела

32. КТ головы при ишемическом инсульте:
1. выявляет очаг пониженной плотности, позволяет исключить внутримозговое кровоизлияние
2. позволяет исключить внутримозговое кровоизлияние, помогает установить подтип ишемического инсульта
3. помогает установить подтип ишемического инсульта, занимает около 30 минут
4. занимает около 30 минут, всегда используется с введением контрастного вещества

33. Варфарин для профилактики повторного инсульта применяется при:
1. атеротромботическом инсульте
2. кардиоэмболическом инсульте
3. лакунарном инсульте
4. сочетанной ишемической болезни сердца
5. церебральном васкулите

34. Для выявления закупорки церебральной артерии используют:
1. эхоэнцефалоскопию, транскраниальную допплерографию
2. транскраниальную допплерографию, церебральную ангиографию
3. эхоэнцефалоскопию, электроэнцефалографию
4. транскраниальную допплерографию, электроэнцефалографию
5. церебральную ангиографию, магнитную стимуляцию головного мозга

35. Для инфаркта мозга в вертебрально-базилярном бассейне характерны:
1. альтернирующий синдром, глазодвигательные нарушения
2. альтернирующий синдром, моторная афазия
3. моторная афазия, глазодвигательные нарушения
4. глазодвигательные нарушения, монопарез руки
5. моторная афазия, монопарез ноги

36. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии типичны:
1. моторная афазия, альтернирующий синдром
2. моторная афазия, сенсорная афазия
3. моторная афазия, гемипарез с преобладанием в ноге
4. гемипарез с преобладанием в ноге, сенсорная афазия
5. гемипарез с преобладанием в ноге, обонятельные галлюцинации

37. Лечение отека при обширном инфаркте мозга:
1. маннитол, пирацетам
2. маннитол, церебролизин
3. глицерол, пирацетам
4. пирацетам, церебролизин

5. маннитол, глицерол

38. Какому подтипу ишемического инсульта чаще всего предшествуют эпизоды транзиторной ишемии мозга:
1. атеротромботическому
2. гемодинамическому
3. кардиоэмболическому
4. лакунарному

39. Для лакунарного инфаркта характерны:
1. очаг менее 15 мм в диаметре, изолированный гемипарез
2. очаг менее 15 мм в диаметре, геморрагический характер инфаркта
3. геморрагический характер инфаркта, стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра
4. стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра, изолированный гемипарез
5. моторная афазия, изолированный гемипарез

40. При лечении варфарином необходим регулярный контроль в крови:
1. эритроцитов
2. лейкоцитов
3. тромбоцитов
4. международного нормализованного отношения или протромбинового индекса
5. фибринолитической активности

41. Для вторичной профилактики ишемического инсульта рекомендуется прием антитромбоцитарных средств в течение:
1. 3-х месяцев
2. 6-ти месяцев
3. года
4. 2-х лет
5. 3-х лет

42. Этиология внутримозгового кровоизлияния:
1. артериальная гипертония, артериовенозная мальформация, амилоидная ангиопатия
2. артериальная гипертония, гемофилия, фибрилляция предсердий
3. артериальная гипотония, гемофилия, диабетическая ангиопатия
4. артериальная гипертония, фибрилляция предсердий, амилоидная ангиопатия
5. артериовенозная мальформация, диабетическая ангиопатия, гиперлипидемия

43. Причины внутримозгового кровоизлияния:
1. гемофилия, артериовенозная мальформация, амилоидная ангиопатия
2. артериовенозная мальформация, фибрилляция предсердий, амилоидная ангиопатия
3. артериальная гипертония, гемофилия, фибрилляция предсердий
4. артериальная гипотония, фибрилляция предсердий, амилоидная ангиопатия
5. диабетическая ангиопатия, артериальная гипертония, фибрилляция предсердий

44. Неврологические синдромы, характерные для кровоизлияния в правое полушарие головного мозга:
1. левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемигипестезия
2. поражение левого зрительного нерва, левосторонний центральный гемипарез
3. левосторонний центральный гемипарез, парез мимических мышц по периферическому типу слева
4. парез мимических мышц по периферическому типу слева, левосторонняя гемигипестезия
5. левосторонняя гемигипестезия, синдром Горнера слева

45. Самая частая локализация кровоизлияния по механизму диапедезного пропитывания:
1. лобная доля
2. теменная доля
3. затылочная доля
4. внутренняя капсула
5. зрительный бугор

46. Для кровоизлияния в мозжечок характерны:
1. головная боль, атаксия в конечностях, амнестическая афазия
2. атаксия в конечностях, амнестическая афазия, головокружение
3. головная боль, атаксия в конечностях, головокружение
4. сенсомоторная афазия, атаксия в конечностях, головокружение

47. Профилактика спазма церебральных артерий после клипирования аневризмы при нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии:
1. нимодипин, гемодилюция
2. эпсилон-аминокапроновая кислота, нимодипин
3. нимодипин, церебролизин
4. гемодилюция, пирацетам

48. Этиология нетравматического субарахноидального кровоизлияния:
1. мешотчатая аневризма, ревматический порок сердца
2. мешотчатая аневризма, мерцательная аритмия
3. мешотчатая аневризма, употребление кокаина
4. ревматический порок сердца, употребление кокаина
5. мерцательная аритмия, церебральный атеросклероз

49. Типичная локализация нетравматических внутримозговых гематом:
1. продолговатый мозг, варолиев мост
2. варолиев мост, мозжечок
3. мозжечок, кора лобной доли
4. базальные ганглии и внутренняя капсула, кора лобной доли
5. продолговатый мозг, кора лобной доли

50. При нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии для выявления сосудистой мальформации наиболее информативны:
1. КТ головы, люмбальная пункция
2. МР-ангиография головы, церебральная ангиография
3. КТ головы, МРТ головы
4. КТ головы, церебральная ангиография
5. МРТ головы, люмбальная пункция

51. Применение эпсилон-аминокапроновой кислоты при субарахноидальном нетравматическом кровоизлиянии:
1. предупреждает повторное кровоизлияние, улучшает кровоснабжения головного мозга
2. улучшает кровоснабжения головного мозга, препятствует развитию спазма церебральных артерий
3. препятствует развитию спазма церебральных артерий, может привести к развитию тромбоза
4. предупреждает повторное кровоизлияние, может привести к развитию тромбоза

52. Причины нетравматического внутримозгового кровоизлияния:
1. артериовенозная мальформация, гипертоническая болезнь
2. гипертоническая болезнь, эритремия
3. эритремия, искусственный клапан сердца
4. искусственный клапан сердца, антикоагулянтная терапия
5. эритремия, антикоагулянтная терапия

53. Для внутримозгового нетравматического кровоизлияния характерны:
1. ригидность шейных мышц, нарушение сознания, гемипарез
2. гемипарез, постепенное нарастание очаговых неврологических нарушений
3. ригидность шейных мышц, постепенное нарастание очаговых неврологических нарушений
4. гемипарез, синдром Валенберга-Захарченко
5. ригидность шейных мышц, синдром Валенберга-Захарченко

54. Типичные осложнения нетравматического субарахноидального кровоизлияния:
1. инфаркт миокарда, спазм церебральных артерий
2. артериальная гипотония, спазм церебральных артерий

3. спазм церебральных артерий, гнойный менингит
4. спазм церебральных артерий, повторное субарахноидальное кровоизлияние
5. повторное субарахноидальное кровоизлияние, гнойный менингит

55. Хирургическое лечение наиболее эффективно при кровоизлиянии в:
1. зрительный бугор
2. подкорковые ядра
3. лобную долю
4. мозжечок
5. височную долю

56. Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает:
1. внутримозговое кровоизлияние
2. субарахноидальное кровоизлияние
3. острую гипертоническую энцефалопатию
4. лакунарный инсульт
5. транзиторную ишемическую атаку

57. Для установления диагноза внутримозгового кровоизлияния наиболее информативна:
1. люмбальная пункция
2. эхоэнцефалоскопия
3. рентгеновская компьютерная томография головы
4. церебральная ангиография
5. электроэнцефалография

58. Лечение отека мозга при кровоизлиянии в мозг:
1. дексазон, маннитол, пирацетам
2. дексазон, маннитол, глицерол
3. реополиглюкин, витамины группы В
4. пирацетам, витамины группы В
5. дексазон, пирацетам, реополиглюкин

59. Для субарахноидального кровоизлияния характерны:
1. вестибулярная атаксия, ригидность шейных мышц
2. ригидность шейных мышц, нарушение сознания
3. нарушение сознания, сенсорная афазия
4. нарушение сознания, синдром Валленберга-Захарченко

60. Профилактика повторного субарахноидального кровоизлияния:
1. нимодипин
2. пирацетам
3. дексазон
4. диазепам
5. хирургическое выключение аневризмы

61. Кровь в ликворе типична для:
1. геморрагического инфаркта мозга, лакунарного инсульта
2. внутримозгового кровоизлияния, геморрагического инфаркта мозга
3. субарахноидального кровоизлияния, атеротромботического инсульта
4. лакунарного инсульта, атеротромботического инсульта

62. При кровоизлиянии в варолиев мост не возникает:
1. нарушение сознания
2. тетраплегия
3. альтернирующий синдром
4. сенсорная афазия
5. периферический парез мимических мышц

63. Соотношение частоты развития геморрагического и ишемического инсультов составляет:
1. 1:1
2. 1:2
3. 1:4

4. 2:1
5. 4:1

64. Основные методы диагностики субарахноидального кровоизлияния:
1. люмбальная пункция, дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий
2. дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, эхоэнцефалоскопия
3. люмбальная пункция, рентгеновская компьютерная томография
4. эхоэнцефалоскопия, рентгеновская компьютерная томография
5. рентгеновская компьютерная томография, электроэнцефалография

65. Раннее хирургическое вмешательство при нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии:
1. уменьшает риск повторного кровоизлияния, предупреждает развитие спазма церебральных артерий
2. уменьшает риск повторного кровоизлияния, проводится при коматозном состоянии больного
3. проводится при коматозном состоянии больного, предупреждает развитие спазма церебральных артерий
4. предупреждает развитие спазма церебральных артерий, заключается в стентировании артерии

66. Для кровоизлияния в таламус характерны:
1. нарушение сознания, гемианестезия, гемиплегия
2. нарушение сознания, гемианестезия, гемиатаксия
3. гемиатаксия, дисфагия, синдром Горнера
4. нарушение сознания, дисфагия, синдром Горнера

67. Показания к раннему хирургическому лечению при субарахноидальном кровоизлиянии:
1. травматический генез заболевания
2. кома
3. гемиплегия
4. мешотчатая аневризма
5. тотальная афазия

68. КТ головы чаще выявляет субарахноидальное кровоизлияние:
1. в первые сутки
2. на 3-й день
3. на 7-й день
4. на 14-й день
5. на 21-й день

69. Профилактика спазма церебральных артерий при субарахноидальном кровоизлиянии:
1. аспирин
2. варфарин
3. гепарин
4. нимодипин
5. церебролизин

70. Наиболее информативный метод диагностики церебральной аневризмы:
1. магнитно-резонансная томография
2. магнитно-резонансная ангиография
3. рентгеновская компьютерная томография
4. церебральная ангиография
5. транскраниальная допплерография

71. Причина развития гемипареза на 10-е сутки субарахноидального нетравматического кровоизлияния:
1. отек мозга
2. синдром верхнего вклинения
3. синдром нижнего вклинения
4. спазм церебральных артерий

72. Наиболее частая причина внутримозгового кровоизлияния в молодом возрасте:
1. ревматический порок сердца
2. амилоидная ангиопатия
3. артериовенозная мальформация
4. эритремия
5. церебральный атеросклероз

73. Преимущественная локализация внутримозгового кровоизлияния при артериальной гипертонии:
1. скорлупа
2. кора лобной доли
3. кора теменной доли
4. кора височной доли
5. продолговатый мозг

74. Для кровоизлияния в базальные ганглии и внутреннюю капсулу характерны:
1. гемиплегия, гемианестезия, гемианопсия
2. дисфагия, дисфония, дизартрия
3. гемиплегия, дисфагия, дисфония
4. гемианопсия, дисфагия, дисфония

75. Вторичная профилактика кровоизлияния в мозг:
1. аспирин, варфарин
2. отказ от злоупотребления алкоголем, лечение артериальной гипертензии
3. варфарин, статины
4. статины, лечение артериальной гипертензии

76. Болезнь Альцгеймера:
1. развивается в молодом возрасте, проявляется центральным гемипарезом
2. относится к группе дегенеративных заболеваний головного мозга, развивается в молодом возрасте
3. относится к группе дегенеративных заболеваний головного мозга, проявляется агнозией, апраксией, афазией
4. проявляется агнозией, апраксией, афазией, проявляется центральным гемипарезом
5. проявляется центральным гемипарезом, часто сопровождается эпилептическими припадками

77. Основные методы диагностики болезни Альцгеймера:
1. МРТ головного мозга, транскраниальная допплерография
2. МРТ головного мозга, нейропсихологическое обследование
3. транскраниальная допплерография, нейропсихологическое обследование
4. нейропсихологическое обследование, эхоэнцефалоскопия
5. эхоэнцефалоскопия, электромиография

78. Патогенетические механизмы дисциркуляторной энцефалопатии:
1. хроническая ишемия головного мозга, наследственная дегенерация нейронов
2. хроническая ишемия головного мозга, повторные острые нарушения мозгового кровообращения
3. наследственная дегенерация нейронов, нарушение продукции цереброспинальной жидкости
4. повторные острые нарушения мозгового кровообращения, нарушение продукции цереброспинальной жидкости
5. нарушение продукции цереброспинальной жидкости, повышение внутричерепного давления

79. Проявления начальной стадии болезни Альцгеймера:
1. моторная афазия, нарушение памяти на текущие события
2. нарушение памяти на текущие события, недостаточность номинативной функции речи (трудности называния предметов)
3. нарушение памяти на текущие события, недержание мочи
4. недержание мочи, нарушения походки

5. моторная афазия, нарушения походки

80. Для болезни Альцгеймера характерны:
1. прогрессирующее нарушение памяти, расстройства праксиса и гнозиса, амнестическая афазия
2. прогрессирующее нарушение памяти, мозжечковая атаксия, гемианопсия
3. амнестическая афазия, мозжечковая атаксия, гемианопсия
4. расстройства праксиса и гнозиса, амнестическая афазия, мозжечковая атаксия

81. Для сосудистой деменции типичны:
1. инсульт в анамнезе, псевдобульбарный синдром, апраксия ходьбы
2. псевдобульбарный синдром, тремор головы, корсаковский синдром
3. псевдобульбарный синдром, апраксия ходьбы, корсаковский синдром
4. тремор головы, апраксия ходьбы, корсаковский синдром

82. Для дисциркуляторной энцефалопатии III стадии характерны:
1. вертикальный парез взора, деменция, недержание мочи
2. деменция, недержание мочи, скандированная речь
3. деменция, недержание мочи, псевдобульбарный синдром
4. вертикальный парез взора, скандированная речь, псевдобульбарный синдром

83. В терапии болезни Альцгеймера эффективны:
1. ацетилхолинергические средства, дофаминергические средства
2. ацетилхолинергические средства, глутаматергические средства
3. дофаминергические средства, глутаматергические средства
4. глутаматергические средства, серотонинергические средства
5. серотонинергические средства, норадренергические средства

84. В патофизиологии болезни Альцгеймера наиболее важную роль играет:
1. дофаминергическая недостаточность
2. серотонинергическая недостаточность
3. ацетилхолинергическая недостаточность
4. норадренергическая недостаточность
5. норадренергическая активация

85. Самая частая причина деменции:
1. болезнь Альцгеймера
2. сосудистая деменция
3. рассеянный склероз
4. болезнь Паркинсона
5. болезнь Гентингтона

86. Деменция при болезни Паркинсона:
1. возникает на ранних стадиях заболевания, проявляется нарушениями памяти, внимания и замедленностью мышления
2. чаще отмечается в молодом возрасте, характеризуется отсутствием первичных нарушений праксиса, гнозиса и речи
3. проявляется нарушениями памяти, внимания и замедленностью мышления, характеризуется отсутствием первичных нарушений праксиса, гнозиса и речи
4. возникает на ранних стадиях заболевания, связана с приемом агонистов дофаминергических рецепторов

87. Для больных сосудистой деменцией характерны изменения головного мозга в виде:
1. субкортикальноголейкоареоза, множественных лакунарных инфарктов
2. субкортикальноголейкоареоза, атрофии теменной доли
3. атрофии лобной доли, множественных лакунарных инфарктов
4. атрофии височной доли, множественных лакунарных инфарктов

88. Ведущую роль в сосудистой деменции играет дисфункция:
1. гиппокампового комплекса
2. лобной доли
3. затылочной доли
4. мозжечка

5. черной субстанции
89. Прогрессирующее нарушение памяти характерно для:
1. рассеянного склероза
2. болезни Альцгеймера
3. бокового амиотрофического склероза
4. корсаковского синдрома
5. транзиторной глобальной амнезии
90. Лечение болезни Альцгеймера:
1. наком, гапантамин, циклодол
2. гапантамин, ривастигмин, акатинол
3. наком, циклодол, акатинол
4. наком, гапантамин, акатинол
91. Лечение сосудистой деменции:
1. терапия артериальной гипертонии, калимин
2. терапия артериальной гипертонии, акатинол
3. винпоцетин, акатинол
4. акатинол, мадопар
5. мадопар, калимин
92. Псевдодеменция:
1. нарушение памяти и внимания при дисметаболических расстройствах
2. возрастные изменения когнитивных функций
3. когнитивные нарушения при депрессии
4. нарушение высших психических функций при опухоли мозга
5. дезориентация в месте и времени после эпилептического припадка

Инфекционные заболевания нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Заболевания периферической нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Демиелинизирующие заболевания. Клиника, диагностика, лечение. Темы 4-7

93. В цереброспинальной жидкости при энцефалите выявляют:
1. повышение количества клеток более 1000 в мкл
2. лимфоцитарный плеоцитоз
3. повышение содержания глюкозы
4. снижение содержания белка
5. образование фибриновой пленки
94. Лечение энцефалита неясной этиологии:
1. пирацетам
2. ацикловир
3. пенициллин
4. дексазон
5. человеческий иммуноглобулин
95. Для гнойного менингита типичны:
1. симптом Кернига, эпилептические припадки,
2. ригидность шейных мышц, симптом Кернига, головная боль
3. эпилептические припадки, головная боль
4. головная боль, афазия
96. Для серозного менингита характерны:
1. головная боль, ригидность шейных мышц
2. гемипарез, нарушение сознания до комы

3. головная боль, геморрагическая сыпь на лице и туловище
4. гемипарез, ригидность шейных мышц

97. Основной дополнительный метод диагностики менингита:
1. МРТ головы
2. КТ головы
3. электроэнцефалография
4. люмбальная пункция
5. исследование вызванных потенциалов

98. Основное лечение гнойного менингита:
1. антибиотики
2. кортикостероиды
3. плазмаферез
4. человеческий иммуноглобулин
5. повторные люмбальные пункции

99. Для опоясывающего лишая характерны:
1. нарушение функции тазовых органов, осложнение в виде гнойного менингита
2. сегментарный тип расстройства чувствительности, боли
3. боли, осложнение в виде гнойного менингита
4. осложнение в виде гнойного менингита, осложнение в виде энцефалита

100. Лечение постгерпетической невралгии:
1. антибиотики, противоэпилептические средства (карбамазепин)
2. противоэпилептические средства (карбамазепин), антидепрессанты (амитриптилин)
3. ноотропные средства (пирацетам), антидепрессанты (амитриптилин)
4. антидепрессанты (амитриптилин), наркотические анальгетики

101. Полирадикулоневрит – это осложнение:
1. кори
2. дифтерии
3. ветряной оспы
4. краснухи
5. туберкулеза легких

102. Симптомы дискогенной радикулопатии L_5:
1. боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра
2. симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича
3. слабость длинного разгибателя большого пальца стопы
4. утрата коленного рефлекса
5. утрата ахиллова рефлекса

103. Симптомы дискогенной радикулопатии S_1:
1. боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра
2. утрата ахиллова рефлекса
3. слабость малоберцовой мышцы
4. потеря чувствительности в области большого пальца стопы
5. потеря чувствительности в аногенитальной области

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

105. Симптомы вертеброгенной шейной миелопатии:
1. острая задержка мочи, периферический верхний парапарез, спастический нижний парапарез

2. периферический верхний парапарез, спастический нижний парапарез, боли в шейной области
3. боли в шейной области, дизартрия, дисфония и дисфагия
4. периферический верхний парапарез, дизартрия, дисфония и дисфагия

106. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска:
1. выраженный острый болевой синдром
2. нарушение функции тазовых органов
3. спондилолистез
4. отсутствие ахиллова рефлекса
5. отсутствие коленного рефлекса

107. Спондилолистез обычно возникает на уровне:
1. C_5-C_6
2. Th_3-Th_4
3. Th_6-Th_7
4. L_4-L_5

108. Наиболее часто грыжа межпозвоночного диска возникает в отделе:
1. шейном
2. грудном
3. верхнепоясничном
4. нижнепоясничном

109. Профилактика неврологических осложнений остеохондроза:
1. занятие силовыми видами спорта, сон на мягком матраце
2. занятие силовыми видами спорта, лечебная гимнастика на укрепление мышц спины
3. лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, плавание
4. сон на мягком матраце, плавание

110. Боль в спине может быть вызвана раздражением болевых рецепторов:
1. фиброзного кольца межпозвоночного диска, пульпозного ядра межпозвоночного диска
2. фиброзного кольца межпозвоночного диска, фасеточных суставов позвонков, задней продольной связки
3. пульпозного ядра межпозвоночного диска, фасеточных суставов позвонков
4. фасеточных суставов позвонков, задней продольной связки.

111. Грыжа межпозвонкового диска L_4-L_5 может:
1. вызвать радикулопатиюL_5, протекать бессимптомно
2. вызвать радикулопатии L_5-S_1, протекать бессимптомно
3. вызвать радикулопатиюS_1, вызвать компрессию спинного мозга
4. вызвать компрессию спинного мозга, протекать бессимптомно

112. Отраженные боли в спине встречаются при:
1. анемии, эритремии, ишемической болезни сердца
2. ишемической болезни сердца, мочекаменной болезни, заболеваниях предстательной железы
3. эритремии, ишемической болезни сердца, заболеваниях предстательной железы
4. анемии, ишемической болезни сердца, заболеваниях предстательной железы

113. Для миофасциального синдрома характерны:
1. болезненность при пальпации заинтересованной мышцы, триггерные точки в заинтересованной мышце
2. отсутствие связи боли с движением, болезненность при пальпации заинтересованной мышцы
3. триггерные точки в заинтересованной мышце, лихорадка
4. лихорадка, сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности

114. Диагностика остеопороза позвоночника:
1. исследование содержания натрия в крови, спинальный инсульт
2. исследование содержания калия в крови, исследование содержания магния в крови
3. исследование содержания магния в крови, денситометрия
4. рентгенография, денситометрия

115. Наиболее частое проявление остеохондроза позвоночника:
1. мышечно-тонический синдром
2. дискогенная радикулопатия
3. вертеброгенная шейная миелопатия
4. спинальный инсульт

116. Симптомы дискогенной радикулопатии L_4:
1. боли по задней поверхности бедра и голени, утрата коленного рефлекса
2. утрата коленного рефлекса, мышечно-тонический синдром
3. мышечно-тонический синдром, парез мышц-сгибателей стопы
4. парез мышц-сгибателей стопы, императивные позывы на мочеиспускание

117. Симптомы дискогенной радикулопатии C_6:
1. боль по передней поверхности плеча, лучевой поверхности предплечья, снижение рефлекса с двуглавой мышцы, мышечно-тонический синдром
2. снижение рефлекса с двуглавой мышцы, парез мышцы, отводящей мизинец
3. снижение рефлекса с двуглавой мышцы, синдром Горнера на стороне радикулопатии
4. мышечно-тонический синдром, синдром Горнера на стороне радикулопатии.

118. Симптомы дискогенной радикулопатии C_7:
1. боль в руке с иррадиацией в указательный и средний пальцы, снижение рефлекса с трехглавой мышцы, парез мышц, разгибающих предплечье
2. боль в руке с иррадиацией в указательный и средний пальцы, симптом Тремнера
3. снижение рефлекса с трехглавой мышцы, синдром Горнера на стороне радикулопатии
4. симптом Тремнера, синдром Горнера на стороне радикулопатии

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

120. Лечение дискогенной компрессии корешков конского хвоста:
1. вытяжение позвоночника
2. рефлексотерапия
3. мануальная терапия
4. антидепрессанты
5. хирургическое лечение

121. Для лечения хронической люмбалгии наиболее эффективны:
1. транквилизаторы
2. ноотропные средства
3. антидепрессанты
4. нейролептики
5. психостимуляторы

122. Симптомы поражения бедренного нерва:
1. боли с иррадиацией по передней поверхности бедра, слабость приводящих мышц бедра
2. боли с иррадиацией по передней поверхности бедра, снижение коленного рефлекса, слабость четырехглавой мышцы бедра
3. снижение коленного рефлекса, потеря чувствительности на задней поверхности бедра
4. слабость приводящих мышц бедра, потеря чувствительности на задней поверхности бедра

123. Симптомы невропатии локтевого нерва:
1. онемение в мизинце и по медиальной поверхности кисти, атрофия межкостных мышц кисти и гипотенара, парез мышцы, отводящей мизинец
2. онемение в мизинце и по медиальной поверхности кисти, парез сгибателей кисти, парез мышцы, отводящей мизинец
3. атрофия межкостных мышц кисти и гипотенара, парез разгибателей кисти, парез мышцы, отводящей мизинец

4. парез разгибателей кисти, парез мышцы, отводящей мизинец.

124. Симптомы поражения лучевого нерва:
1. парез разгибателей кисти и пальцев, отечность кисти, снижение чувствительности в области анатомической табакерки
2. утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча, парез разгибателей кисти и пальцев, снижение чувствительности в области анатомической табакерки
3. утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча, парез разгибателей кисти и пальцев, отечность кисти
4. отечность кисти, снижение чувствительности в области анатомической табакерки

125. Для синдрома запястного канала характерны:
1. утрата рефлекса с двуглавой мышцы плеча, утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча
2. утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча, слабость мышцы, отводящей мизинец кисти
3. боли в кисти и по ладонной поверхности первых трех пальцев, положительный симптом Тиннеля
4. слабость мышцы, отводящей мизинец кисти, положительный симптом Тиннеля
5. утрата рефлекса с двуглавой мышцы плеча, слабость мышцы, отводящей мизинец кисти

126. Миелинопатия характеризуется:
1. снижением амплитуды М-ответа при ЭНМГ, ранним выпадением сухожильных рефлексов
2. ранним выпадением сухожильных рефлексов, выраженной атрофией мышц
3. снижением скорости проведения возбуждения по нерву при ЭНМГ, ранним выпадением сухожильных рефлексов
4. выраженной атрофией мышц, появлением фасцикуляций

127. Основной фактор риска развития невропатии лицевого нерва:
1. сахарный диабет
2. злоупотребление алкоголем
3. артериальная гипертензия
4. врожденная узость канала лицевого нерва
5. курение

128. Каузалгии характерны для поражения:
1. локтевого нерва
2. лицевого нерва
3. бедренного нерва
4. срединного нерва
5. лучевого нерва

129. Лечение дистальной диабетической полиневропатии:
1. калимин
2. рилузол (рилутек)
3. пирацетам (ноотропил)
4. препараты альфа-липоевой кислоты
5. препараты аскорбиновой кислоты

130. Симптомы невропатии большеберцового нерва:
1. слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев, утрата коленного рефлекса
2. утрата коленного рефлекса, утрата ахиллова рефлекса
3. слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев, утрата ахиллова рефлекса, гипестезия подошвенной поверхности стопы
4. гипестезия подошвенной поверхности стопы, отечность стопы

131. Для острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии типичны:
1. периферические парезы конечностей, проводниковый тип расстройства болевой чувствительности

2. периферические парезы конечностей, повышение белка в цереброспинальной жидкости, парез мимических мышц
3. проводниковый тип расстройства болевой чувствительности, повышение белка в цереброспинальной жидкости
4. парез мимических мышц, глазодвигательные нарушения

132. Среди краниальных невропатий чаще встречается невропатия:
1. глазодвигательного нерва
2. отводящего нерва
3. лицевого нерва
4. языкоглоточного нерва
5. блуждающего нерва

133. Лечение невропатии лицевого нерва:
1. калимин
2. преднизолон
3. пирацетам (ноотропил)
4. винпоцетин (кавинтон)
5. аспирин

134. Для хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии характерны:
1. нарастание симптомов на протяжении нескольких месяцев, ремиттирующее течение заболевания, снижение или полная утрата сухожильных рефлексов
2. нарастание симптомов на протяжении нескольких месяцев, снижение или полная утрата сухожильных рефлексов
3. ремиттирующее течение заболевания, мозжечковая атаксия
4. мозжечковая атаксия, поражение глазодвигательного нерва

135. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий наиболее информативно:
1. иммунологическое исследование крови
2. электронейромиография
3. иммунологическое исследование цереброспинальной жидкости
4. биопсия мышцы

136. Дефицит витамина B_1 установлен в патогенезе невропатии при:
1. гипотиреозе
2. сахарном диабете
3. хроническом алкоголизме
4. почечной недостаточности
5. гипертиреозе

137. При синдроме Гийена-Барре из черепных нервов чаще поражается:
1. зрительный
2. глазодвигательный
3. отводящий
4. лицевой
5. добавочный

138. За 1-3 недели до развития синдрома Гийена-Барре часто отмечаются:
1. заболевания сердечно-сосудистой системы, кожные заболевания
2. заболевания дыхательных путей, кишечные расстройства
3. кожные заболевания, заболевания мочевыделительной системы
4. заболевания мочевыделительной системы, кишечные расстройства

139. Симптомы невропатии малоберцового нерва:
1. слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев, утрата коленного рефлекса
2. гипалгезия наружной поверхности голени, утрата коленного рефлекса, утрата ахиллова рефлекса
3. слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев, утрата ахиллова рефлекса, гипестезия подошвенной поверхности стопы

4. гипалгезия наружной поверхности голени, гипотрофия перонеальной группы мышц, парез разгибателей стопы

140. При невралгии седалищного нерва наблюдается:
1. боль и ограничение движений в поясничном отделе, не может ходить на носках и пятках, парестезии
2. сохранена подвижность в поясничном отделе, боль по передней поверхности бедра, может ходить на носках
3. ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, нижний вялый парапарез, симптом Бабинского
4. парестезии по наружно-боковой поверхности бедра, может ходить на пятках, симптом Ласега

141. Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе:
1. полиневропатический
2. мононевропатический
3. сегментарно-диссоциированный
4. сегментарно-корешковый
5. проводниковый

142. При рассеянном склерозе первично страдает:
1. кора головного мозга
2. клетки передних рогов спинного мозга
3. базальные ганглии
4. белое вещество головного и спинного мозга
5. клетки задних рогов спинного мозга

143. Для рассеянного склероза характерны:
1. ретробульбарный неврит зрительного нерва, мозжечковая атаксия, императивные позывы на мочеиспускание
2. ретробульбарный неврит зрительного нерва, спастическая кривошея
3. спастическая кривошея, сенсорная афазия
4. мозжечковая атаксия, императивные позывы на мочеиспускание

144. Препараты иммуномодулирующей (превентивной) терапии при рассеянном склерозе:
1. бета-интерфероны, копаксон
2. бета-интерфероны, альфа-интерфероны
3. альфа-интерфероны, гамма-интерфероны
4. копаксон, антидепрессанты

145. Из черепных нервов при рассеянном склерозе чаще всего страдает:
1. обонятельный
2. зрительный
3. тройничный
4. отводящий
5. лицевой

146. В дебюте рассеянного склероза типично:
1. нарушение зрения
2. недержание мочи
3. эпилептический припадок
4. моторная афазия
5. сенсорная афазия

147. Для купирования обострения рассеянного склероза применяют:
1. пульс-терапию метилпреднизолоном
2. тиамин
3. церебролизин
4. копаксон
5. баклофен

148. Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего:
1. первично прогрессирующее

2. вторично прогрессирующее с обострениями
3. вторично прогрессирующее без обострений
4. ремиттирующее (волнообразное)

149. Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется:
1. парадоксальной ишурией
2. императивными позывами на мочеиспускание
3. задержкой мочи
4. отсутствием ощущения прохождения мочи
5. истинным недержанием мочи

150. Проявление рассеянного склероза:
1. тики
2. интенционный тремор в руках и ногах
3. «порхающий» тремор (астериксис)
4. спастическая кривошея
5. писчий спазм

151. В терминальной стадии больные рассеянным склерозом чаще всего погибают от:
1. инфаркта миокарда, пневмонии
2. печеночной недостаточности, восходящей инфекции мочевых путей
3. инфаркта миокарда, инсульта
4. пневмонии, восходящей инфекции мочевых путей
5. печеночной недостаточности, пневмонии

152. Типичным нарушением походки при рассеянном склерозе является:
1. спастико-атактическая походка
2. степпаж
3. «утиная» походка
4. апраксия ходьбы

153. Для картины глазного дна при рассеянном склерозе типично:
1. первичная атрофия зрительного нерва
2. деколорация височных половин дисков зрительных нервов
3. гипертоническаяангиопатия сосудов сетчатки
4. атеросклеротическаяангиопатия сосудов сетчатки
5. застойные диски зрительных нервов

154. Рассеянный склероз относится к заболеваниям:
1. сосудистым
2. инфекционным
3. дисметаболическим
4. аутоиммунным
5. дегенеративным

Опухоли головного и спинного мозга. Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма. Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилептические пароксизмы. Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы. Темы 8 - 13

155. Для опухоли лобной доли характерны:
1. нарушения поведения, судорожные припадки, гипосмия
2. гомонимная гемианопсия, дисфония, дисфагия
3. гетеронимная гемианопсия, нейроэндокринные нарушения
4. недержание мочи

156. Проявления внутричерепной гипертензии при опухоли головного мозга:
1. головные боли, тошнота и рвота
2. мозжечковая атаксия
3. гемипарез, аносмия

4. тошнота и рвота, гемипарез
157. Для опухоли гипофиза характерны:
1. акромегалия, астереогноз
2. атаксия, эпилептические припадки
3. битемпоральная гемианопсия, акромегалия
4. астереогноз, битемпоральная гемианопсия
158. Причины повышения внутричерепного давления при опухоли головного мозга:
1. избыточная продукция ликвора, тошнота, рвота
2. окклюзия ликворных путей, избыточная продукция ликвора
3. синдром Горнера, увеличение объема головного мозга
4. уменьшение объема головного мозга, окклюзия ликворных путей
159. Наличие метастазов в головной мозг наиболее типично для рака:
1. легкого
2. желудка
3. поджелудочной железы
4. толстой кишки
5. почки
160. Для опухоли теменной доли характерны:
1. конструктивная апраксия, дисфония
2. дисфония, задержка мочеиспускания
3. тетрапарез, задержка мочеиспускания
4. гемигипестезия, конструктивная апраксия
161. Лечение невриномы мостомозжечкового угла:
1. хирургическое удаление опухоли
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. комбинация химиотерапии и лучевой терапии
5. кортикостероиды
162. Опухоль затылочной доли обычно появляется:
1. гемипарезом
2. дизартрией
3. аносмией
4. гемианопсией
5. сенситивной атаксией
163. Среди опухолей головного мозга наиболее часто встречаются:
1. нейроэпителиальные (глиальные) опухоли
2. опухоли мозговых оболочек
3. опухоли гипофиза
4. опухоли черепных нервов
5. дизэмбриогенетические опухоли
164. Для менингиомы специфичны:
1. метастазирование в вещество головного мозга и спинного мозга
2. метастазирование в вещество спинного мозга, во внутренние органы
3. быстрый рост, метастазирование во внутренние органы
4. медленный рост, доброкачественный характер опухоли
5. доброкачественный характер опухоли, со временем переходящий в злокачественный
165. Лечение менингиомы:
1. кортикостероиды
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. комбинация лучевой терапии и химиотерапии
5. хирургическое удаление опухоли
166. Для головной боли при опухоли головного мозга характерны:
1. аура, постепенное нарастание

2. постепенное нарастание, усиление ночью или утром
3. усиление ночью или утром, слезотечение или сухость глаза
4. слезотечение или сухость глаза, прекращение пи приеме агонистов серотониновых рецепторов

167. Основной метод диагностики опухоли головного мозга:
1. электроэнцефалография
2. эхоэнцефалоскопия
3. магнитная стимуляция головного мозга
4. магнитно-резонансная томография головы
5. рентгенография черепа

168. Основной метод диагностики опухоли спинного мозга:
1. спондилография
2. люмбальная пункция
3. миелография
4. магнитно-резонансная томография позвоночника
   электронейромиография

169. Эпидуральная гематома возникает вследствие кровотечения из:
1. средней оболочечной артерии
2. дуро-пиальных вен
3. задней мозговой артерии
4. передней мозговой артерии

170. Длительность потери сознания при сотрясении головного мозга:
1. несколько секунд или минут
2. 1-2 часа
3. 3-24 часа
4. более суток

171. Отсутствие неврологических нарушений спустя 2-3 часа после черепно-мозговой травмы характерно для:
1. сотрясения головного мозга
2. ушиба головного мозга легкой степени
3. ушиба головного мозга средней степени
4. ушиба головного мозга тяжелой степени
5. внутричерепной травматической гематомы

172. Субдуральная травматическая гематома обычно осложняется:
1. окклюзионной гидроцефалией
2. ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии
3. кровоизлиянием в зрительный бугор
4. височно-тенториальным вклинением
5. диффузным аксональным повреждением

173. Биомеханическая причина диффузного аксонального повреждения мозга:
1. механическая энергия ранящего предмета
2. компрессия головного мозга
3. отек головного мозга
4. ротационное движение мозга
5. гидроцефалия

174. Наиболее частая причина развития гидроцефалии в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы:
1. гиперпродукция ликвора
2. окклюзия ликворных путей
3. снижение резорбции ликвора
4. образование эпидуральной гематомы

175. Причина развития гидроцефалии в остром периоде черепно-мозговой травмы:
1. гиперпродукция ликвора
2. окклюзия ликворных путей

3. снижение резорбции ликвора
4. ликворея

176. Смещение срединных структур головного мозга при эхоэнцефалоскопии у больных с черепно-мозговой травмой типично для:
1. отека головного мозга
2. диффузного аксонального повреждения
3. гидроцефалии
4. субдурального кровоизлияния
5. субарахноидального кровоизлияния

177. Длительный «светлый» промежуток после травмы головы характерен для:
1. сотрясения головного мозга
2. ушиба головного мозга
3. эпидуральной гематомы
4. субдуральной гематомы
5. внутримозговой гематомы

178. Посттравматическая эпилепсия чаще проявляется:
1. абсансами
2. парциальными моторными припадками
3. психосенсорными припадками
4. миоклоническими припадками
5. большими судорожными припадками

179. Генерализованный эпилептический припадок отличается от парциального наличием:
1. судорог во всех конечностях
2. судорог в лице
3. потери сознания,
4. ауры
5. висцеральных нарушений

180. На электроэнцефалограмме у больных с абсансами выявляют:
1. комплексы пик-волна с частотой 3 Гц
2. высокоамплитудные дельта-волны
3. высокоамплитудные тета-волны
4. высокоамплитудные альфа-волны
5. высокоамплитудные бета-волны

181. Лечение абсансов:
1. депакин, суксилеп
2. депакин, карбамазепин
3. карбамазепин, кавинтон
4. парлодел, суксилеп

182. Эпилептический припадок:
1. всегда сопровождается потерей сознания, всегда проявляется судорогами в конечностях
2. всегда проявляется судорогами в конечностях, развивается вследствие чрезмерных нейронных разрядов
3. развивается вследствие чрезмерных нейронных разрядов, регистрируется при электроэнцефалографии в виде эпилептической активности
4. всегда сопровождается потерей сознания, регистрируется при электроэнцефалографии в виде эпилептической активности

183. В генерализации эпилептического процесса играют большую роль:
1. лимбическая система, бледный шар
2. лимбическая система, ретикулярная формация среднего мозга
3. бледный шар, ретикулярная формация среднего мозга
4. ретикулярная формация среднего мозга, внутренняя капсула, мозжечок

184. К парциальным припадкам относят:
1. простые абсансы, акинетические абсансы

2. акинетические абсансы, психосенсорные припадки
3. психосенсорные припадки, моторные джексоновские припадки
4. моторные джексоновские припадки, большие судорожные припадки

185. Возникающая в пожилом возрасте эпилепсия чаще всего является следствием:
1. перинатальной патологии
2. опухоли головного мозга
3. серозного менингита
4. гнойного менингита
5. цереброваскулярного заболевания

186. Эпилептические припадки при хроническом алкоголизме обычно возникают:
1. в период запоя
2. в течение трех суток после прекращения запоя (в абстинентном периоде)
3. при длительном (более 3-х месяцев) воздержания от алкоголя
4. при употреблении алкоголя после длительного воздержания от него

187. Для предупреждения всех типов эпилептических припадков можно использовать:
1. фенобарбитал
2. дифенин
3. депакин
4. карбамазепин
5. седуксен

188. Причина эпилепсии в детском и юношеском возрасте чаще всего:
1. идиопатическая
2. опухоль головного мозга
3. цереброваскулярное заболевание
4. инфекционное поражение головного мозга или его оболочек
5. дегенеративное заболевание

189. Большой генерализованный эпилептический припадок отличается от малого:
1. потерей сознания, наличием судорог
2. наличием судорог, непроизвольным мочеиспусканием во время припадка
3. амнезией припадка, непроизвольным мочеиспусканием во время припадка
4. непроизвольным мочеиспусканием во время припадка, развитием преимущественно у детей

190. Эпилептический статус диагностируется, если припадок продолжается более:
1. 10 минут
2. 30 минут
3. 3-х часов
4. 12-ти часов
5. 24-х часов

191. При эпилептическом припадке для купирования судорог вводят:
1. амитриптилин
2. винпоцетин
3. диазепам
4. пирацетам
5. церебролизин

192. Самый частый вид обморока:
1. никтурический
2. вазомоторный
3. кардиогенный
4. ортостатический

193. Потеря сознания при обмороке длится:
1. несколько минут
2. 1-2 часа
3. 3-4 часа
4. 4-6 часов

5. более 6-ти часов

194. Обмороки обычно:
1. не развиваются в горизонтальном положении
2. сопровождаются сонливостью после припадка
3. проявляются судорогами в конечностях
4. вызывают цианоз лица

195. Наличие триггерной зоны на лице, раздражение которой провоцирует приступ боли, характерно для:
1. мигрени без ауры
2. мигрени с аурой
3. головной боли напряжения
4. пучковой головной боли
5. невралгии тройничного нерва

196. Для профилактики приступов мигрени используют:
1. имигран, амитриптилин
2. зомиг, атенолол
3. амитриптилин, атенолол
4. атенолол, пирацетам
5. амитриптилин, пирацетам

197. Для головной боли напряжения характерна боль:
1. пульсирующая
2. односторонняя
3. пароксизмальная
4. давящего характера в виде «обруча»

198. Приступы мигрени:
1. чаще наблюдаются у женщин, усиливаются в пожилом возрасте
2. появляются в юношеском или молодом возрасте, длятся не более 4-х часов
3. чаще наблюдаются у женщин, появляются в юношеском или молодом возрасте
4. усиливаются в пожилом возрасте, длятся не более 4-х часов

199. Наиболее распространенный тип головной боли:
1. мигрень
2. пучковая головная боль
3. головная боль напряжения
4. гипертензионная головная боль
5. вызванная повышением артериального давления головная боль

200. Для мигрени не характерно:
1. семейный характер заболевания
2. односторонность боли
3. пульсирующий характер боли
4. учащение приступов в пожилом возрасте
5. периодичность возникновения

201. Лечение приступа мигрени:
1. пирацетам, дигидроэрготамин
2. дигидроэрготамин, суматриптан
3. дигидроэрготамин, карбамазепин
4. суматриптан, пентоксифиллин

202. Пучковая головная боль:
1. продолжается 15-80 минут, возникает преимущественно у женщин
2. возникает преимущественно у женщин, купируется парацетамолом
3. продолжается 15-80 минут, сопровождается слезотечением, ринореей, покраснением глаза, отеком века
4. возникает преимущественно у женщин, сопровождается слезотечением, ринореей, покраснением глаза, отеком века

203. Лечение невралгии тройничного нерва:

1. пирацетам
2. карбамазепин
3. винпоцетин
4. ривастигмин

204. Невралгия тройничного нерва:
1. носит пароксизмальный характер, возникает преимущественно в молодом возрасте
2. возникает преимущественно в молодом возрасте, вызывается при раздражении курковых (триггерных) зон
3. носит пароксизмальный характер, вызывается при раздражении курковых (триггерных) зон
4. возникает преимущественно в молодом возрасте, купируется ацетилсалициловой кислотой (аспирином)

205. Лечение пучковой головной боли:
1. ненаркотические анальгетики, ингаляции кислорода
2. ингаляции кислорода, суматриптан
3. наркотические анальгетики, ингаляции кислорода
4. наркотические анальгетики, суматриптан

206. Профилактика пучковых головных болей:
1. суматриптан
2. карбонат лития
3. дигидроэрготамин
4. наркотические анальгетики

207. Профилактика приступов мигрени:
1. бета-адреноблокаторы, трициклические антидепрессанты
2. агонисты серотониновых рецепторов, бета-адреноблокаторы
3. бета-адреноблокаторы, ноотропные средства
4. ноотропные средства, трициклические антидепрессанты

208. Боли при невралгии тройничного нерва:
1. локализуются в области виска или лба, продолжаются секунды или минуты
2. продолжаются секунды или минуты, носят пароксизмальный характер
3. продолжаются секунды или минуты, чередуются с обеих сторон
4. чередуются с обеих сторон, носят пароксизмальный характер

209. При офтальмоплегической мигрени:
1. боль носит пульсирующий характер, боль ощущается с одной стороны, развивается потеря зрения
2. боль носит пульсирующий характер, возникают глазодвигательные нарушения, боль ощущается с одной стороны
3. боль носит пульсирующий характер, развивается потеря зрения, птоз
4. возникают глазодвигательные нарушения, развивается потеря зрения, скотома

210. При пучковой головной боли может развиться синдром:
1. Бернара-Горнера
2. Вебера
3. Броун-Секара
4. Валенберга-Захарченко

211. Тошнота, рвота, свето- и/или звукобоязнь характерны для:
1. мигрени без ауры, пучковой головной боли
2. мигрени без ауры, мигрени с аурой
3. мигрени с аурой, невралгии тройничного нерва
4. невралгии тройничного нерва, эпизодической головной боли напряжения

212. Лечение хронической головной боли напряжения:
1. антидепрессанты, наркотические анальгетики
2. антидепрессанты, миорелаксанты
3. миорелаксанты, ингаляции кислорода
4. ингаляции кислорода, ноотропные средства

213. Дефект зрения, типичный для мигрени с аурой:
1. центральная скотома
2. гомонимная «мерцающая» скотома
3. зрительные галлюцинации
4. биназальная гемианопсия
5. битемпоральная гемианопсия

214. Головные боли напряжения:
1. носят сжимающий или давящий характер
2. часто сопровождаются тошнотой и рвотой
3. возникают преимущественно в юношеском возрасте
4. длятся не более суток
5. сопровождаются очаговой неврологической симптоматикой

215. Невралгия тройничного нерва:
1. проявляется пароксизмами боли до нескольких минут, чаще возникает в пожилом возрасте
2. проявляется пароксизмами боли до нескольких минут, часто сопровождается парезом мимических мышц
3. чаще возникает в пожилом возрасте, купируется пирацетамом (ноотропилом)
4. часто сопровождается парезом мимических мышц, купируется пирацетамом (ноотропилом)

216. Лечение невралгии тройничного нерва:
1. индометацин
2. дигидроэрготамин
3. пирацетам (ноотропил)
4. карбамазепин (финлепсин)

217. Купирование приступа мигрени:
1. агонисты серотониновых рецепторов, антидепрессанты
2. агонисты серотониновых рецепторов, эрготаминсодержащие препараты
3. эрготаминсодержащие препараты, сосудорасширяющие средства
4. сосудорасширяющие средства, антикоагулянты

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной медицины
«Неврология, медицинская генетика»
П Е Р Е Ч Е Н Ь ситуационных задач к VIII семестру IV курс
Раздел «Частная и клиническая неврология, медицинская генетика» 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. 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.

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Женщина 79 лет с длительным анамнезом гипертонической болезни доставлена в отделение реанимации с симптомами: правосторонняя гемиплегия, правосторонняя гемигипестезия, сенсомоторная афазия.

    Задания:

    1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.
11. Мужчина 64 лет, проснувшись утром, не смог открыть правый глаз. Подойдя к зеркалу,

увидел, что правое веко опущено, подняв его, почувствовал двоение в глазах, заметил косоглазие. Также ощутил слабость в левых конечностях.

Задания:

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

12. Мужчина 58 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью, доставлен в стационар с остро развившимися симптомами: слабость и онемение левых конечностей, выпадение левых половин полей зрения.

Задания:

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

13. Женщина 75 лет с сахарным диабетом 2 типа и кризовым течением гипертонической болезни, внезапно на фоне повышения артериального давления почувствовала головокружение. При неврологическом осмотре выявлено: горизонтальный нистагм, дисметрия слева, при выполнении координаторных проб - интенционный тремор слева.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.
2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

14. Пациентка 80 лет, поступила в неврологический стационар с остро развившимися симптомами: правосторонний гемипарез с преобладанием в ноге и проксимальном отделе руки, недержание мочи.

Задания:

1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

15. Пациент 73 лет с пароксизмальной формой мерцательной аритмии поступил с жалобами на нарушение зрения. При неврологическом осмотре: правосторонняя гомонимная гемианопсия с сохранностью центральных полей зрения. Других неврологических симптомов нет.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.
2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

16. Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемианопсию.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз?
2) Поставьте предположительный клинический диагноз
3) Требуется ли госпитализация?
4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
5) Тактика лечения?
6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

17. 55ти летний мужчина страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось, головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм.рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз
2) Требуется ли госпитализация?
3) Нужна ли коррекция терапии? Показано ли санаторно-курортное лечение?
4) Показано ли санаторно-курортное лечение?

5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

18. Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм.рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.
    Задания:
    1) Поставьте топический диагноз?
    2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
    3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
    4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
    5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации?
    6) Возможные осложнения и исходы заболевания?
19. Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девиирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексы D>S, симптом Бабинского справа.
    Задание:
    1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
    2) Нужна ли госпитализация?
    3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
    4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
    5) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
20. На станции метро молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.
    Задания:
    1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
    2) Нужна ли госпитализация?
    3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
    4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
    5) Возможные исходы заболевания?
21. Мужчина 54х лет, работает преподавателем в ВУЗе, вызвал скорую помощь, так как внезапно у него нарушилось зрение на правом глазу, и возникла слабость и онемение в левых конечностях. К моменту приезда скорой помощи (через 20 минут), жалобы прошли. Пациент рассказал, что это уже третий эпизод за последние полгода. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное; зрение на оба глаза в норме. В неврологическом статусе: глубокие рефлексы S>=D, другой неврологической симптоматики не выявлено.
    Задание:
    1) Поставьте синдромальный диагноз?
    2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
    3) Требуется ли госпитализация?
    4) Какие обследования необходимо провести?
    5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
    6) Составьте план профилактических мероприятий.
    7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
22. Студент медицинского университета, по ночам работает медицинским братом в бригаде «скорой помощи», помогает матери-инвалиду воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон,

плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Требуется ли госпитализация?
3) Объясните, с чем связаны жалобы пациента.
4) Предложите меры профилактики и тактику лечения. Какие немедикаментозные методы лечения можно предложить?

23. Больная 67 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарушение памяти, частые головные боли, головокружение, периодическое поперхивание при еде, иногда испытывает неустойчивость при ходьбе, начала пользоваться палочкой. Данные жалобы появились около 3х лет назад и постепенно прогрессировали. Много лет страдает гипертонической болезнью, лечится нерегулярно. Объективно выявляется легкая дисфония и дизартрия, язык слегка девиирует вправо, атрофий в языке нет. Выраженные симптомы орального автоматизма.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Нужна ли госпитализация?
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

24. Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78летнюю мать. Мама жалоб не предъявляет, но дочь рассказала, что последний год мама перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери нарушения памяти отмечаются в течении 5-6ти лет, она потеряла интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Задания:

1) Поставьте клинический диагноз?
2) Нужна ли госпитализация?
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

25. Пациент 74х лет в течение 20ти лет страдает гипертонической болезнью. Вечером при просмотре новостной программы по телевизору, появились головокружение, тошнота, слабость и онемение в левых конечностях. Внучка измерила АД - 190/110 мм.рт.ст., дала таблетку «от давления». Ночью жалобы продолжали беспокоить, и внучка вызвала скорую помощь. В приемном отделении больницы врач выявил: общее самочувствие удовлетворительное, ЧСС 72 в 1 мин., ритм синусовый, горизонтальный нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, левосторонний центральный гемипарез до 4 баллов. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Нужна ли госпитализация?
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5) План реабилитационных мероприятий и вторичной профилактики?

26. Мужчина 64-х лет, утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке. Через 1,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД- 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента). На ЭКГ, выполненной на дому, ЧСС 68 в мин., ритм синусовый, выявлены признаки диффузного кардиосклероза.

Задания:

1) Поставьте синдромальный диагноз?
2) Поставьте топический диагноз?
3) Поставьте предположительный клинический диагноз?
4) Нужна ли экстренная госпитализация, если «да» в какое отделение?
5) Какие обследования необходимо провести, как быстро, в какой последовательности, и какова их информативность?
6) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
7) Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики инвалидизации.

27. Женщина 65 лет, страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, принимает кордарон и дигоксин. Во время прогулки, внезапно почувствовала «перебои» в сердце, не смогла говорить, с трудом понимала обращенную речь, появилась асимметрия лица. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице через день сохраняется субтотальная сенсомоторная афазия, центральный парез лицевой мускулатуры справа, акцент глубоких рефлексов справа.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз?
2) Поставьте клинический диагноз?
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5) Возможные осложнения и исходы заболевания?
6) Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.

28. Мужчина 58 лет с ревматическим митральным пороком сердца внезапно утратил сознание, возник генерализованный судорожный припадок. Был госпитализирован. При осмотре на отделении: несколько заторможен, вял, не помнит, что с ним случилось, речь правильная, но замедленная, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Какие обследования необходимо провести?
3) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
4) Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.
5) Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности?

29. Пациент 42 лет внезапно почувствовал слабость в левых конечностях, не успел ухватиться за ближайшую опору, упал. Через 40 минут был доставлен в специализированный городской сосудистый центр, где 6 месяцев назад перенес операцию по протезированию митрального клапана сердца. При осмотре выявлено: левосторонняя гемиплегия, игнорирование левой половины тела и пространства. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5) Возможные исходы заболевания?
6) Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.
7) Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности?

30. Пациентка 74 лет, страдающая гипертонической болезнью, пытаясь снизить повышенное АД, самостоятельно приняла большое количество гипотензивных препаратов. При вставании с постели внезапно потеряла сознание. Придя в себя, не помнит, что с ней произошло, не узнает свою дочь и свою комнату. При осмотре врачом специализированной (неврологической) бригады скорой помощи выявлено: АД 105/60 мм.рт.ст., левосторонняя гомонимая гемианопсия, зрительная агнозия, ретроградная амнезия. На

ЭКГ: ритм синусовый, признаки очагового кардиосклероза. От госпитализации категорически отказалась. На следующий день самочувствие несколько улучшилось. Через день была отвезена сыном в частный консультативный центр, где было выполнено дуплексное сканирование церебральных сосудов. По заключению выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 90 %, левой внутренней сонной артерии до 70%.

Задания:

1) Поставьте топический и предположительный клинический диагноз?
2) Какой механизм сосудистого нарушения можно предположить?
3) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

31. У мужчины 70 лет, страдающего гипертонической болезнью, не смотря на регулярный прием препаратов из группы сартанов и бета-блокаторов, периодически АД поднимается до 180/110 мм.рт.ст. 2 дня назад внезапно почувствовал ощущение «каши во рту» при попытке что -то сказать, и неловкость в кисти левой руки. Данные проявления с тех пор не наросли и не уменьшились. Известно, что неделю назад были подобные проявления, которые возникли на фоне повышения АД и полностью регрессировали через несколько часов. Так как жалобы сохранились, обратился в поликлинику.

Задания:

1) Назовите вероятные неврологические синдромы на основании описанных жалоб.
2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
3) Нужна ли госпитализация?
4) Какие обследования необходимо провести?
5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

32. Женщина 69 лет внезапно во время завтрака почувствовала себя нехорошо, ощутила выливание жидкой пищи через правый угол рта, выронила ложку из правой руки. Через 25 минут данные симптомы самостоятельно регрессировали. Подобные проявления уже возникали неделю назад, также самостоятельно регрессировали через 15 минут. Известно, что 4 недели назад перенесла острый инфаркт миокарда. Вызвала скорую помощь.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.
3) Нужна ли госпитализация?
4) Какие обследования необходимо провести?
5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
6) План профилактических мероприятий?

33. Мужчина 65 лет, страдающий гипертонической болезнью, сахарным диабетом IIтипа, ожирением, поссорился с дочерью. Внезапно почувствовал сильную головную боль, тошноту, упал. При осмотре в больнице: сопор, АД 220/110 мм.рт. ст. Выявлены положительные симптом Кернига с обеих сторон и ригидность мышц затылка, глубокие рефлексы S>D, симптом Бабинского слева.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5) Возможные исходы заболевания?
6) Составьте план вторичной профилактики, включая диетные рекомендации.

34. Молодой человек 23 лет в спортивном зале занимался на тренажере, поднимая штангу, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль, выпустил штангу из рук (штанга упала на опору). Возникла рвота. Машиной скорой помощи был доставлен в стационар. При осмотре в больнице: кома I. Положительные менингеальные симптомы.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Нужна ли госпитализация?

3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5) Возможные исходы заболевания?

35. Женщина 55 лет во время работы на садовом участке внезапно почувствовала «кинжальную» головную боль, преимущественно в левой части головы, тошноту, была неоднократная рвота, не принесшая облегчения. Госпитализирована в ближайшую районную больницу. При осмотре: АД - 180/100 мм.рт.ст., сонлива, лицо гиперемировано, менингеальных симптомов нет. Выявлен правосторонний глубокий гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия правых полей зрения.
Задание:
1) Поставьте топический диагноз?
2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5) План реабилитации и профилактики инвалидизации?
6) Возможные исходы заболевания?

36. Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива. При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлексы орального автоматизма.
Задание:
1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
2) Нужна ли госпитализация?
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5) План реабилитации?

37. Мужчина 68 лет наблюдается в поликлинике в связи с перенесенным 2 года назад тромботическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии. Инсульт произошел на фоне дислипидемии, ожирения I. В неврологическом статусе имеется легкий левосторонний гемипарез с повышенным мышечным тонусом. Пациент полностью себя обслуживает.
Задания:
1) Нужна ли реабилитация?
2) Предложите тактику вторичной профилактики.
3) Предложите диетические рекомендации.
4) Показано ли санаторно-курортное лечение, ФТЛ, ЛФК?

38. Женщина 63 лет полгода назад перенесла ТИА. Медицинские документы были утеряны. Со слов пациентки в тот эпизод у нее была слабость и онемение правой руки, нарушалась речь. Врач назначил дуплексное сканирование церебральных сосудов. Заключение: стеноз левой внутренней сонной артерии 85%, правой - 60%.
Задания:
1) Объясните, что это за обследование и его информативность.
2) Предложите тактику лечения.
3) Предложите тактику вторичной профилактики.
4) Показано ли санаторно-курортное лечение?

39. Мужчина 59 лет проходит плановую диспансеризацию в поликлинике. Имеет стаж курения 35 лет. Страдает аллергией на шерсть домашних животных. При обследовании у него выявлено: АД - 160/95 мм.рт.ст., уровень холестерола - 7,9 ммоль/л, холестерол-ЛПВП-0,87 ммоль/л, холестерол-ЛПНП- 5,80 ммоль/л , нарушение толерантности к глюкозе.
Задания:

1) Перечислите факторы риска ЦВБ у данного больного?
2) Показана ли госпитализация?
3) Нужно ли поставить пациента на диспансерный учет, и если да с какой целью?
4) Предложите план первичной профилактики ЦВБ.
5) Составьте рацион питания.
6) Показано ли санаторно-курортное лечение, ФТЛ, ЛФК?

П Е Р Е Ч Е Н Ь ситуационных задач к контрольному занятию VIII семестр IV курс Инфекционные заболевания нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Заболевания периферической нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Демиелинизирующие заболевания. Клиника, диагностика, лечение. Темы 4-7

40. 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?

41. 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 $мм^3$, 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?

42. Студент 5 курса медицинского ВУЗа, через 14 дней после окончания цикла инфекционных болезней, заболел эпидемическим паротитом. На фоне высокой температуры, через 3 дня после припухания желез, появилась интенсивная головная боль, сопровождающаяся рвотой. В связи с ухудшением состояния повторно вызвал участкового врача. При осмотре выявлены положительные менингеальные симптомы.

Задание:
1) Поставьте топический диагноз?
2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
3) Предложите дополнительные методы обследования.
4) Предложите план лечения.
5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
6) Существуют ли меры первичной профилактики?

7) Возможные исходы заболевания?

43. 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?

44. 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 менингиальный синдром, выявляются периферические парезы мышц шеи и верхнихконечностей. 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?

45. 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?

46. 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?

47. 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 мкмоль\л.

Задание:

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

48. 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.

49. 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?

50. Мужчина 51 года был госпитализирован с подозрением на стенокардию из-за выраженного болевого синдрома в левой половине грудной клетки. Проведенное обследование (биохимические анализы крови, ЭКГ, Эхо-КГ) патологии не выявило. Через 2 дня у пациента слева на уровне сосков появились пузырьковые высыпания в виде опоясывающей полосы, в этой же области зона гипестезии.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз?
2) Поставьте клинический диагноз?
3) Предложите план лечения.
4) Возможные исходы заболевания?

51. У мужчины 42 лет появились сильные опоясывающие боли в левой половине грудной клетки, в связи с чем, был госпитализирован в кардиологическое отделение. Экстренные исследования ЭКГ и биохимического анализа крови не выявили сердечной патологии. Через два дня в левой половине грудной клетки, на уровне соска, в зоне болей появились высыпания в виде пузырьков. Осмотр невролога выявил зону гипестезии в этой же области.

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Клинический диагноз?
3) Лечение?
4) Какими препаратами наиболее целесообразно купировать болевой синдром?

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

Задания:

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

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

Задания:

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

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

Задания:

1) Поставьте синдромальный и топический диагноз?
2) Поставьте клинический диагноз?

3) Предложите план обследования?
4) Нужны ли консультации каких-либо специалистов?
5) Предложите план лечения? Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
6) Предложите профилактические мероприятия.

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

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Предположительный клинический диагноз?
3) Требуется ли экстренная госпитализация?
4) План обследования?
5) Лечение?
6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
7) Предложите профилактические мероприятия.

56. Студентка медицинского училища обратилась к врачу с жалобами на слабость, сердцебиение, нарушение зрения (нечеткость видения предметов), «осиплость» голоса. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад, болело горло, повышалась температура. Лечилась самостоятельно, т. к. не хотела пропускать практические занятия в детской инфекционной больнице. При объективном осмотре выявлено снижение глоточного рефлекса, дисфония, снижение ахилловых рефлексов, нарушение мышечно-суставного чувства в стопах. Нарушений функций тазовых органов нет.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз?
2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
3) Требуется ли экстренная госпитализация?
4) Предложите план обследования?
5) Консультации, каких специалистов вам могут понадобиться?
6) Предложите тактику лечения?
7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
8) Существуют ли методы первичной профилактики?
9) Возможные исходы заболевания?

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

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Предположительный клинический диагноз?
3) Требуется ли экстренная госпитализация?
4) Возможные осложнения и исходы заболевания?
5) План обследования
6) Лечение?

7) План реабилитационных мероприятий.
8) Может ли потребоваться экспертиза трудоспособности?
9) Рекомендации после восстановления?

58. У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом ЛассегаZ40° справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Задания:

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

59. Студент четвёртого курса работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент перекладывания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. На следующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.

Задания:

1) Поставьте клинический диагноз?
2) Предложите тактику лечения?
3) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?
4) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.
5) Показано ли санаторно-курортное лечение?
6) Предложите план профилактических мероприятий.

60. Больной 52 лет, находясь в деревне, во время физической нагрузки (занимался ремонтом дома) внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отметил нарушение мочеиспускания. Для уменьшения боли принял парацетамол, однако состояние не изменилось. На следующий день обратился к врачу. При осмотре: Тонус в ногах снижен, асимметричный дистальный нижний парапарез, коленные рефлексы очень низкие, рефлексы с ахилловых сухожилий не вызываются, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Нужна ли госпитализация?
3) Обследование?
4) Тактика ведения (лечения) больного?
5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
7) Возможные исходы заболевания?

61. У больного 40 лет после физической нагрузки появились резкие боли в поясничном

отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра справа. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, снижение правого ахиллова рефлекса, симптом ЛассегаZ40° справа.

Задания:

1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
2) Какие обследования целесообразно провести?
3) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
4) Показано ли санаторно-курортное лечение?

62. Женщина 28 лет, поднимая на руки своего трехлетнего сына, внезапно, почувствовала сильную боль в пояснице. С трудом смогла разогнуться. В связи с сохранением боли, на следующий день обратилась к врачу. При осмотре: выпрямлен поясничный лордоз, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Тонус и сила в ногах не изменены. Глубокие рефлексы с ног живые, симметричные Чувствительных нарушений не выявлено, симптом Лассега отрицателен с обеих сторон.

Задания:

1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
2) Какие рекомендации по лечению в домашних условиях вы можете дать?
3) Какие обследования вы бы рекомендовали провести?
4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
5) Показано ли санаторно-курортное лечение?

63. Больной 49 лет, работающий грузчиком, во время подъема каменной столешницы внезапно почувствовал резкую слабость и жгучие боли в ногах, возникло нарушение мочеиспускания. Напарник привез его в поликлинику, на осмотр к дежурному врачу. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез до 3 баллов, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
2) Требуется ли экстренная госпитализация?
3) Какие обследования целесообразно провести?
4) Тактика лечения?
5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
8) Возможные исходы заболевания?

64. Женщина 32 лет обратилась к терапевту, в связи с тем, что после десяти часов работы за компьютером, почувствовала сильную боль в шее, больше справа. При осмотре выявлено выраженное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, при пальпации болезненность и напряжение мышц задней поверхности шеи. Других неврологических симптомов нет.

Задания:

1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
2) Нужны ли проводить дополнительные методы обследования (какие?) для оказания экстренной помощи?
3) Принципы лечения?

65. Рабочий 45 лет в момент поднятия мешка с песком почувствовал выраженную слабость в ногах, боли по внутренней поверхности бедра, возникло нарушение мочеиспускания. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

1) Предположительный диагноз?
2) Предложите наиболее информативные методы обследования.
3) Тактика лечения?
4) Возможные исходы заболевания?

66. У мужчины 26 лет, на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки

(18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Других нарушений при осмотре не выявлено.

Задания:

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

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

Задания:

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

68. Мужчина 32 лет обратился к врачу с жалобами на боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующую в плечо, по лучевому краю предплечья, к большому пальцу правой руки. При осмотре выявлены слабость и гипотрофия двуглавой мышцы плеча, тенара, снижение бицепс-рефлекса справа.Гипостезия в области лучевого края предплечья.

Задания:

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

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

Задания:

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

70. Больному 40 лет в медицинском центре после обследования невролога и проведения исследования МРТ был поставлен диагноз «Спондилогенная радикулопатия S1 справа». На повторный прием к неврологу попасть не смог и обратился к семейному врачу за рекомендациями по лечению.

Задания:

1) Предложите тактику лечения.
2) Нужна ли больному госпитализация?
3) Какие рекомендации по профилактике осложнения спондилогенной патологии можно предложить?

71. Пациентка 26 лет жалуется на внезапно возникшую острую боль в пояснице, возникшую после физической нагрузки. Диагноз: «Люмбаго».

Задания:

1) Предложите наиболее целесообразное медикаментозное лечение.

2) Какие рекомендации вы могли бы дать пациентке?

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

Задания:

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

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

Задания:

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

74. Больной 27 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, боль в икроножных мышцах, онемение стоп, нарушение походки. В последние пять лет ежедневно выпивает по 500-мл. водки. При обследовании: резкое снижение мышечной силы в стопах; гипотония, гипотрофия икроножных мышц. Рефлексы с ахилловых сухожилий не вызываются, коленные - угнетены. Гипестезия в дистальных отделах ног. Снижена вибрационная чувствительность в стопах.

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3) Какие обследования можно провести для уточнения диагноза?
4) Консультации, каких специалистов необходимо провести?
5) План лечения?

75. Больная 48 лет находилась на лечении в стационаре по поводу алкогольной полинейропатии нижних конечностей, куда была госпитализирована из-за невозможности самостоятельно передвигаться, вследствие развившегося пареза в ногах (преимущественно в дистальных отделах). После перевода больной на амбулаторный этап лечения у пациентки сохраняется парез в стопах до 3 баллов, гипестезия до нижней трети голеней, ахилловы рефлексы не вызываются, коленные рефлексы значительно снижены.

Задания:

1) Предложите наиболее эффективное медикаментозное лечение.
2) Какие методы не медикаментозной терапии можно использовать для лечения?
3) Консультации, каких специалистов могут вам понадобиться?
4) Предложите план профилактических мероприятий.
5) Возможные исходы заболевания?

76. Пациент 52 лет с избыточной массой тела, страдающий гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом II типа, жалуется на «жжение» в стопах. При осмотре выявлено снижение глубоких рефлексов на руках и ногах. Гипестезия в дистальных отделах ног. При обследовании выявлен повышенный уровень глюкозы в крови.

Задания:

1) Предположите наиболее вероятное сопутствующее заболевание нервной системы.
2) Нужна ли консультация, какого либо специалиста?
3) Тактика лечения пациента.
4) Предложите план профилактических мероприятий.
5) Возможные исходы заболевания?

77. Мужчина 36 лет, обратился с жалобами на появившуюся неделю назад неуверенность при ходьбе т.к. «плохо чувствует пол», слабость в руках. Три месяца назад лечился самостоятельно от «ангины», после чего сохранялась легкая осиплость голоса в течение месяца. При объективном осмотре: ЧСС 96 (в покое), снижение силы в проксимальных огделах

нижних конечностей до 3 баллов, верхних конечностей до 4 баллов. Глубокие рефлексы не вызываются. Снижено мышечно-суставное чувство в стопах, легкая гипестезия в пальцах стоп.

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3) Какие методы дополнительных исследований необходимо провести для уточнения диагноза?
4) Консультация, каких специалистов может потребоваться?
5) Тактика лечения пациента.
6) Возможные исходы заболевания?

78. Больной 38 лет обратился к терапевту с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. В неврологическом статусе: снижение силы в дистальных отделах ног- до 4^x баллов, в проксимальных отделах - 2 балла. Глубокие рефлексы с ног угнетены. Вялый парез в проксимальных отделах рук. Симптомы натяжения (с-м Ласега с <50°). Двухсторонний парез мимической мускулатуры. Функция тазовых органов не нарушена. Парадоксальный тип дыхания. ЧСС - 108 в мин.

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
3) Нужна ли госпитализация?
4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
5) Принципы терапии?
6) Возможные исходы заболевания?

79. Студент 18 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на общую слабость, недомогание, нарушение зрения (нечеткость, снижение остроты), неприятные ощущения в глазах. Данные симптомы появились 2 дня назад после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дизэмбриогенеза. Менингеальных знаков нет, глубокие рефлексы оживлены, брюшные рефлексы вялые, патологических рефлексов нет, чувствительных расстройств не выявлено, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Заключение офтальмолога: ретробульбарный неврит.

Задание:

1) О каком заболевании следует думать, учитывая клинические данные и заключение офтальмолога?
2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
3) Топический диагноз?
4) Обследование?
5) Показана ли госпитализация?
6) Лечение?
7) Возможные исходы заболевания?

80. Женщина 24 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на слабость в нижних конечностях (больше в правой) и возникающие из-за этого частые спотыкания и даже падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастали. При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, D>S, клонусы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева, Жуковского с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и мимопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

1) Топический диагноз?
2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
3) Клинический диагноз?
4) Обследование?
5) Показана ли госпитализация?
6) Лечение?
7) Возможные исходы заболевания?
8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

81. Программист 27 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на дрожание верхних конечностей, усиливающееся при целенаправленных движениях, затрудняющие профессиональную деятельность и самообслуживание (прием пищи, застегивание пуговиц, бритье, умывание и т.п.), шаткость при ходьбе, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, ощущение прохождения тока по спине и конечностям при наклоне головы кпереди. Данные симптомы, постепенно нарастая, появились около 3 -х месяцев назад после ДТП, в котором получил черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга). Известно, что 5 лет назад в период весенней сессии на фоне умственной нагрузки и переутомления (написание дипломной работы, сдача экзаменов) возникло ухудшение зрения (ощущение нечеткости и пятна в поле зрения правого глаза), которое самопроизвольно регрессировало через 1 -1,5 недели. При осмотре: несколько расторможен, эйфоричен, интенционный тремор верхних конечностей, адиадохокинез, дисметрия, горизонтальный нистагм, дизартрия с элементами скандирования, глубокие рефлексы высокие D>S, с расширением рефлексогенных зон, симптомы орального автоматизма, патологические знаки Бабинского, Жуковского справа и слева. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Вибрационная чувствительность отсутствует ниже гребней подвздошных костей, гемигипестезия поверхностной чувствительности справа, походка атактическая.

Задание:

1) Топический диагноз?
2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
3) Клинический диагноз?
4) Обследование?
5) Показана ли госпитализация?
6) Лечение?
7) Возможные исходы заболевания?
8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

82. Девушка 20 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, ощущение двоения в глазах, особенно при нахождении в душном, жарком помещении или после незначительной физической нагрузки или даже после чашки горячего чая. Известно, что за последние 1,5 года дважды перенесла эпизоды невропатии лицевого нерва, сначала справа, затем слева. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисморфогенеза, недостаточность конвергенции, недоведение правого глаза до внутренней спайки при полной сохранности отведения другого глаза, монокулярный нистагм слева (межъядерный офтальмопарез). Легкая недостаточность функции мимической мускулатуры с обеих сторон. Легкий правосторонний силовой гемипарез. Тонус мышц в правых конечностях повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы D>S, высокие. Рефлексы орального автоматизма, патологические знаки Россолимо верхний, Бабинского справа. Интенция и мимопромахивание при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

1) Топический диагноз?
2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
3) Клинический диагноз?

4) Обследование?
5) Показана ли госпитализация?
6) Лечение?

83. Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Данные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы. При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований - без особенностей.

Задание:

1) Топический диагноз?
2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
3) Клинический диагноз?
4) Обследование?
5) Показана ли госпитализация?
6) Лечение?
7) Возможные исходы заболевания?
8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

84. Женщина 65 лет предъявляет жалобы на затруднение при глотании, частые поперхивания, слюнотечение, нарушение речи, плаксивость, подергивания в мышцах лица и шеи, затруднение удержания головы. При осмотре: слабость, атрофия и фасцикуляции в мышцах лица, языка, грудиноключично-сосцевидных и трапециевидных мышцах, дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственные эмоции (плач, смех), оживление нижнечелюстного рефлекса и глубоких рефлексов конечностей с обеих сторон. Результаты лабораторных исследований - без особенностей.

Задание:

1) Топический диагноз?
2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
3) Клинический диагноз?
4) Обследование?
5) Показана ли госпитализация?
6) Лечение?
7) Возможные исходы заболевания?
8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

85. Женщина 28-ти лет в течение нескольких дней стала отмечать неустойчивость при ходьбе и неловкость в руках, стало «неудобно» печатать на компьютере. Обратилась в поликлинику, врач выявил неустойчивость в позе Ромберга и отправил пациентку к неврологу. В неврологическом статусе: нистагм, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и колено-пяточной пробы справа, повышение тонуса в нижних конечностях по спастическому типу, двухсторонний симптом Бабинского. При осмотре глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. При повторном осмотре через три дня выраженность координаторных нарушений существенно уменьшилась.

Задание:

1) Топический диагноз?
2) Консультацию какого специалиста нужно получить?
3) Клинический диагноз?
4) Обследование?

5) Показана ли госпитализация?
6) Лечение?
7) Возможные исходы заболевания?
8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

86. У 20-ти летней девушки внезапно развилось нарушение зрения до слепоты справа, болезненность при движении правого глазного яблока. Обратилась к окулисту, был поставлен диагноз правосторонний ретробульбарный неврит. Назначено лечение кортикостероидами, которое оказало быстрый эффект, зрение восстановилось. Девушка вновь пришла к врачу общей практики за дальнейшими рекомендациями.

Задание:

1) Консультации каких специалистов показаны в данной ситуации?
2) Требуется ли дальнейшее наблюдение пациентки, если да, то с какой целью?
3) Какие дополнительные методы обследования необходимы?

87. 29ти летняя мать привела на осмотр к педиатру своего единственного 6 летнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице. При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексы снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16ти лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Что такое приемы Говерса?
3) Тип наследования данного заболевания?
4) Нужна ли госпитализация?
5) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
6) Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?
7) Предложите тактику лечения.
8) Возможные исходы заболевания?
9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

88. У мужчины 55 лет 2 года назад начали худеть кисти рук (стали велики перчатки), а последнее время заметил «поперхивание» при еде. Обратился в поликлинику и сразу был направлен к неврологу. При неврологическом осмотре: фибриллярные подергивания в языке и верхних конечностях, парез мягкого неба, отсутствие глоточного рефлекса, гипотрофия мышц верхних конечностей. Глубокие рефлексы на руках и ногах высокие, двухсторонний симптом Бабинского. Нарушений чувствительности нет. Функции тазовых органов не нарушены.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз.
2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
3) Нужна ли госпитализация?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5) Предложите тактику лечения.
6) Возможные исходы заболевания?
7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

89. Женщина 27 лет после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха - уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век. Обрати-

лась к знакомому неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Нужна ли госпитализация?
3) Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5) Предложите тактику лечения.
6) Возможные исходы заболевания?
7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

90. Женщина 35ти лет стала жаловаться на нарушение мочеиспускания - когда возникает позыв, не может долго терпеть и если рядом нет туалета, возникает самопроизвольное мочеиспускание. Женщина обследовалась у уролога и гинеколога, причин для данных жалоб выявлено не было. Ее направили к неврологу, который выявил признаки нижнего спастического парапареза и назначил дообследование. Офтальмолог выявил частичную атрофию дисков зрительных нервов. На МРТ с контрастированием головного и спинного мозга: множественные паравентрикулярные очаги демиелинизации разной давности; очаг демиелинизации на уровне Т7.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз.
2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
3) Нужна ли госпитализация?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5) Предложите тактику лечения.
6) Возможные исходы заболевания?
7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

91. У 30ти летняя женщина обратилась к врачу из-за появившегося двоения в глазах. Врач выявил расходящееся косоглазие, правосторонний птоз. Назначил дообследование: проба с введением прозерина клиническую картину не изменила; ЭНМГ без отклонений от нормы. МРТ ангиография: патологии не выявлено. МРТ головного мозга: множественные очаги демиелинизации паравентрикулярно и в области ствола головного мозга. Анализ крови на сахар - 4,2 ммоль/л.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз.
2) О каких диагнозах подумал врач, назначив перечисленное обследование?
3) Поставьте клинический диагноз по результатам обследования.

92. Больная 37 лет, находится под наблюдением по поводу рассеянного склероза, получает копаксон. Внезапно у нее развивается головокружение, атаксия при ходьбе (не может пройти без посторонней помощи), усиливается слабость и спастика в нижних конечностях.

Задание:

1) Предложите тактику лечения.

93. Пациент 31 года в течение 8 лет лечится с диагнозом гепато-церебральная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). В течение последних двух лет неоднократно нарушал режим приема лекарств в связи с чем возникло существенное ухудшение состояния и доза препарата была повышена до 1500 мг d-пеницилламина в день. На этом фоне через несколько месяцев, привычные для пациента симптомы (тремор рук и нарушения речи) существенно улучшились. Но он начал замечать повышенную мышечную утомляемость, стало трудно подниматься по ступенькам из-за слабости в ногах, приседать, с трудом может достать что-то с верхней полки шкафа.

Задание:

1) Предположите причину вновь появившихся симптомов.
2) Предложите тактику дальнейшего ведения пациента.

94. У мужчины 69 лет постоянно находящемся в доме для престарелых, из-за болезни Альцгеймера, врачи заметили постепенное развитие слабости во всех конечностях, нарастающую мышечную атрофию, ухудшилась и стала малопонятной речь. Приглашенный на консультацию врач невролог выявил: гипотрофию языка, фибриллярные подергивания в языке, спастический тетрапарез с 2х сторонними патологическими симптомами Бабинского, выраженной гипотрофией мышц, фасцикулярными подергиваниями, симптомы орального автоматизма.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз.
2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
3) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4) Предложите тактику лечения.
5) Возможные исходы заболевания?

95. Пациентка 48 лет страдает генерализованной миастенией (IIIкласс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На этом фоне у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, наросла слабость и появилась выраженная одышка.

Задание:

1) Объясните с чем связано ухудшение состояния.
2) Поставьте клинический диагноз.
3) Предложите тактику лечения.
4) Возможные исходы заболевания?

П Е Р Е Ч Е Н Ь ситуационных задач к контрольному занятию VIII семестр IV курс Опухоли головного и спинного мозга. Черепно-мозговая и позвоночно-спинальная травма. Пароксизмальные состояния в неврологии: эпилепсия и неэпилептические пароксизмы. Медицинская генетика: наследственная патология нервной системы. Темы 8 - 13

96. 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 методы лечения вы можете информировать родственников больного?

97. У женщины 40 лет четыре месяца назад появились периодически возникающие приступы « ползания мурашек» в левой половине туловища. Около месяца испытывает снижение болевых ощущений в правой половине туловища, часто не может попасть рукой в левый рукав одежды, испытывает затруднения при одевании обуви на левую ногу. В связи с этим обратилась к врачу семейной медицины. При осмотре: снижение всех видов чувствительности слева.

Задания:

1) Топический диагноз?
2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
3) Рекомендации по тактике обследования?

98. 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?

99. 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?

100. 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?

101. 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?

102. Женщина 49 лет страдает упорной головной болью распирающего характера 4 месяца. Полгода назад начались и повторяются два раза в месяц приступы клонических судорог в левой стопе, с последующим преходящим парезом стопы. Объективно: слева повышение глубоких рефлексов, положительный симптом Бабинского. Глазное дно: расширение вен сетчатки.

Задания:

1) Топический диагноз?

2) Как называется неврологический синдром, при котором возникают локальные судороги, без потери сознания?
3) Предположительный клинический диагноз?
4) Обследование?
5) Лечение?

103. 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?

104. 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?

105. 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?

106. Женщина 56 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Была доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение. При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено.

Задания:
1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Осмотр каких специалистов нужен в данном случае?
3) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4) Предложите тактику лечения.

107. Мужчина 48 лет, был избит и ограблен двумя неизвестными. Терял сознание. Точно сказать, сколько времени находился без сознания, не может. Не помнит людей на улице, которые оказывали ему первую доврачебную помощь. Был доставлен в стационар служ-

бой скорой помощи, которую вызвали прохожие. При поступлении сознание ясное, пациент растерян. Испытывает затруднения при произношении слов, речь замедленная. Имеются множественные ушибы и ссадине на лице и на волосистой части головы. Определяется шаткость походки. При неврологическом осмотре выявляется акцент рефлексов справа, сглаженность правой носогубной складки. Менингеальной симптоматики нет. На рентгенограммах черепа костной патологии не выявляется.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Правила транспортировки?
3) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4) Предложите тактику лечения.

108. Мужчина 38 лет, доставлен в стационар из дома. Был обнаружен соседкой, спящим на лестничной площадке у двери своей квартиры. Проснулся достаточно легко. В связи с неадекватностью поведения была вызвана скорая помощь. В приемном отделении сообщил, что после работы употреблял алкоголь с друзьями, как дошел до дома не помнит. Жалуется на светобоязнь. При осмотре: лицо гиперемировано, определяется горизонтальный нистагм, запах алкоголя. Содержание этанола в крови - 2,1 промилле. Имеется подапоневротическая гематома левой затылочной области. Зрачки D=S. Движения глазных яблок ограничены из-за болезненности. Заторможен, гиподинамичен, не интересуется окружающим. Незначительный парез в левой руке. Определяются менингеальные знаки. На рентгенограммах черепа выявлен линейный перелом затылочной кости слева. Эхо-ЭС - смещение м-эха 2мм.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

109. Женщина, 37 лет, доставлена в больницу скорой помощи. Известно, что наблюдается у невролога по поводу эпилепсии, принимает антиконвульсанты. На фоне самовольной отмены препаратов развился большой судорожный припадок, во время которого ударилась головой о поребрик тротуара. Сообщила, что страдает эпилепсией с 14 лет. Правильно назвала препараты, которые принимает в связи с основным заболеванием. При осмотре: заторможена, на вопросы отвечает с некоторой задержкой. Имеется ушибленная рана в правой теменной области, проникающая до кости. При первичной хирургической обработке раны визуализируется перелом правой теменной кости, который подтверждается на рентгенограммах черепа. В неврологическом статусе выявлены менингеальные симптомы, акцент глубоких рефлексов слева, левосторонний симптом Бабинского.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

110. Неизвестный мужчина, около 60 лет доставлен в стационар скорой помощью. Со слов очевидцев был обнаружен лежащим в сквере, где пролежал без движения около часа. При осмотре выявлена подкожная гематома левой височной области. Без сознания, на болевые раздражения не реагирует. Произвольной двигательной активности не определяется. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы низкие, определяется мышечная гипотония. Зрачки узкие, фотореакции угнетены. Менингеальных симптомов нет. На рентгенограммах черепа травматических костных изменений не выявлено. Смешение М-эха 2 мм. При люмбальной пункции в первой порции получен ликвор с примесью крови, которая исчезла в последующих порциях. Содержание этанола в крови 4 промилле.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

111. Молодой человек, 21года, поступил в приемный покой ночью. Обстоятельства травмы не известны. Самостоятельно добрался до дома, но не помнит как. Не помнит, сколько времени находился без сознания. Доставлен в стационар скорой помощью. При осмотре растерян, частично дезориентирован, не интересуется окружающим, повторяет одни и те же вопросы. В приемном покое была многократная рвота. Имеются кровянистые выделения из носа. Определяется парез в правой руке, сухожильные рефлексы повышены справа, правосторонний симптом Бабинского, симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. На КТ обнаружены небольшие очаги размозжения в левых лобной и височной долях. В режиме «костного окна» выявлен перелом основания передней черепной ямки. На третьи сутки отмечено появление «отцветающих» параорбитальных гематом.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

112. Больная 65 лет осмотрена неврологом в терапевтическом отделении, куда поступила с диагнозом гипертоническая болезнь, затяжное течение гипертонического криза. Лечится у терапевта в течение 2 недель, за это время артериальное давление стабилизировалось на цифрах 130/80 мм рт. ст. Однако в последние 3 дня появились сонливость, заторможенность, затруднение речи, слабость в правой руке, в связи с чем была направлена в терапевтический стационар. При сборе анамнеза у родственников удалось выяснить, что 3 недели назад пациентка упала со стула, ударилась головой. Была кратковременная утрата сознания. По факту травмы за медицинской помощью не обращалась. После травмы стала беспокоить головная боль. Невролог срочно направил пациентку на КТ, где над всем левым полушарием головного мозга обнаружено инкапсулированное гиподенсное объемное образование, смещение срединных структур вправо на 7 мм.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

113. Мужчина, 32 лет. На производстве упал со стремянки, ударился головой. Придя домой, рассказал о случившемся жене. Так как впереди намечались выходные дни, за медицинской помощью обращаться не стал, сославшись на то, что «отлежится» дома. Жаловался на головную боль, по поводу чего принял «обезболивающее» и лег спать. Жена допоздна «засиделась» у соседки, а вернувшись домой, обнаружила мужа лежащим без сознания на полу. В 2 ч 15 мин был доставлен в стационар вызванной скорой помощью. При поступлении - кома I, правосторонний гемипарез, анизокория S>D. Эхо-энцефалоскопия - смешение М-эха слева направо 10 мм. На краниограммах обнаружен перелом затылочной кости справа.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

114. Во время драки 29ти летний мужчина получил несколько ударов по голове. Во время одного из ударов «отключился» на несколько минут. Когда дошел до дому и начал умываться, обратил внимание, что на полотенце остаются следы крови и светлой жидкости. Стал хуже видеть на правый глаз, что заставило его вызвать скорую помощь. Врач определил положительные менингеальные симптомы.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

115. При спуске с горы, лыжник упал, на несколько секунд потерял сознание. Самостоятельно доехал с горы. Жалуется на головную боль, тошноту, была однократная рвота. На попутной машине добрался до ближайшего травмпункта, где был осмотрен травматоло-

гом и сделана рентгенограмма черепа. При осмотре: сознание ясное, гематома в правой лобной области, признаков очагового поражения ЦНС нет. На Rgчерепа: признаков повреждения костей свода черепа нет.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3) Предложите тактику лечения.

116. Мужчина 48 лет ремонтировал крышу загородного дома, не удержался и упал. Самостоятельно двигаться не смог, жаловался на сильные боли в грудной клетке при малейшем движении и дыхании, не смог пошевелить ногами и сказал, что ног не чувствует. Жена вызвала скорую помощь. При осмотре выявлен нижний парапарез, двухсторонний симптом Бабинского, двухсторонняя гипестезия с уровня Т9.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
3) Какие обследования необходимо провести?
4) Тактика лечения.

117. 59-ти летний мужчина начал замечать, что испытывает неудобство при управлении автомобилем, стало трудно давить на педали правой стопой. Обратился к врачу. К этому времени появились боли «жгучего» характера по задней поверхности нижних конечностей. На выполненных рентгенограммах были выявлены дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Назначен курс лечения мильгаммой, вольтареном и физиотерапией. Однако состояние продолжало ухудшаться, присоединилась слабость в левой стопе, нарушение мочеиспускания. Направлен на консультацию к неврологу, который выявил нижний дистальный периферический парапарез, гипестезию болевой и температурной чувствительности в сегментах L5-S3 с двух сторон.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие обследования необходимо провести?
3) Тактика лечения.

118. Во время взлета у самолета взорвались шасси, пилот сумел затормозить, избежав серьезной аварии. Никто из пассажиров не пострадал, но одна стюардесса была госпитализирована с подозрением на спинальное повреждение. 25-ти летняя пациентка рассказала, что, несмотря на ремень безопасности, ее резко бросило вперед. Жалобы при поступлении: отсутствие движений и чувствительности в ногах. При неврологическом исследовании выявлена нижняя параплегия с отсутствием всех глубоких рефлексов и анестезия ниже реберной дуги с 2х сторон. Через 12 часов пациентка начала двигать левой стопой и появилась болевая чувствительность на правой ноге. На левой ноге сохранилась аналгезия и термоанастезия, правая нога осталась полностью парализованной, появилась спастичность мышц, клонус правой стопы и симптомом Бабинского.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Правила транспортировки?
3) Как называется состояние, развившееся у пациентки сразу после травмы и в течение в первых 12 часов?
4) Как называется клинический синдром, выявленный у пациентки через 12 часов?
5) Какие обследования необходимо провести?
6) Тактика лечения.

119. 66ти летняя пациентка госпитализирована из-за постепенно, в течение 1,5 месяцев, нарушившейся походки; 3 недели назад начала пользоваться палочкой, а 2 дня назад перестала ходить. Нарушения тазовых функций нет. Неврологическое обследование выявило: сила в верхних конечностях достаточная, глубокие рефлексы и чувствительность на верхних конечностях сохранены. В нижних конечностях определяется слабость до 2х баллов с повышением мышечного тонуса, оживлением коленных и ахилловых рефлексов, 2х сто-

ронним симптомом Бабинского. Отсутствует болевая и вибрационная чувствительность ниже линии сосков с 2х сторон, нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Какие обследования необходимо провести?
3) Тактика лечения.

120. Мужчина 42х лет был сбит автомобилем. При попытке подняться почувствовал онемение и неловкость в нижних конечностях, о чем рассказал врачу скорой помощи. Сотрудники бригады скорой помощи помогли пациенту подняться на ноги и пересесть в машину скорой помощи. Был доставлен в больницу, где сразу выполнили КТ позвоночника и спинного мозга. На КТ повреждений не выявлено. Жалобы, которые беспокоили пациента, прошли в течение часа. Осмотр невролога не выявил очаговых неврологических симптомов.

Задание:

1) Были ли допущены ошибки на догоспитальном этапе?
2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
3) Какие правила транспортировки в данной ситуации?
4) КТ каких отделов позвоночника и спинного мозга необходимо было выполнить?
5) Предложите тактику лечения.

121. Во время дальнего плавания в открытом океане матрос упал в трюм с высоты 3х метров. Осмотр судового врача сразу же после травмы выявил нижнюю параплегию, атонию мышц ног, арефлексию коленных и Ахилловых рефлексов, проводниковую анестезию с уровня сосков, задержку мочеиспускания, резкие боли в грудном отделе позвоночника. Через 3 дня тонус мышц повысился, появились глубокие рефлексы и симптом Бабинского с 2-х сторон, остальные симптомы сохранялись.

Задание:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Как называется состояние, развившееся у пациента сразу после травмы?
3) Как называется клинический синдром, выявленный у пациента через 3 дня?
4) Какие обследования необходимо провести?
5) Тактика лечения.

122. Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

Задание:

1) Первая помощь?
2) Действие врача скорой помощи?
3) Обследование?
4) Клинический диагноз?
5) Лечение?

123. Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1 -2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобноно- височных областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил.

Задание:

1) Первая помощь?

2) Действие врача скорой помощи?
3) Обследование?
4) Клинический диагноз?
5) Лечение?

124. У мужчины 52 лет после бессонной ночи наблюдается серия судорожных тонико-клонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противоэпилептические препараты принимает нерегулярно.

Задание:

1) Первая помощь?
2) Действие врача скорой помощи?
3) Обследование?
4) Клинический диагноз?
5) Лечение?

125. Мужчина 46 лет, жалуется на утренние головные боли, приступы, сопровождающиеся подергиваниями в правых конечностях (начинаются в правой ноге, распространяются на правую руку). Сознание не теряет. Приступы повторяются 1 -2 раза в день, впервые возникли 3 месяца назад. Из анамнеза известно, что 4 года назад получил закрытую черепно-мозговую травму - ушиб головного мозга. По данным КТ: наружная и внутренняя гидроцефалия. На ЭЭГ: комплексы «острая медленная волна» в лобно-теменной области левого полушария.

Задание:

1) Клинический диагноз?
2) Обследование?
3) Лечение?

126. Девушка 16 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на эпизоды выключения сознания. Знает об этих эпизодах от знакомых и родственников: во время разговора замолкает, в течение нескольких секунд на обращенную речь не реагирует. Падения, судороги, потерю мочи отрицает. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день, продолжительность 10-20 секунд. Подобные приступы отмечаются у отца больной. КТ головного мозга патологии не выявило. На ЭЭГ: пароксизмальные разряды «пик медленная волна» с частотой 3/с, с генерализацией по конвексу.

Задание:

1) Клинический диагноз?
2) Обследование?
3) Лечение?

127. Мужчина 30 лет, обратился к врачу общего профиля по причине того, что в течение месяца у него возникают ощущения онемения и покалывания в правых конечностях, чувство прохождения «электрического тока» в них с последующей утратой сознания и развитием тонико-клонических судорог и непроизвольного мочеиспускания, после приступа сознание пациента спутанное, сам припадок пациент не помнит.

Задание:

1) Обследование?
2) Первая помощь?
3) Действие врача скорой помощи?
4) Топический диагноз?
5) Клинический диагноз?
6) Лечение?

128. Женщина 38 лет, внезапно упала в людном месте, громко стонет, произносит трудноразличимые слова, часто дышит, затем на несколько секунд замирает и лежит неподвиж-

но, еще через несколько секунд тело пациентки выгибается с высоким подниманием таза, отмечается мотание головой из стороны в сторону, асинхронные движения рук и ног. Приступ длится около 10 минут. Сразу после приступа - пациентка в сознании, активно отвечает на вопросы. В неврологическом статусе патологических изменений не выявлено.

Задание:

1) Клинический диагноз?
2) Обследование?
3) Лечение?

129. Студентка 16 лет, обратилась к врачу общего профиля с жалобами на эпизоды утраты сознания, которым предшествует ощущение дурноты, тошноты, «мелькания мушек», звона в ушах. Если успевает принять горизонтальное положение, то сознание не утрачивается. Такие приступы беспокоят несколько месяцев, чаще при нахождении в душном помещении. В неврологическом статусе патологической симптоматики не выявлено. Пациентка астенического телосложения, отмечаются лабильность пульса, акрогипергидроз. На ЭЭГ - без патологии.

Задание:

1) Предположительный диагноз?
2) Обследование?

130. Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов.

Задания:

1) Предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли срочная госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
6) Назначьте лечение.
7) Какой совет можно дать пациентке для предотвращения приступов?

131. Женщина 25лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли срочная госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
6) Назначьте лечение.

132. Муж вызвал неотложную помощь к своей 26ти летней жене в связи с затянувшимся приступом головной боли. Рассказал приехавшему врачу, что последние 2 года ее беспокоили частые приступы головной боли, был поставлен диагноз мигрень. При возникновении приступа женщина принимала комбинированный анальгетик, иногда он помогал, иногда нет. Последний приступ развился 3 дня назад и продолжается без улучшения. Периодически боль уменьшается, но не проходит полностью, а затем возникает с еще большей интенсивностью, была многократная рвота. Врач нашел пациентку в темной комнате,

в сознании, но заторможенную, лежащую с закрытыми глазами, стонущую. Пульс 92 уд.в мин., АД - 130/ 80 мм.рт.ст. При осмотре явных признаков поражения нервной системы врач не выявил, менингеальных симптомов не обнаружил.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) САК, опухоль головного мозга, менингит
5) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
7) Назначьте лечение.

133. Женщина 26ти лет обратилась к врачу в поликлинику в связи с тем, что за последний год у нее было два приступа нарушения зрения в виде выпадения правых половин полей зрения, приступ продолжается около получаса и ничем больше не сопровождается. Женщина рассказала, что ее бабушка и мать в молодом возрасте страдали приступообразными головными болями, были ли у них нарушения зрения, она не знает. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли срочная госпитализация и оказание неотложной помощи?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
6) Назначьте лечение.

134. Женщина 36ти лет, бухгалтер, большую часть рабочего времени проводит за компьютером, часто берет работу на дом. Обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что последние 2 года ее часто (3 -5 дней каждую неделю) беспокоят головные боли. Боль имеет стягивающий характер (похожа на «обруч»), средней интенсивности, во время головной боли ее сильно раздражают громкие звуки. Головная боль продолжается несколько часов, иногда целый день, полностью прекращается или уменьшается после приема комбинированного анальгетика.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?
5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

135. Женщина 34 х лет обратилась к врачу в связи с тем, что в течение 10ти лет ее беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, средней интенсивности, двухсторонняя, тупая, последнее время головная боль усилилась. Несколько лет назад пациентка делала обследование: была осмотрена офтальмологом, выполнила МРТ головного мозга и ультразвуковую допплерографию сосудов головного мозга. Патологии выявлено не было. Сама пациентка связывает ухудшение с плохими жилищными условиями, после развода с мужем, живет в коммунальной квартире и регулярно конфликтует с соседями. Перспектив на изменение жилищных условий пока нет. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики, последний год вынуждена принимать анальгин или пенталгин по два, иногда три раза в день. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы, кроме симметричного оживления глубоких рефлексов.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести?

5) Нужно ли повторить обследования?
6) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

136. Молодая женщина, 25 ти лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон, обычно утром просыпается без болей. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. Времени идти в поликлинику у женщины нет, и она обратилась к соседу, который работает врачом в кабинете общей практики. Врач при осмотре не выявил клинических признаков поражения внутренних органов и нервной системы.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5) Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

137. Женщина 67 лет обратилась в поликлинику в связи с частыми (почти каждый день) приступами стреляющей боли в области щеки, нижних зубов, нижней челюсти слева. Боль острая, интенсивная, продолжается около 30 секунд, прием анальгетиков возникновение приступа не предотвращает. Женщина проконсультировалась со стоматологом, врач не выявил патологии со стороны зубов.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5) Назначьте лечение.

138. Мужчина 50 лет обратился к участковому врачу в связи с болями в области левой половины лба и левого глаза. Боль носит постоянный характер, но периодически усиливается до очень интенсивной. Мужчина вспомнил, что полгода назад в этой области отмечались высыпания в виде нескольких пузырьков, которые сопровождались болями и онемением. К врачу он не обращался и через две недели все прошло. При осмотре врач выявил в области лба несколько пятен депигментации, другой симптоматики не обнаружил.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5) Назначьте лечение.

139. Женщина 55 лет, страдающая гипертонической болезнью в течение 5ти лет, проснувшись утром, почувствовала головную боль, тупого давящего характера, больше выраженную в затылочной области. Женщина померила АД, оказалось - 130/85, приняла свои обычные лекарства, головная боль не прошла и вскоре она заметила выпадение левых половин полей зрения, тогда она вызвала такси и доехала до поликлиники. Врач при сборе анамнеза выяснил, что мать пациентки страдала мигренью. Неврологический осмотр выявил левостороннюю гемианопсию. Врач дал рекомендации по соблюдению диеты (исключение шоколада, красного вина, сыра чеддер), назначил прием препарата из группы триптанов и рекомендовал повторное обращение через месяц.

Задания:

1) Какую ошибку совершил врач?
2) Поставьте топический диагноз.

3) Поставьте предположительный клинический диагноз.
4) Требовалась ли госпитализация?
5) Консультации, каких специалистов необходимо было назначить?
6) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
7) Назначьте лечение.

140. Мужчина 52х лет обратился к врачу в связи с появившейся у него 1,5 месяца назад головной болью, из-за которой он просыпается в 5 часов утра, головная боль носит распирающий характер, четко не локализуется. Все это время головная боль носила нарастающий характер, а в последнее время присоединилась рвота. Участковый врач сразу послал пациента к офтальмологу, который выявил правостороннюю верхнеквадрантную гемианопсию.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.
2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
3) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
6) Назначьте лечение.

141. Мужчина 40 лет на станции метро внезапно почувствовал «кинжальную» головную боль, утратил сознание, была рвота. Сотрудники метрополитена вызвали скорую помощь. К приезду скорой помощи мужчина начал контактировать с окружающими, жаловался на нестерпимую головную боль, сообщил врачу, что ничем раньше не болел. Врач скорой помощи выявил оглушение, наличие менингеальных симптомов, двухсторонний симптом Бабинского.

Задания:

1) Поставьте топический диагноз.
2) Поставьте предположительный клинический диагноз.
3) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Обоснуйте выбор методов обследования.
6) Назначьте лечение.

142. Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью 40 минут, возникающих каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5) Назначьте лечение.

143. Женщина 25-ти лет обратилась к врачу в связи с жалобами на повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение и ощущение нехватки воздуха. Поводом обращения послужил приступ, накануне вечером. Приступу предшествовала тревога и головная боль, а затем развился ознобоподобный тремор, сердцебиение (ЧСС-110 в 1 мин.), похолодание конечностей, повысилось АД до 150/90 мм.рт.ст., возник страх смерти. Приступ продолжался около часа. Обследование выявило небольшую асимметрию АД, акрогипергидроз и акрогипотермию. ЭКГ в пределах нормы. Неврологический статус без особенностей.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация?
3) Назначьте лечение.

144. Женщина 37 лет, страдающая ожирением II, регулярно принимает оральные контрацептивные препараты. Последние два года ее беспокоят приступы головных болей, из-за которых просыпается рано утром, к середине дня головная боль проходит. Иногда головная боль сопровождается тошнотой. КТ головного мозга патологии не выявила. При ЛП: давление 230 мм водного столба, состав ликвора нормальный.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Перечислите факторы риска возникновения заболевания
3) Консультация, какого специалиста необходима?
4) Назначьте лечение.

145. Мужчина 31 года, полгода назад был избит, лечился с диагнозом сотрясение головного мозга. В течение всего этого периода продолжала беспокоить упорная головная боль средней интенсивности, периодическая тошнота. Сегодня утром жена не смогла разбудить его и вызвала скорую помощь. Врач скорой помощи выявил сопорозное состояние и анизокорию.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Требуется ли госпитализация и оказание неотложной помощи?
3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
4) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5) Назначьте лечение.

146. Мужчина 62х лет, страдающий гипертонической болезнью в течение 15 лет, жалуется на частые головные боли, тупые, средней интенсивности, диффузного двухстороннего характера. Раньше головная боль возникала только на фоне подъема артериального давления, последние три года с давлением не связана. Кроме головной боли беспокоит легкая неустойчивость при ходьбе, нарушения памяти и внимания. На МРТ выявлена заместительная наружная и внутренняя гидроцефалия, мелкоочаговые множественные изменения вещества мозга.

Задания:

1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
2) Определите характер головной боли.
3) Требуется ли госпитализация?
4) Консультации, каких специалистов необходимо назначить?
5) Какие дополнительные обследования необходимо провести?
6) Назначьте лечение.

Тестовый контроль № 4
по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА»
Вариант № 1

1. Укажите длительность очаговых неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке: (1)

1) до 24 часов,
2) до 2-х суток,
3) до 3-х суток,
4) до недели,
5) до 3-х недель.

2. Факторы риска транзиторных ишемических атак: (4)

1) пожилой возраст,
2) гиперхолестеринемия,
3) хронические головные боли напряжения,
4) курение,
5) сахарный диабет.

3. Аспирин у больного с транзиторной ишемической атакой: (2)

1) рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки,
2) предупреждает паренхиматозное кровоизлияние в головной мозг,

3) предупреждает субарахноидальное кровоизлияние,
4) снижает риск развития эпилептических припадков,
5) может вызвать желудочно-кишечные осложнения.

4. Этиология транзиторных ишемических атак (4):

1) ревматическое поражение сердца,
2) эритремия,
3) расслоение внутренней сонной артерии,
4) атеросклероз,
5) гипотиреоз.

5. Для кровоизлияния в мозжечок характерны (4):

1) головная боль,
2) атаксия в конечностях,
3) амнестическая афазия,
4) головокружение,
5) ригидность шейных мышц.

6.Типичные осложнения нетравматического субарахноидального кровоизлияния (3):

1) инфаркт миокарда,
2) артериальная гипотония,
3) спазм церебральных артерий,
4) повторное субарахноидальное кровоизлияние,
5) гнойный менингит.

7. Потенциально обратимые причины деменции (3):

1) травматическая внутричерепная гематома,
2) нормотензивная гидроцефалия,
3) дефицит витамина В12,
4) болезнь Альцгеймера,
5) фронто-темпоральная деменция.

8. Лечение сосудистой деменции (2):

1) терапия артериальной гипертонии,
2) церебролизин
3) мемантин (акатинол)
4) мадопар
5) калимин

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

1. Механизмы развития транзиторных ишемических атак: (3)

1) артерио-артериальная эмболия мозговой артерии,
2) гемодинамические нарушения в сочетании со стенозом мозговой артерии,
3) кардиальная эмболия мозговой артерии,
4) повышение фибринолитической активности крови.

2. Типичные проявления транзиторной ишемической атаки: (3)

1) парез руки,
2) кратковременная утрата зрения на один глаз,
3) изолированное системное головокружение,
4) транзиторная спутанность сознания,
5) парез мышц лица по центральному типу.

3. Наиболее частая причина ишемического инсульта (1):

1) церебральный васкулит,
2) церебральный атеросклероз,

3) порок сердца,
4) заболевания крови,
5) разрыв мешотчатой аневризмы.

4. Фибиринолитик (тканевой активатор плазминогена) не применяют при инфаркте мозга если (3):

1) артериальное давление 200/120 мм рт.ст. и выше,
2) степень неврологического дефицита легкая,
3) прошло 6 и более часов после инсульта
4) у больного тотальная афазия и гемиплегия,
5) у пациента сочетанная ишемическая болезнь сердца.

5. Самая частая локализация кровоизлияния по механизму диапедезного пропитывания (1):

1) лобная доля,
2) теменная доля,
3) затылочная доля,
4) внутренняя капсула,
5) зрительный бугор.

6. Кровь в ликворе типична для (3):

1) внутримозгового кровоизлияния,
2) геморрагического инфаркта мозга,
3) субарахноидального кровоизлияния,
4) лакунарного инсульта,
5) атеротромботического инсульта.

7. Болезнь Альцгеймера (2):

1) относится к группе дегенеративных заболеваний головного мозга,
2) развивается в молодом возрасте,
3) проявляется агнозией, апраксией, афазией,
4) проявляется центральным гемипарезом,
5) часто сопровождается эпилептическими припадками.

8. Лечение болезни Альцгеймера (3):

1) наком,
2) галантамин (ременил),
3) циклодол,
4) ривастигмин (экселон),
5) мемантин (акатинол).

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

1. Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта: (1)

1) отсутствие нарушения сознания,
2) отсутствие афазии,
3) длительность очаговых неврологических симптомов менее суток,
4) меньшая степень неврологических расстройств,
5) внезапное начало.

2. Показание к каротиднойэндартерэктомии у больного с ТИА: (1)

1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра,
2) окклюзия внутренней сонной артерии,
3) стеноз внутренней сонной артерии от 50% - 69% диаметра,
4) стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра,
5) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра.

3. **Профилактика инсульта у больного с транзиторной ишемической атакой (2):**

1) ацетилсалициловая кислота,
2) клопидогрель (плавикс),
3) карбамазепин,
4) тиклопидин,
5) пирацетам.

4. Фибринолитическая терапия при ишемическом инсульте (2):

1) предупреждает развитие повторного инсульта,
2) проводится не позднее 6 часов с момента развития инсульта,
3) улучшает исход инсульта,
4) не вызывает геморрагические осложнение,
5) используется при лёгкой степени неврологического дефицита.

5. Неврологические синдромы, характерные для кровоизлияния в правое полушарие головного мозга (2):

1) поражение левого зрительного нерва,
2) левосторонний центральный гемипарез,
3) парез мимических мышц по периферическому типу слева,
4) левосторонняя гемигипестезия,
5) синдром Горнера слева.

6. Для субарахноидального кровоизлияния характерно(3):

1) вестибулярная атаксия,
2) ригидность шейных мышц,
3) нарушение сознания,
4) сенсорная афазия,
5) синдром Валленберга-Захарченко

7.Наиболее частая причина деменции (1):

1) болезнь Альцгеймера,
2) сосудистая деменция,
3) рассеянный склероз,
4) болезнь Паркинсона,
5) хорея Гентингтона.

8. В терапии болезни Альцгеймера эффективны средства (2):

1) ацетилхолинергические,
2) дофаминергические,
3) глутаматергические,
4) серотонинергические,
5) норадренергические средства.

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 рефлексы орального автоматизма, насильственный плач, сухожильные рефлексы 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 гнозиса.

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

Вариант № 4

1.Для транзиторной ишемической атаки характерны (3):

1) гемипарез,
2) афазия,
3) парциальный эпилептический припадок,
4) гемигипестезия,
5) кома.

2. Основные причины развития лакунарного инфаркта (2):

1) парадоксальная эмболия,
2) липогиалиноз перфорирующих артерий мозга,
3) фибриноидный некроз перфорирующих артерий мозга,
4) расслоение церебральной артерии,
5) атеросклеротический тромбоз большой церебральной артерии.

3. При инфаркте мозга, с локализацией в бассейне передней мозговой артерии, наблюдаются (1):

1) гемианопсия,
2) оптико-пирамидный синдром,
3) сенсорная афазия,
4) гемипарез с преобладанием в ноге,
5) гемиатаксия.

4. Для вторичной профилактики инсульта применяют (3):

1) антикоагулянты,
2) антитромбоцитарные средства (антиагреганты),
3) каротидную эндартерэктомию,
4) сосудорасширяющие средства,
5) ноотропные средства.

5. Этиология внутримозгового кровоизлияния (4):
1) артериальная гипертония,
2) гемофилия,
3) артериовенозная мальформация,
4) фибрилляция предсердий,
5) амилоидная ангиопатия.

6. Частая локализация мешотчатой аневризмы (3):
1) средняя мозговая артерия,
2) перфорирующие артерии мозга,
3) передняя соединительная артерия,
4) задняя соединительная артерия.

7. Обязательными признаками деменции являются (3):
1) нарушение памяти,
2) расстройство сознания,
3) нарушение нескольких когнитивных функций,
4) необратимый характер когнитивных нарушений,
5) органическое поражение головного мозга.

8. Для дисциркуляторной энцефалопатии III стадии характерны (3):
1) вертикальный парез взора,
2) деменция,
3) недержание мочи,
4) скандированная речь,
5) псевдобульбарный синдром.

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, рефлексы 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 № 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 неврологическим 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 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?

Вариант № 5

1. Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение (1):

1) нескольких секунд,
2) нескольких минут,
3) 12 часов,
4) 24 часов,
5) 3-х суток.

2. Закупорка внутренней сонной артерии может привести к (3):

1) транзиторной ишемической атаке,
2) ишемическому инсульту,
3) субарахноидальному кровоизлиянию,
4) внутримозговому кровоизлиянию,
5) слепоте на один глаз.

3. Прогрессирующее течение инсульта характерно для (1):

1) лакунарного инсульта,
2) атеротромботического инсульта,
3) кардиоэмболического инсульта,
4) гемодинамического инсульта.

4. Соотношение частоты ишемического инсульта в каротидном и вертебрально-базилярном бассейне (1):

1) 1:1,
2) 2:1,
3) 4:1,
4) 1:2,
5) 1:4.

5. Причины нетравматического внутримозгового кровоизлияния (3):

1) артериовенозная мальформация,
2) гипертоническая болезнь,
3) эритремия,
4) искусственный клапан сердца,

5) антикоагулянтная терапия.

6. КТ головы чаще выявляет субарахноидальное кровоизлияние (1):

1) в первые сутки,
2) на 3-й день,
3) на 7-й день,
4) на 14-й день,
5) на 21-й день.

7. Основные методы диагностики болезни Альцгеймера (2):

1) МРТ головного мозга,
2) транскраниальная допплерография,
3) нейропсихологическое обследование,
4) эхоэнцефалоскопия,
5) электромиография.

8. Для сосудистой деменции типичны (3):

1) инсульт в анамнезе,
2) псевдобульбарный синдром,
3) тремор головы,
4) апраксия ходьбы,
5) корсаковский синдром.

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 высовывании 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 вяла, заторможена, эмоциональный фон снижен, отечность лица и конечностей, при пальпации отечные ткани плотные, температура – $3,2^0$С, 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?

Вариант № 6

1.Для транзиторной ишемической атаки характерны (3):

1) гемипарез,
2) афазия,
3) парциальный эпилептический припадок,
4) гемигипестезия,
5) кома.

2. Факторы риска развития ишемического инсульта (3):

1) артериальная гипертензия,
2) прием оральных контрацептивов (у женщин),
3) молодой возраст,
4) сахарный диабет,
5) сотрясение головного мозга.

3. Для инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии типичны (1):

1) гемипарез с преобладанием в ноге,
2) гемипарез с преобладанием в руке,
3) атактический гемипарез,
4) гемианопсия,
5) моторная афазия.

4. Гепарин используют при (2):

1) лакунарном инсульте,
2) кардиоэмболическоминсульте,
3) геморрагическом инфаркте,
4) прогрессирующем атеротромботическом инсульте,
5) бессимптомном значительном стенозе (более 50% диаметра) внутренней сонной артерии.

5. Типичная локализация нетравматических внутримозговых гематом (3):

1) продолговатый мозг,
2) варолиев мост,
3) мозжечок,
4) базальные ганглии и внутренняя капсула,
5) кора лобной доли.

6. Для кровоизлияния в таламус характерны (3):

1) нарушение сознания,
2) гемианестезия,
3) гемиатаксия,
4) дисфагия,
5) синдром Горнера.

7. Патогенетические механизмы дисциркуляторной энцефалопатии (2):

1) хроническая ишемия головного мозга,

2) повторные острые нарушения мозгового кровообращения,
3) наследственная дегенерация нейронов,
4) нарушение продукции цереброспинальной жидкости,
5) повышение внутричерепного давления.

8. Причины деменции (3):

1) дегенеративные заболевания головного мозга,
2) повторные инсульты,
3) ревматоидный полиартрит,
4) сирингомиелия,
5) дефицит витамина B_{12}.

Задача № 1

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

Задача № 2

Мужчина, 48 лет, доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, которая возникла днем при физической работе. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150_90 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, парезов и других неврологических нарушений нет. Больной находится на лечении в неврологическом отделении, через 10 дней у него развилась слабость в левых конечностях до 3-х баллов, появился симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Причина ухудшения состояния на 10-й день с начала заболевания?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение?

Задача № 3

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 со 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?

Вариант № 7

1. Типичные проявления транзиторной ишемической атаки (3):
1) парез руки,
2) кратковременная утрата зрения на один глаз,
3) изолированное системное головокружение,
4) транзиторная спутанность сознания,
5) парез мышц лица по центральному типу.

2. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии характерны (2):
1) гемипарез,
2) синдром Валленберга-Захарченко,
3) гемигипестезия,
4) оптико-пирамидный синдром,
5) синдром Вебера.

3. Специфические синдромы лакунарного инсульта (3):
1) изолированный гемипарез,
2) изолированная гемианестезия,
3) гемианопсия,
4) моторная афазия,
5) атактический гемипарез.

4. Первичная профилактика ишемического инсульта (4):
1) лечение артериальной гипертензии,
2) отказ от курения,
3) прием статинов при ишемической болезни сердца,
4) прием ноотропов при снижении памяти,
5) прием варфарина при мерцательной аритмии.

5. Профилактика спазма церебральных артерий после клипирования аневризмы при нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии (2):
1) эпсилон-аминокапроновая кислота,
2) нимодипин,
3) церебролизин,
4) гемодилюция,
5) пирацетам.

6. Раннее хирургическое вмешательство при нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии (2):
1) уменьшает риск повторного кровоизлияния
2) проводится при коматозном состоянии больного,
3) предупреждает развитие спазма церебральных артерий,
4) заключается в стентировании артерии.

7. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (3):
1) возникает преимущественно в пожилом возрасте,
2) имеет хроническое течение,
3) часто вызвано разрывом мешотчатой аневризмы,
4) обычно начинается с интенсивной головной боли,
5) может осложниться ишемическим инсультом.

8. Проявления начальной стадии болезни Альцгеймера (2):
1) моторная афазия,

2) нарушение памяти на текущие события,
3) недержание мочи,
4) недостаточность номинативной функции речи (трудности называния предметов),
5) нарушения походки.

Задача № 1

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, больная возбуждена, многословна, речь содержит большое количество вербальных парафазий, обращенную речь не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

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 № 3

Женщина 73 лет в течение 10-ти лет страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом церебральных артерий, ишемической болезнью сердца. Пять лет назад перенесла ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с развитием слабости в правых конечностях и хорошим восстановлением неврологического дефицита. После инсульта стала отмечать снижение памяти, повышенную утомляемость, трудность выполнения умственной работы. В последние два года нарушения памяти нарастают и приводят к затруднениям при общении с другими людьми, элементарном самообслуживании. При обследовании: больная в ясном сознании, несколько растеряна, плохо ориентирована в месте и времени. Нейропсихологическое исследование определило выраженное нарушение памяти, пространственную апраксию и агнозию, симптомы амнестической афазии. В неврологическом статусе: снижение мышечной силы в правой руке до 4-х баллов, легкое снижение болевой чувствительности в ней, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Тремнера справа.

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

Вариант № 8

1. Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта (1):
1) отсутствие нарушения сознания,
2) отсутствие афазии,
3) длительность очаговых неврологических симптомов менее суток,
4) меньшая степень неврологических расстройств,
5) внезапное начало.

2. Антитромбоцитарное средство, применяемое для вторичной профилактики ишемического инсульта (1):
1) ацетилсалициловая кислота,
2) пентоксифиллин,
3) пирацетам,
4) винпоцетин,
5) циннаризин.

3. Ишемический инсульт у молодых чаще вызван (1):
1) заболеванием крови,
2) заболеванием сердца,
3) аневризмой мозговой артерии,
4) мигренью,
5) хроническим алкоголизмом.

4. Для гемодинамического инсульта типичны (2):
1) локализация очага в бассейне средней мозговой артерии,
2) локализация очага в бассейне передней мозговой артерии,
3) локализация очага в зоне смежного кровоснабжения,
4) развитие на фоне резкого снижения артериального давления,
5) развитие на фоне мерцательной аритмии.

5. Этиология нетравматического субарахноидального кровоизлияния (2):
1) мешотчатая аневризма,
2) ревматический порок сердца,
3) употребление кокаина,
4) мерцательная аритмия,
5) церебральный атеросклероз.

6. при кровоизлиянии в варолиев мост не возникает (1):
1) нарушение сознания,
2) тетраплегия,
3) альтернирующий синдром,
4) сенсорная афазия,
5) периферический парез мимических мышц.

7. Преимущественная локализация внутримозгового кровоизлияния при артериальной гипертонии (1):
1) скорлупа,
2) кора лобной доли,
3) кора теменной доли,
4) кора височной доли,
5) продолговатый мозг.

8. Для болезни Альцгеймера характерны (3):
1) прогрессирующее нарушение памяти,
2) расстройства праксиса и гнозиса,
3) амнестическая афазия,
4) мозжечковая атаксия,
5) гемианопсия.

Задача № 1

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

Задача № 2

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 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 № 3

Мужчина 45 лет обратился с жалобами на повышенную забывчивость и непроизвольные подергивания в лице и конечностях. Данные симптомы появились около года назад и со временем нарастают по выраженности. Аналогичные явления отмечались у отца пациента, однако, в несколько более позднем возрасте (после 50-ти лет). Анамнез жизни без особенностей. При обследовании: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет снижение памяти и интеллекта. В неврологическом статусе: непроизвольные, быстрые, хаотические неритмичные движения в конечностях и мышцах лица, парезов нет, сухожильные рефлексы живые симметричные, патологических знаков нет, мышечный тонус несколько снижен; чувствительность, координация и тазовые функции не нарушены.

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

Вариант № 9

1. Этиология транзиторных ишемических атак (4):
1) ревматическое поражение сердца,
2) эритремия,
3) расслоение внутренней сонной артерии,
4) атеросклероз,
5) гипотиреоз.

2. Факторы риска ишемического инсульта (4):
1) мерцательная аритмия,
2) артериальная гипертония,
3) сахарный диабет,
4) транзиторная ишемическая атака,
5) эпизодические головные боли напряжения.

3. Люмбальная пункция при ишемическом инсульте (2):
1) наиболее информативный метод исследования,
2) проводится при невозможности выполнить КТ или МРТ головы,
3) позволяет подтвердить диагноз не более чем в 90% случаев,
4) противопоказана при нарушении сознания,
5) проводится для снижения внутричерепного давления.

4. Для снижения уровня холестерина в крови в целях профилактики инсульта эффективен прием (1):
1) витамина B_1,
2) витамина B_6,
3) витамина B_{12},
4) статинов,
5) аскорбиновой кислоты.

5. Внутримозговое кровоизлияние вследствие амилоидной ангиопатии (2):
1) как правило, локализуется в одной из долей полушария головного мозга (лобарная гематома),
2) развивается преимущественно у лиц молодого возраста,
3) нередко повторяется через различные интервалы времени,
4) часто сочетается с артериальной аневризмой,
5) в большинстве случаев сочетается с артериовенозной мальформацией.

6. Показания к хирургическому лечению внутримозговых гематом (3):
1) объем гематомы более 40 мл,
2) наличие мешотчатой аневризмы,
3) коматозное состояние больного,
4) гематома мозжечка,
5) гемиплегия.

7. В патофизиологии болезни Альцгеймера наиболее важную роль играет (1):
1) дофаминергическая недостаточность,
2) серотонинергическая недостаточность,
3) ацетилхолинергическая недостаточность,
4) норадренергическая недостаточность,
5) норадренергическая активация.

8. При болезни Альцгеймера атрофия наиболее выражена в (2):
1) лобной доле,
2) височной доле,
3) теменной доле,
4) затылочной доле,
5) мозжечке.

Задача № 1

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

Задача № 2

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли днем при уборке квартиры. В течение последних десяти лет отмечаются периодические подъемы артериального давления до 160/100 мм рт.ст., обычные значения артериального давления – 150/90 мм рт.ст. При обследовании: в сознании, артериальное давление – 170/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, снижение силы в левой руке до 2-х баллов, в левой ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
5. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача № 3

Мужчина 68-ми лет более 20-ти лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем артериального давления 160-170/100-110 мм рт.ст. Регулярного лечения не проводит. В последние два года отмечает снижение памяти, концентрации внимания, испытывает сложности при запоминании большой по объему информации. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма, высокие симметричные сухожильные рефлексы; других неврологических нарушений нет. Нейропсихологическое исследование выявляет умеренное снижение концентрации внимания, замедленность при выполнении нейропсихологических тестов при отсутствии существенных нарушений памяти, гнозиса и праксиса. По краткой шкале оценки психического статуса набирает 26 баллов (норма 28-30 баллов). При магнитно-резонансной томографии головного мозга обнаружены умеренно выраженный субкортикальный лейкоареоз, единичные лакунарные инфаркты.

1. Неврологические синдромы?
2. Клинический диагноз?
3. Лечение?

Вариант № 10

1. Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке (1):

1) до 24-х часов,
2) до 2-х суток,

3) до 3-х суток,
4) до недели,
5) до 3-х недель.

2. Показания к проведению каротиднойэндартерэктомии (2):
1) стеноз внутренней сонной артерии более 70%,
2) наличие выраженного неврологического дефицита,
3) отсутствие выраженного неврологического дефицита,
4) пожилой возраст,
5) молодой возраст.

3. Для установления диагноза ишемического инсульта самый информативный метод – (1):
1) эхоэнцефалоскопия,
2) электроэнцефалография,
3) дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий,
4) КТ головы,
5) люмбальная пункция.

4. Ишемический инсульт проявляется (2):
1) менингеальными симптомами,
2) гемипарезом,
3) сильной головной болью в дебюте заболевания,
4) предшествующими транзиторными ишемическими атаками,
5) повышением температуры тела.

5. Применение эпсилон-аминокапроновой кислоты при субарахноидальном нетравматическом кровоизлиянии (2):
1) предупреждает повторное кровоизлияние,
2) улучшает кровоснабжения головного мозга,
3) препятствует развитию спазма церебральных артерий,
4) может привести к развитию тромбоза.

6. Наиболее частая причина внутримозгового кровоизлияния в молодом возрасте (1):
1) ревматический порок сердца,
2) амилоидная ангиопатия,
3) артериовенозная мальформация,
4) эритремия,
5) церебральный атеросклероз.

7. Для установления диагноза внутримозгового кровоизлияния наиболее информативна (1):
1) люмбальная пункция,
2) эхоэнцефалоскопия,
3) рентгеновская компьютерная томография головы,
4) церебральная ангиография,
5) электроэнцефалография.

8. Для больных сосудистой деменцией характерны изменения головного мозга в виде (2):
1) субкортикального лейкоареоза,
2) атрофии лобной доли,
3) атрофии теменной доли,
4) атрофии височной доли,
5) множественных лакунарных инфарктов.

Задача № 1

Женщина 65-ти лет доставлена в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правых конечностях. Шесть лет назад перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы стенокардии покоя и напряжения, а также пароксизмы мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление –

180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 ударов в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение полей зрения слева, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева, утрачены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях.

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

Задача № 2

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 № 3

Мужчина 60 лет консультируется по настоянию родственников. По их словам, в течение последнег7о года появились и заметно нарастают поведенческие нарушения в виде апатии, утраты интереса к окружающему, снижения критики к своему поведению. Из-за этих нарушений больной перестал справляться со своими профессиональными обязанностями, и вынужден был уйти на пенсию. В течение последнего месяца отмечались также два эпизода недержания мочи. При обследовании: больной в ясном сознании, вял, безучастен к происходящему, активных жалоб не предъявляет. Нейропсихологическое исследование выявляет грубое снижение интеллекта, нарушение динамического праксиса, импульсивность при принятии решений и персеверации. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

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

Вариант № 11

1. Механизмы развития транзиторных ишемических атак (3):

1) артерио-артериальная эмболия мозговой артерии,
2) гемодинамические нарушения + стеноз мозговой артерии,
3) кардиальная эмболия мозговой артерии,
4) повышение фибринолитической активности крови.

2. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии характерны (2):
1) гемипарез,
2) синдром Валленберга-Захарченко,
3) гемигипестезия,
4) оптико-пирамидный синдром,
5) синдром Вебера.
3. Цереброспинальная жидкость при ишемическом инсульте (1):
1) содержит повышенное количество лимфоцитов,
2) не изменена,
3) содержит повышенное количество белка,
4) содержит эритроциты,
5) вытекает под низким давлением.
4. Варфарин для профилактики повторного инсульта применяется при (1):
1) атеротромботическом инсульте,
2) кардиоэмболическоминсульте,
3) лакунарном инсульте,
4) сочетанной ишемической болезни сердца,
5) церебральном васкулите.
5. При нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии для выявления сосудистой мальформации наиболее информативны (2):
1) КТ головы,
2) МРТ головы,
3) МР-ангиография головы,
4) церебральная ангиография,
5) люмбальная пункция.
6. Показания к раннему хирургическому лечению при субарахноидальном кровоизлиянии (1):
1) травматический генез заболевания,
2) кома,
3) гемиплегия,
4) мешотчатая аневризма,
5) тотальная афазия.
7. Вторичная профилактика кровоизлияния в мозг (2):
1) аспирин,
2) варфарин,
3) отказ от злоупотребления алкоголем,
4) статины,
5) лечение артериальной гипертензии.
8. Ведущую роль в сосудистой деменции играет дисфункция (1):
1) гиппокампового комплекса,
2) лобной доли,
3) затылочной доли,
4) мозжечка,
5) черной субстанции.

Задача № 1

Мужчина 50-ти лет доставлен в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла внезапно днем. В течение последних 20-ти лет отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/110 мм рт.ст., обычные значения артериального давления в последний год – 160/90 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, чувствительность не изменена, слева рефлексы оживлены и выявляется симптом Бабинского. На третьи сутки с момента заболевания

парез полностью регрессировал, компьютерная томография не выявила изменений в головном мозге.

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

Задача № 2

Женщина 60 лет, доставлена в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в правых конечностях, которые возникли днем на фоне эмоционального напряжения. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь», обычные значение артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, сонливость, артериальное давление – 200/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, туловища и в правых конечностях, движения в них неловкие, при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сила в конечностях достаточная, сухожильные рефлексы и мышечный тонус снижены в правых конечностях.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
5. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача № 3

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 е 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?

Вариант № 12

1. Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение (1):

1) нескольких секунд,
2) нескольких минут,
3) 12-ти часов,
4) 24-х часов,
5) 3-х суток.

2. Для кардиоэмболического инсульта характерны (2):

1) постепенно развитие заболевания,

2) геморрагический характер инфаркта,
3) оптико-пирамидный синдром,
4) мерцательная аритмия,
5) сахарный диабет.

3. Типичная локализация лакунарных инфарктов (2):
1) кора больших полушарий,
2) варолиев мост,
3) внутренняя капсула,
4) кора мозжечка,
5) продолговатый мозг.

4. Лечение отека при обширном инфаркте мозга (2):
1) маннитол,
2) глицерол,
3) пирацетам,
4) церебролизин,
5) винпоцетин.

5. Для внутримозгового нетравматического кровоизлияния характерны (3):
1) ригидность шейных мышц,
2) нарушение сознания,
3) гемипарез,
4) постепенное нарастание очаговых неврологических нарушений,
5) синдром Валенберга-Захарченко.

6. Наиболее информативный метод диагностики церебральной аневризмы (1):
1) магнитно-резонансная томография,
2) магнитно-резонансная ангиография,
3) рентгеновская компьютерная томография,
4) церебральная ангиография,
5) транскраниальная допплерография.

7. Факторы риска спонтанного субарахноидального кровоизлияния (3):
1) артериальная гипертензия,
2) гиперхолестеринемия,
3) злоупотребление алкоголем,
4) наследственная отягощенность субарахноидальным кровоизлиянием,
5) курение.

8. Прогрессирующее нарушение памяти характерно для (1):
1) рассеянного склероза,
2) болезни Альцгеймера,
3) бокового амиотрофического склероза,
4) корсаковского синдрома,
5) транзиторной глобальной амнезии.

Задача № 1

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 № 2

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 подтвердится?
7. Прогноз течения заболевания?

Задача № 3

У женщины 72-х лет в последние три года постепенно нарастает нарушение речи. В неврологическом статусе: затруднено понимание обращенной речи, в речи больной отмечается много парафазий, в письме больной наблюдается много орфографических ошибок, других неврологических нарушений нет. При магнитно-резонансной томографии головного мозга выявляется значительная атрофия височных долей головного мозга.

1. Неврологические синдромы?
2. Клинический диагноз?
3. Лечение?

Вариант № 13

1. Факторы риска транзиторных ишемических атак (4):

1) пожилой возраст,
2) гиперхолестеринемия,
3) хронические головные боли напряжения,
4) курение,
5) сахарный диабет.

2. Наиболее частая причина ишемического инсульта (1):

1) церебральный васкулит,
2) церебральный атеросклероз,
3) порок сердца,
4) заболевание крови,
5) разрыв мешотчатой аневризмы.

3. Диагностика наличия и степени сужения церебральной артерии (3):

1) ангиография,
2) ультразвуковое дуплексное сканирование,
3) компьютерная электроэнцефалография,

4) эхоэнцефалоскопия,
5) МРТ в ангиографическом режиме.

4. Для инфаркта мозга в вертебрально-базилярном бассейне характерны (2):
1) альтернирующий синдром,
2) моторная афазия,
3) глазодвигательные нарушения,
4) монопарез руки,
5) монопарез ноги.

5. Хирургическое лечение наиболее эффективно при кровоизлиянии в (1):
1) зрительный бугор,
2) подкорковые ядра,
3) лобную долю,
4) мозжечок,
5) височную долю.

6. Этиология внутримозговых кровоизлияний (3):
1) артериальная гипертензия,
2) атеросклероз,
3) амилоидная ангиопатия,
4) употребление кокаина,
5) использование оральных контрацептивов (у женщин).

7. Профилактика повторного субарахноидального кровоизлияния (1):
1) нимодипин,
2) пирацетам,
3) дексазон,
4) диазепам,
5) хирургическое выключение аневризмы.

8. Деменция носит обратимый характер в (1):
1) 5%,
2) 20%,
3) 40%,
4) 60%,
5) 80% случаев.

Задача № 1

Мужчина 67-ми лет доставлен в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правой ноге. В течение последних 1-ти лет страдает сахарным диабетом, гипертонической болезнью, пароксизмальной формой мерцательной аритмии. При осмотре: в ясном сознании, артериальное давление – 170/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 92-126 в минуту, ритм неправильный. Менингеальных симптомов нет, слабость в проксимальных отделах правой руки до 4-х баллов, в правой ноге до 2-х баллов, повышение сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа, симптомы орального автоматизма.

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

Задача № 2

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 закрывании 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 подтвердится?

Задача № 3

Мужчина 77-ми лет, длительное время страдающий неконтролируемой артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, перенес ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии с развитием слабости в левых конечностях с частичным восстановлением. Вскоре после инсульта родственники обратили внимание на ослабление памяти на текущие события, нарушение интеллекта. При детальном расспросе удалось выяснить, что небольшая забывчивость отмечалась еще до инсульта, но пациент сохранял независимость и самостоятельность в быту, которые в настоящее время в значительной степени утратил. При обследовании выявлены слабость нижней части мимических мышц слева, девиация языка влево, снижение силы до 3-х баллов в левой руке и 4-х баллов в левой ноге, снижение чувствительности в левой половине лица и туловища. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса, интеллектуальные расстройства.

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

Вариант № 14

1. Показания к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками (1):

1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра,
2) окклюзия внутренней сонной артерии,
3) стеноз внутренней сонной артерии 50-60% диаметра,
4) стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра,
5) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра.

2. Для инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии типичны (1):

1) гемипарез с преобладанием в ноге,
2) гемипарез с преобладанием в руке,
3) атактический гемипарез
4) гемианопсия,
5) моторная афазия.

3. Для атеротромботического инсульта характерны (2):

1) ревматический порок сердца,
2) неклапанная мерцательная аритмия,
3) атеросклеротический стеноз больших церебральных артерий,
4) ишемический очаг при КТ головы размером более 15 мм в диаметре,
5) нарушение сознания при небольшом неврологическом дефиците.

4. При лечении варфарином необходим регулярный контроль в крови (1):

1) эритроцитов,
2) лейкоцитов,
3) тромбоцитов,
4) международного нормализованного отношения или протромбинового индекса,
5) фибринолитической активности.

5. разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает (1):
1) внутримозговое кровоизлияние,
2) субарахноидальное кровоизлияние,
3) острую гипертоническую энцефалопатию,
4) лакунарный инсульт,
5) транзиторную ишемическую атаку.

6. Профилактика спазма церебральных артерий при субарахноидальном кровоизлиянии (1):
1) аспирин,
2) варфарин,
3) гепарин,
4) нимодипин,
5) церебролизин.

7. Необратимые деменции (3):
1) хорея Гентингтона,
2) болезнь Вильсона-Коновалова,
3) деменция с тельцами Леви,
4) опухоль головного мозга,
5) болезнь Паркинсона.

8. Проявления деменции с тельцами Леви (3):
1) паркинсонизм,
2) центральный гемипарез,
3) нарушения памяти и других когнитивных функций,
4) зрительные галлюцинации,
5) абсансы.

Задача № 1

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 № 2

Женщина, 45 лет, доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и повторными рвотами, которые возникли днем после физической нагрузки. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 160/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный, светобоязнь, светобоязнь, ригидность шейных мышц; парезов и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологический синдром?
2. Предварительный клинический диагноз?

3. Дополнительные исследования?
4. Лечение, если диагноз подтвердится?

Задача № 3

Женщина 70-ти лет, страдающая 10 лет гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, предъявляет жалобы на несистемное головокружение, общую слабость, повышенную утомляемость, неспокойный ночной сон, снижение памяти. Эти жалобы беспокоят в течение последних 2-3 лет, постепенно усиливаются по выраженности. При обследовании не выявлено неврологических нарушений за исключением положительных рефлексов орального автоматизма Нейропсихологические исследование выявляет негрубые нарушения памяти, внимания, интеллектуальных операций. При магнитно-резонансной томографии головы обнаружены множественные «немые» лакунарные инфаркты, субкортикальный лейкоареоз.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный диагноз?
3. Прогноз?
4. Лечение?

Вариант № 15

1. Закупорка внутренней сонной артерии может привести к (3):
1) транзиторной ишемической атаке,
2) ишемическому инсульту,
3) субарахноидальному кровоизлиянию,
4) внутримозговому кровоизлиянию,
5) слепоте на один глаз.

2. Для снижения уровня холестерина в крови в целях профилактики инсульта эффективен прием (1):
1) витамина B_1,
2) витамина B_6,
3) витамина B_{12},
4) статинов,
5) аскорбиновой кислоты.

3. Для выявления закупорки церебральной артерии используют (2):
1) эхоэнцефалоскопию,
2) транскраниальную допплерографию,
3) электроэнцефалографию,
4) церебральную ангиографию,
5) магнитную стимуляцию головного мозга.

4. Для лакунарного инфаркта характерны (2):
1) очаг менее 15 мм в диаметре,
2) геморрагический характер инфаркта,
3) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра,
4) моторная афазия,
5) изолированный гемипарез.

5. Прогностические факторы плохого исхода внутримозгового кровоизлияния (4):
1) кома,
2) гемиплегия,
3) пожилой возраст больного,
4) гипергликемия,
5) локализация гематомы в полушарии головного мозга.

6. причина развития гемипареза на 10-е сутки субарахноидального нетравматического кровоизлияния (1):
1) отек мозга,
2) синдром верхнего вклинения,

3) синдром нижнего вклинения,
4) спазм церебральных артерий.

7. Основные методы диагностики субарахноидального кровоизлияния (2):

1) люмбальная пункция,
2) дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий,
3) эхоэнцефалоскопия,
4) рентгеновская компьютерная томография,
5) электроэнцефалография.

8. Псевдодеменция (1):

1) нарушение памяти и внимания при дисметаболических расстройствах,
2) возрастные изменения когнитивных функций,
3) когнитивные нарушения при депрессии,
4) нарушение высших психических функций при опухоли мозга,
5) дезориентация в месте и времени после эпилептического припадка.

Задача № 1

Мужчина 69-ти лет предъявляет жалобу на «снижение зрения на левый глаз», которое возникло два дня назад. Он обратился к терапевту по месту жительства и был направлен в стационар. В течение последних 10-ти лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезы, расстройства чувствительности и другие неврологические нарушения отсутствуют.

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

Задача № 2

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 № 3

У мужчины 69-ти лет, страдающего проксизмальной формой мерцательной аритмии, на фоне очередного пароксизма внезапно появились спутанность сознания с дезориентацией в месте и времени, выраженные нарушения памяти на текущие события. В последующем сознание восстановилось полностью, регрессировали нарушения ориентировки, но остались выраженные трудности при запоминании и воспроизведении

новой информации. Все это привело к существенному нарушению адаптации в бытовой сфере. При обследовании не выявлено парезов, расстройств чувствительности и координации, нарушений функций черепных нервов. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные первичные модально-неспецифические нарушения памяти, снижение концентрации внимания, замедление активности психических процессов. При магнитно-резонансной томографии головного мозга обнаружен ишемический очаг диаметром 1,5 см в области левого зрительного бугра.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Клинический диагноз?
4. Лечение?

Вариант № 16

1. Какому подтипу ишемического инсульта чаще всего предшествуют эпизоды транзиторной ишемии мозга (1):

1) атеротромботическому,
2) гемодинамическому.
3) кардиоэмболическому,
4) лакунарному.

2. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии типичны (2):

1) моторная афазия,
2) альтернирующий синдром,
3) гемипарез с преобладанием в ноге,
4) сенсорная афазия,
5) обонятельные галлюцинации.

3. КТ головы при ишемическом инсульте (2):

1) выявляет очаг пониженной плотности,
2) позволяет исключить внутримозговое кровоизлияние,
3) помогает установить подтип ишемического инсульта,
4) занимает около 30 минут,
5) всегда используется с введением контрастного вещества.

4. Для вторичной профилактики ишемического инсульта рекомендуется прием антитромбоцитарных средств в течение (1):

1) 3-х месяцев,
2) 6-ти месяцев,
3) года,
4) 2-х лет,
5) 3-х лет.

5. лечение отека мозга при кровоизлиянии в мозг (3):

1) дексазон,
2) маннитол,
3) глицерол,
4) пирацетам,
5) реополиглюкин.

6. Для кровоизлияния в базальные ганглии и внутреннюю капсулу характерны (3):

1) гемиплегия,
2) гемианестезия,
3) гемианопсия,
4) дисфагия,
5) дисфония.

7. Деменция при болезни Паркинсона (2):

1) возникает на ранних стадиях заболевания,
2) связана с приемом агонистов дофаминергических рецепторов,
3) проявляется нарушениями памяти, внимания и замедленностью мышления,

4) чаще отмечается в молодом возрасте,
5) характеризуется отсутствием первичных нарушений праксиса. Гнозиса и речи.

8. Лечение деменции с тельцами Леви (3):

1) мадопар,
2) циклодол,
3) ривастигмин (экселон),
4) винпоцетин,
5) акатинол (мемантин).

Задача № 1

Женщина 74-х лет обратилась в поликлинику по месту жительства в связи с тем, что час назад у нее возникла слабость в левой руке, которая полностью прошла в течение 10-ти минут. Последние 20 лет страдает гипертонической болезнью, 15 лет – сахарным диабетом. 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 № 2

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?
4. Лечение?

Задача № 3

Женщина 76-ти лет длительное время страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом, постоянной формой мерцательной аритмии. В анамнезе – повторные инсульты с хорошим регрессом неврологических расстройств. Пациентка консультируется по настоянию родственников, которых беспокоит снижение памяти и интеллекта у нее, нарастающее после каждого перенесенного инсульта. В настоящее время пациентке стало сложно справляться с приготовлением еды, покупками в магазине, заполнением бланков по коммунальным платежам и другой бытовой деятельностью. При обследовании выявлены выпадение левых полей зрения, патологические рефлексы орального автоматизма, оживление сухожильных рефлексов, повышение мышечного тонуса по пластическому типу, симптом Бабинского с обеих сторон. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные нарушения памяти и других когнитивных функций по лобно-подкорковому типу.

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

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

Вариант № 1

1. Для энцефалита характерны (4):
1) центральный парез конечностей,
2) повышение температуры тела,
3) головная боль,
4) сыпь на лице и верхних конечностях,
5) эпилептические припадки.

2. Лечение постгерпетической невралгии (2):
1) антибиотики,
2) противоэпилептические средства (карбамазепин),
3) ноотропные средства (пирацетам),
4) антидепрессанты (амитриптилин),
5) наркотические анальгетики.

3. Дебют рассеянного склероза приходится чаще всего на возраст (1):
1) от 3 до 10 лет,
2) от 10 до 20 лет,
3) от 20 до 40 лет,
4) от 40 до 60 лет,
5) старше 60 лет.

4. В дебюте рассеянного склероза типично (1):
1) нарушение зрения,
2) недержание мочи,
3) эпилептический припадок,
4) моторная афазия,
5) сенсорная афазия.

5. Лечение алкогольной полиневропатии (3):
1) отказ от употребления алкоголя,
2) препараты тиамина,
3) полноценное витаминизированное питание,
4) человеческий иммуноглобулин,
5) препараты аскорбиновой кислоты.

6. Лечение дистальной диабетической полиневропатии (1):
1) калимин,
2) рилузол (рилутек),
3) пирацетам (ноотропил),
4) препараты α-липоевой кислоты,
5) препараты аскорбиновой кислоты.

7. Симптомы вертеброгенной шейной миелопатии (3):
1) острая задержка мочи,
2) периферический верхний парапарез,
3) спастический нижний парапарез,
4) боли в шейной области,
5) дизартрия, дисфония и дисфагия.

8. Грыжа межпозвонкового диска L_4-L_5 может (3):
1) вызвать радикулопатиюL_5,
2) вызвать радикулопатиюS_1,
3) вызвать компрессию спинного мозга,
4) протекать бессимптомно.

Задача №1

У женщины 60-ти лет в течение двух суток нарастает головная боль, повышается температура тела (до 38,5^{o}С), 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, дисдиадохокинез 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?
6. Прогноз заболевания?

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

1. Эндемичные регионы клещевого энцефалита (2):

1) Юго-Восточная Азия,
2) Сибирь,
3) Дальний Восток,
4) Центральная Америка,
5) Австралия.

2. Этиология гнойного менингита (3):

1) бледная спирохета,
2) пневмококк,
3) гемофильная палочка,

4) стрептококк,
5) микобактерия туберкулеза.

3. Лечение спастичности при рассеянном склерозе (2):
1) витамины группы В,
2) баклофен,
3) гексамидин,
4) калимин,
5) сирдалуд.

4. Типичным нарушением походки при рассеянном склерозе является (1):
1) спастико-атактическая походка,
2) степпаж,
3) «утиная» походка,
4) апраксия ходьбы.

5. Симптомы поражения бедренного нерва (3):
1) боли с иррадиацией по передней поверхности бедра,
2) снижение коленного рефлекса,
3) слабость четырехглавой мышцы бедра,
4) слабость приводящих мышц бедра,
5) потеря чувствительности на задней поверхности бедра.

6. Для острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии типичны (3):
1) периферические парезы конечностей,
2) проводниковый тип расстройства болевой чувствительности,
3) повышение белка в цереброспинальной жидкости,
4) парез мимических мышц,
5) глазодвигательные нарушения.

7. Отраженные боли в спине встречаются при (3):
1) анемии,
2) эритремии,
3) ишемической болезни сердца,
4) мочекаменной болезни,
5) заболеваниях предстательной железы.

8. Для люмбаго типичны (3):
1) острое развитие,
2) резкое ограничение движений в спине из-за болей,
3) нарушение функции тазовых органов,
4) проводниковый тип расстройства чувствительности,
5) мышечно-тонический синдром.

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^{o}.

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

1. В цереброспинальной жидкости при энцефалите выявляют (1):

1) повышение количества клеток более 1000 в мкл,
2) лимфоцитарный плеоцитоз,
3) повышение содержания глюкозы,
4) снижение содержания белка,
5) образование фибриновой пленки.

2. Полиомиелит (2):

1) вызывается вирусом Коксаки,
2) возникает преимущественно у детей в возрасте до 10-ти лет,
3) проявляется развитием моторной афазии,
4) проявляется возникновением мозжечковой атаксии,
5) проявляется развитием периферических парезов конечностей.

3. При рассеянном склерозе первично страдает (1):

1) кора головного мозга,
2) клетки передних рогов спинного мозга,
3) базальные ганглии,
4) белое вещество головного и спинного мозга,
5) клетки задних рогов спинного мозга.

4. Для купирования обострения рассеянного склероза применяют (1):

1) пульс-терапию метилпреднизолоном,
2) тиамин,
3) церебролизин,
4) копаксон,
5) баклофен.

5. Симптомы невропатии локтевого нерва (3):

1) онемение в мизинце и по медиальной поверхности кисти,

2) атрофия межкостных мышц кисти и гипотенара,
3) парез сгибателей кисти,
4) парез разгибателей кисти,
5) парез мышцы, отводящей мизинец.

6. Патогенез диабетической полиневропатии (3):

1) дисметаболические нарушения,
2) аутоиммунные расстройства,
3) ишемизация нервных стволов в результате микроангиопатии,
4) осложнение от приема сахаропонижающих средств из группы сульфонмочевины,
5) осложнение от приема инсулина.

7. Симптомы дискогенной радикулопатии L_5 (1):

1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра,
2) симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича,
3) слабость длинного разгибателя большого пальца стопы,
4) утрата коленного рефлекса,
5) утрата ахиллова рефлекса.

8. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска (1):

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

Задача № 1

Мужчина 55-ти лет предъявляет жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 38,0^{o}С 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

1. Лечение энцефалита неясной этиологии (1):

1) пирацетам,
2) ацикловир,
3) пенициллин,
4) дексазон,
5) человеческий иммуноглобулин.

2. Для серозного менингита характерны (2):

1) головная боль,
2) гемипарез,
3) нарушение сознания до комы,
4) ригидность шейных мышц,
5) геморрагическая сыпь на лице и туловище.

3. Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе (1):

1) полиневропатический,
2) мононевропатический,
3) сегментарно-диссоциированный,
4) сегментарно-корешковый,
5) проводниковый.

4. Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего (1):

1) первично прогрессирующее,
2) вторично прогрессирующее с обострениями,
3) вторично прогрессирующее без обострений,
4) ремиттирующее (волнообразное).

5. Симптомы поражения лучевого нерва (3):

1) утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча,
2) парез разгибателей кисти и пальцев,
3) отечность кисти,
4) снижение чувствительности в области анатомической табакерки.

6. Миелинопатия характеризуется (2):

1) снижением скорости проведения возбуждения по нерву при ЭНМГ,
2) снижением амплитуды М-ответа при ЭНМГ,
3) ранним выпадением сухожильных рефлексов,
4) выраженной атрофией мышц,
5) появлением фасцикуляций.

7. Симптомы дискогенной радикулопатии S_1 (1):

1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра,
2) утрата ахиллова рефлекса,

3) слабость малоберцовой мышцы,
4) потеря чувствительности в области большого пальца стопы,
5) потеря чувствительности в аногенитальной области.

8. Наиболее частое проявление остеохондроза позвоночника (1):

1) мышечно-тонический синдром,
2) дискогенная радикулопатия,
3) вертеброгенная шейная миелопатия,
4) спинальный инсульт.

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 трапециевидной, 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

1. Этиология серозного менингита (3):

1) энтеровирусы,

2) менингококк,
3) вирус иммунодефицита человека,
4) вирус хориоменингита,
5) стафилококк.

2. Для туберкулезного менингита специфичны (3):
1) хроническое течение,
2) сенсорная афазия,
3) поражение глазодвигательных нервов,
4) головная боль,
5) мозжечковая атаксия.

3. Методы диагностики рассеянного склероза (2):
1) исследование вызванных потенциалов,
2) магнитно-резонансная томография,
3) электроэнцефалография,
4) ультразвуковая допплерография сонных и позвоночных артерий,
5) биопсия вещества головного мозга.

4. Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза обычно проявляется (1):
1) парадоксальной ишурией,
2) императивными позывами на мочеиспускание,
3) задержкой мочи,
4) отсутствием ощущения прохождения мочи,
5) истинным недержанием мочи.

5. Проявления алкогольной полиневропатии (3):
1) периферические парезы в дистальных отделах ног,
2) ослабление пульсации артерий в дистальных отделах стоп,
3) проводниковый тип расстройства чувствительности,
4) вегетативно-трофические расстройства в нижних конечностях,
5) боли и парестезии в ногах.

6. Лечение синдрома запястного канала (2):
1) введение дексаметазона в область запястного канала,
2) пирацетам,
3) кавинтон,
4) аспирин,
5) хирургическая декомпрессия запястного канала.

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

8. Лечение дискогенной компрессии корешков конского хвоста (1):
1) вытяжение позвоночника,
2) рефлексотерапия,
3) мануальная терапия,
4) антидепрессанты,
5) хирургическое лечение.

Задача № 1

Мужчина 25-ти лет предъявляет жалобы на нарастающие головные боли и повышение температуры до 37,5^{o}С 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 пунк-

ция. 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^{o}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?

Вариант № 6

1. Для гнойного менингита типичны (3):

1) ригидность шейных мышц,
2) симптом Кернига,
3) эпилептические припадки,
4) головная боль,
5) афазия

2. Локализация поражения при опоясывающем лишае (2):

1) передние рога спинного мозга,
2) боковые рога спинного мозга,
3) спинномозговые ганглии,
4) гиппокамп,
5) Гассеров узел.

3. Для рассеянного склероза характерны (3):

1) ретробульбарный неврит зрительного нерва,
2) спастическая кривошея,
3) мозжечковая атаксия,

4) сенсорная афазия,
5) императивные позывы на мочеиспускание.

4. Частоту обострений при рассеянном склерозе уменьшает применение (3):
1) пирацетама,
2) ребифа,
3) бетаферона,
4) сирдалуда,
5) копаксона.

5. Для синдрома запястного канала характерны (2):
1) боли в кисти и по ладонной поверхности первых трех пальцев,
2) утрата рефлекса с двуглавой мышцы плеча,
3) утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча,
4) слабость мышцы, отводящей мизинец кисти,
5) положительный симптом Тиннеля.

6. Лечение невропатии лицевого нерва (1):
1) калимин,
2) преднизолон,
3) пирацетам (ноотропил),
4) винпоцетин (кавинтон),
5) аспирин.

7. Спондилолистез обычно возникает на уровне (1):
1) C_5-C_6,
2) Th_3-Th_4,
3) Th_6-Th_7,
4) L_4-L_5.

8. Наиболее редкая причина болей в спине из нижеперечисленных (1):
1) дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника,
2) компрессионный перелом позвоночника,
3) миофасциальный синдром,
4) фибромиалгия,
5) остеопороз.

Задача № 1

Мужчину 65-ти лет на протяжении двух суток беспокоит нарастающая головная боль и повышение температуры до 39^{o}С. В течение последнего года два раза болел пневмонией, лечился антибиотиками. При обследовании: в сознании , ориентирован в месте и во времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, значительная степень ригидности шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений не выявлено. С диагностической целью больному проведена люмбальная пункция, получен мутный ликвор. При исследовании цереброспинальной жидкости отмечено увеличение количества клеток до 1450 клеток в мкл, из них 90% нейтрофилы, белок – 0,99 г/л, снижение уровня глюкозы.

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

Задача № 2

Женщина 42-х лет, бухгалтер, жалуется на сильные боли в поясничной области, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пальцев стопы. Боли усиливаются при движении, покашливании. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение пяти лет, обычно после физической нагрузки, работы на даче. Настоящее

обострение возникло неделю назад после неловкого движения. При обследовании - выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, кифоз в поясничном отделе позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед невозможен из-за резкого усиления болей. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности павой голени к наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30^0. при перкуссии по поясничному отделу позвоночника возникают простреливающие боли, распространяющиеся по наружной поверхности павой ноги до пятки.

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

Задача № 3

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?

Вариант № 7

1. Основной дополнительный метод диагностики менингита (1):

1) МРТ головы,
2) КТ головы,
3) электроэнцефалография,
4) люмбальная пункция,
5) исследование вызванных потенциалов.

2. В цереброспинальной жидкости при серозном менингите можно выявить (2):

1) увеличение количества клеток до 100 и более в мкл,
2) нейтрофильный плеоцитоз,
3) нормальное содержание глюкозы,
4) снижение содержания белка,
5) бесцветный и прозрачный характер жидкости.

3. Препараты иммуномодулирующей (превентивной) терапии при рассеянном склерозе (2):

1) β-интерфероны,
2) α-интерфероны,
3) γ-интерфероны,
4) копаксон,
5) атидепрессанты.

4. Проявление рассеянного склероза (1):

1) тики,
2) интенционный тремор в руках и ногах,
3) «порхающий» тремор (астериксис),

4) спастическая кривошея,
5) писчий спазм.

5. Основной фактор риска развития невропатии лицевого нерва 1):
1) сахарный диабет,
2) злоупотребление алкоголем,
3) артериальная гипертензия,
4) врожденная узость канала лицевого нерва,
5) курение.

6. Лечение острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (2):
1) плазмаферез,
2) сирдалуд,
3) человеческий иммуноглобулин класса G,
4) гепарин,
5) преднизолон.

7. Наиболее часто грыжа межпозвоночного диска возникает в отделе (1):
1) шейном,
2) грудном,
3) верхнепоясничном,
4) нижнепоясничном.

8. Симптомы дискогенной радикулопатии L_4 (2):
1) боли по задней поверхности бедра и голени,
2) утрата коленного рефлекса,
3) мышечно-тонический синдром,
4) парез мышц-сгибателей стопы,
5) императивные позывы на мочеиспускание.

Задача № 1

Мужчина 45-ти лет предъявляет жалобы на слабость в руках и мышцах шеи. Две недели назад был в командировке в Тюмени, несколько раз ходил на охоту в лес недалеко от города. К концу командировки отметил головную боль, повышение температуры. В дальнейшем появилась и нарастает слабость в мышцах рук и шеи. При обследовании: легкая ригидность шейных мышц, слабость в мышцах шеи и проксимальных отделах рук до 3-х баллов со снижением мышечного тонуса и утратой рефлексов, других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

Женщина 27-ми лет, пианистка, жалуется на интенсивную боль в шее, невозможность поворачивать голову, особенно вправо, из-за болей. Боли в шее периодически беспокоили в течение последних пяти лет, настоящее обострение в течение двух дней на фоне интенсивных музыкальных упражнений. При обследовании отмечаются ограничение подвижности в шейном отделе, защитное напряжение длинных мышц, больше справа, сглаженность шейного лордоза. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 3

Женщина 52-х лет жалуется на онемение, покалывание и боли в кистях рук, особенно по тыльной поверхности первых трех пальцев, отечность кистей. Боли беспокоят в течение пяти лет и постепенно нарастают. Они усиливаются во время сна и при работе руками (глажении, вязании). В последний год к ним присоединились слабость и похудание кистей рук. При осмотре с обеих сторон выявляются гипотрофия в области мышц большого пальца кисти, слабость при его отведении и противопоставлении, слабость сгибателей первых трех пальцев, положительный симптом Тиннеля в области запястья, снижение всех видов чувствительности на тыльной поверхности первых трех пальцев. Боли усиливаются при поднимании рук и сгибании кистей в лучезапястном суставе.

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

Вариант № 8

1. В цереброспинальной жидкости при гнойном менингите обнаруживают (2):
1) увеличение количества клеток до 1000 и более в мкл,
2) лимфоцитарный плеоцитоз,
3) снижение содержания белка,
4) снижение содержания глюкозы,
5) образование фибриновой пленки.

2. Для опоясывающего лишая характерны (2):
1) нарушение функции тазовых органов,
2) сегментарный тип расстройства чувствительности,
3) боли,
4) осложнение в виде гнойного менингита,
5) осложнение в виде энцефалита.

3. Из черепных нервов при рассеянном склерозе чаще всего страдает (1):
1) обонятельный,
2) зрительный,
3) тройничный,
4) отводящий,
5) лицевой.

4. Для картины глазного дна при рассеянном склерозе типично (1):
1) первичная атрофия зрительного нерва,
2) деколорация височных половин дисков зрительных нервов,
3) гипертоническаяангиопатия сосудов сетчатки,
4) атеросклеротическаяангиопатия сосудов сетчатки,
5) застойные диски зрительных нервов.

5. Причины полиневропатии (3):
1) артериальная гипертензия,
2) злокачественные новообразования внутренних органов,
3) хронический алкоголизм,
4) сахарный диабет.

6. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий наиболее информативно (1):
1) иммунологическое исследование крови,
2) электронейромиография,
3) иммунологическое исследование цереброспинальной жидкости,
4) биопсия мышцы.

7. Лечение миофасциальных болей (3):
1) введение анестетиков в триггерные точки,
2) постизометрическая релаксация,

3) миорелаксанты,
4) вытяжение позвоночника,
5) ноотропные средства.

8. Симптомы дискогенной радикулопатии C_6 (3):

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

Задача № 1

У юноши 18-ти лет в течение последних трех месяцев отмечаются почти постоянные клонические судороги в мышцах конечностей живота. За этот период произошло два кратковременных припадка с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях. Из анамнеза известно, что полгода назад ходил в поход с друзьями по Иртышу, в этот период несколько раз был укушен клещом, отмечались повышение температуры (до 37,5^{o}С) и легкая головная боль, к врачам не обращался. При обследовании: легкая слабость в левых конечностях до 4-х баллов с оживлением сухожильных рефлексов, наличием симптома Бабинского. В левых конечностях и животе периодически наблюдаются клонические судороги, других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

Женщина 55-ти лет больна с 18-летнего возраста, когда впервые почувствовала онемение в ногах. С 35-ти лет появилась слабость мускулатуры ног. На протяжении 20-ти лет отмечаются периодические ухудшения состояния в виде нарастания слабости в ногах, неловкости в руках. В течение последних трех лет отмечается постепенно ухудшение состояния, больная может передвигаться только в пределах квартиры с посторонней помощью.

В неврологическом статусе: горизонтальный и вертикальный нистагм, скандированная речь, грубый интенционный тремор при выполнении пальце-носовой пробы, снижение мышечной силы в ногах до 2-х баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу, оживление всех сухожильных рефлексов, клонус обеих стоп, симптом Тремнера, Бабинского и Россолимо с обеих сторон, неустойчивость в пробе Ромберга, нарушение функции тазовых органов в виде императивных позывов к мочеиспусканию.

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

Задача № 3

Мужчина 55-ти лет предъявляет жалобы на интенсивные стреляющие боли в правом предплечье и кисти, онемение внутренней поверхности правой руки, ограничение движений правой рукой, отечность и цианоз кисти. Вышеуказанные жалобы возникли после вывиха правого плечевого сустава со значительным смещением. При осмотре в правой руке выявляются слабость в проксимальных и дистальных отделах, отсутствие сухожильных рефлексов, гипотония и атрофия мышц плеча, предплечья и кисти, снижение всех видов чувствительности по «мозаичному типу».

1. Неврологические синдромы?

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

Вариант № 9

1. СПИД-деменция (4):
1) возникает почти у половины больных (в развернутой стадии болезни),
2) проявляется нарушением памяти и других когнитивных функций,
3) проявляется атаксией и центральными парезами конечностей,
4) проявляется эпилептическими припадками,
5) регрессирует при адекватной терапии основного заболевания.

2. Полирадикулоневрит – это осложнение (1):
1) кори,
2) дифтерии,
3) ветряной оспы,
4) краснухи,
5) туберкулеза легких.

3. Основой диагностики рассеянного склероза при исследовании ликвора является определение (2):
1) концентрации глюкозы,
2) олигоклональных антител,
3) концентрации белка,
4) концентрации калия,
5) концентрации иммуноглобулина G.

4. Лечение императивных позывов на мочеиспускание (2):
1) баклофен,
2) диазепам,
3) детрузитол,
4) клоназепам,
5) дриптан.

5. Каузалгии характерны для поражения (1):
1) локтевого нерва,
2) лицевого нерва,
3) бедренного нерва,
4) срединного нерва,
5) лучевого нерва.

6. Для хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии характерны (3):
1) нарастание симптомов на протяжении нескольких месяцев,
2) ремиттирующее течение заболевания,
3) снижение или полная утрата сухожильных рефлексов,
4) мозжечковая атаксия,
5) поражение глазодвигательного нерва.

7. Профилактика неврологических осложнений остеохондроза (2):
1) занятие силовыми видами спорта,
2) сон на мягком матраце,
3) лечебная гимнастика на укрепление мышц спины,
4) плавание.

8. Симптомы дискогенной радикулопатии C_{6-7} (3):
1) боль в руке с иррадиацией в указательный и средний пальцы,
2) снижение рефлекса с трехглавой мышцы,
3) парез мышц, разгибающих предплечье,
4) симптом Тремнера,
5) синдром Горнера на стороне радикулопатии.

Задача № 1

У мужчины 36-ти лет возникли боли в спине, затем слабость в ногах и задержка при мочеиспускании. Из анамнеза известно, что 10 лет назад был диагностирован сифилис, лечился у знакомого врача-уролога и, по мнению больного, с положительным эффектом. При обследовании: слабость в ногах до 3-х баллов, рефлексы оживлены. Симптом Бабинского с обеих сторон, положительные симптомы натяжения (Ласега, Вассермана), ослабление суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности в нижних конечностях, других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

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 (Th_5-Th_6 слева), болезненность при пальпации межреберного промежутка Th_5-Th_6 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 № 3

Мужчина 32-х лет жалуется на онемение, жжение, покалывание в стопах, пальцах рук, слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, особенно в темноте, которые возникли 3-4 месяца назад. Длительное время злоупотребляет алкоголем. Объективно: слабость до 4-х баллов в дистальных отделах рук и до 3-х баллов в дистальных отделах ног, гипотрофия мышц конечностей с преобладанием в дистальных отделах, отсутствие ахилловых и карпорадиальных рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу «перчаток» и «носков» положительная проба Ромберга, промахивание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб с закрытыми глазами. При электронейромиографии нижних конечностей выявлено значительное снижение амплитуды мышечных ответов при относительно небольшом замедлении скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам малоберцового и большеберцового нервов.

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

Вариант № 10

1. Основное лечение гнойного менингита (1):

1) антибиотики,
2) кортикостероиды,
3) плазмаферез,
4) человеческий иммуноглобулин,
5) повторные люмбальные пункции.

2. Менинговаскулярный нейросифилис (3):
1) наиболее частая форма нейросифилиса в настоящее время,
2) проявляется церебральным инсультом,
3) проявляется спинальным инсультом,
4) проявляется синдромом бокового амиотрофического склероза,
5) сопровождается нейтрофильным плеоцитозом в ликворе.

3. Для рассеянного склероза характерны очаги поражения, выявляемые пи магнитно-резонансной томографии в (2):
1) коре больших полушарий головного мозга,
2) коре мозжечка,
3) гипофизе,
4) белом веществе вокруг желудочков головного мозга,
5) мозолистом теле.

4. Острый рассеянный энцефаломиелит чаще возникает при (3):
1) кори,
2) краснухе,
3) ветряной оспе,
4) пиелонефрите,
5) тромбофлебите вен нижних конечностей.

5. Симптомы невропатии большеберцового нерва (3):
1) слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев,
2) утрата коленного рефлекса,
3) утрата ахиллова рефлекса,
4) гипестезия подошвенной поверхности стопы,
5) отечность стопы.

6. Лечение хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (3):
1) пирацетам (ноотропил),
2) кортикостероиды,
3) плазмаферез,
4) человеческий иммуноглобулин класса G,
5) антибиотики.

7. Боль в спине может быть вызвана раздражением болевых рецепторов (3):
1) фиброзного кольца межпозвоночного диска,
2) пульпозного ядра межпозвоночного диска,
3) фасеточных суставов позвонков,
4) задней продольной связки.

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

Задача № 1

Молодого человека 22-х лет беспокоят нарастающая головная боль и повышение температуры тела до 37^{o}С в течение недели. До заболевания считал себя практически здоровым, из перенесенных болезней помнит только о перенесенной оспе и кори в детстве, а также о редких острых респираторных вирусных инфекциях. При обследовании: ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет. При люмбальной пункции получен мутноватый ликвор, состав цереброспинальной жидкости: увеличение количества клеток до 105 в мкл (90% - лимфоциты), белок 0,65 г/л, уровень глюкозы в норме, положительная реакция Вассермана.

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

Задача № 2

Женщину 24-х лет беспокоит неловкость в руках, а также неуверенность при ходьбе, особенно в темноте. Эти нарушения отмечаются в течение двух недель и постепенно нарастают. Два года назад в течение месяца испытывала нарушения мочеиспускания в виде трудностей при удержании мочи.

В неврологическом статусе: снижение суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности в руках и ногах, промахивание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб с закрытыми глазами, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. При наклоне головы вперед больная ощущает «прохождение электрического тока по позвоночнику». При магнитно-резонансной томографии головы в режиме Т2 обнаружены очаги повышенной интенсивности сигнала, расположенные в спинном мозге и вокруг желудочков головного мозга. При исследовании соматосенсорных вызванных потенциалов найдено замедление скорости проведения возбуждения на уровне спинного мозга.

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

Задача № 3

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^{o}, 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?

Вариант № 11

1. Клинические формы нейросифилиса (3):

1) спинная сухотка,
2) менингит,
3) синдром бокового амиотрофического склероза,
4) прогрессивный паралич,
5) невралгия тройничного нерва.

2. Для энцефалита характерны (4):

1) центральный парез конечностей,
2) повышение температуры тела,
3) головная боль,
4) сыпь на лице и верхних конечностях,
5) эпилептические припадки.

3. В терминальной стадии больные рассеянным склерозом чаще всего погибают от (2):
1) инфаркта миокарда,
2) печеночной недостаточности,
3) пневмонии,
4) восходящей инфекции мочевых путей,
5) инсульта.
4. Для купирования обострения рассеянного склероза применяют (1):
1) пульс-терапию метилпреднизолоном,
2) тиамин,
3) церебролизин,
4) копаксон,
5) баклофен.
5. Среди краниальных невропатий чаще встречается невропатия (1):
1) глазодвигательного нерва,
2) отводящего нерва,
3) лицевого нерва,
4) языкоглоточного нерва,
5) блуждающего нерва.
6. Каузалгии характерны для поражения (1):
1) локтевого нерва,
2) лицевого нерва,
3) бедренного нерва,
4) срединного нерва,
5) лучевого нерва.
7. Диагностика грыжи межпозвонкового диска (2):
1) рентгенография позвоночника,
2) рентгеновская компьютерная томография позвоночника,
3) магнитно-резонансная томография позвоночника,
4) радиоизотопная сцинтиграфия позвоночника,
5) денситометрия.
8. Рентгенография позвоночника выявляет (3):
1) грыжу межпозвонкового диска,
2) спондилолистез,
3) перелом тела позвонка,
4) остеопороз.

Задача № 1

Мужчину 25-ти лет в течение месяца беспокоят нарастающие головные боли и слабость в левых конечностях. До заболевания считал себя практически здоровым, не женат, гомосексуалист. При обследовании: опущение угла рта слева, асимметрия при оскале (небольшой перекос лица вправо), слабость в левой руке до 3-х баллов, в ноге – до 4-х баллов с повышением мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, симптомом Бабинского: других неврологических нарушений нет. В анализе крови получены положительные реакции на ВИЧ-инфекцию и токсоплазмоз. При магнитно-резонансной томографии головы выявлены множественные округлые очаги (до 15-20 мм в диаметре) повышенной интенсивности сигнала в Т2 режиме и пониженной интенсивности сигнала в Т1 режиме.

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

Задача № 2

Мужчина 57-ми лет жалуется на интенсивные боли в нижне-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 Th_{10}-Th_{11}, гиперестезия по межреберному промежутку Th_{10}-Th_{11}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 № 3

Женщину 52-х лет в течение четырех месяцев беспокоят онемение, жжение, ощущение покалывания в стопах. Три года страдает инсулин-независимым сахарным диабетом, принимает манинил, уровень сахара в крови натощак в пределах 8-10 ммоль/л. В неврологическом статусе: снижение болевой и температурной чувствительности по типу «носков», гиперпатия в области стоп, отсутствие ахилловых рефлексов, трофические изменения кожи обеих стоп.

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

Вариант № 12

1. СПИД-деменция (4):

1) возникает почти у половины больных (в развернутой стадии болезни),
2) проявляется нарушением памяти и других когнитивных функций,
3) проявляется атаксией и центральными парезами конечностей,
4) проявляется эпилептическими припадками,
5) регрессирует при адекватной терапии основного заболевания.

2. В цереброспинальной жидкости при энцефалите выявляют (1):

1) повышение количества клеток более 1000 в мкл,
2) лимфоцитарный плеоцитоз,
3) повышение содержания глюкозы,
4) снижение содержания белка,
5) образование фибриновой пленки.

3. Рассеянный склероз относится к заболеваниям (1):

1) сосудистым,
2) инфекционным,
3) дисметаболическим,
4) аутоиммунным,
5) дегенеративным.

4. Основной диагностики рассеянного склероза при исследовании цереброспинальной жидкости является определение (2):

1) концентрации глюкозы,
2) олигоклональных антител,
3) концентрации белка,
4) концентрации калия,

5) концентрации иммуноглобулина G.

5. Дефицит витамина B_1 установлен в патогенезе невропатии при (1):

1) гипотиреозе,
2) сахарном диабете,
3) хроническом алкоголизме,
4) почечной недостаточности,
5) гипертиреозе.

6. Лечение невропатии лицевого нерва (1):

1) калимин,
2) преднизолон,
3) пирацетам (ноотропил),
4) винпоцетин (кавинтон),
5) аспирин.

7. Для миофасциального синдрома характерны (2):

1) отсутствие связи боли с движением,
2) болезненность при пальпации заинтересованной мышцы,
3) триггерные точки в заинтересованной мышце,
4) лихорадка,
5) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности.

8. Симптомы компрессии корешков конского хвоста (2):

1) симптом Бабинского,
2) онемение в ногах и аногенитальной области,
3) слабость в проксимальных отделах ног,
4) нарушение функции тазовых органов,
5) утрата коленного рефлекса.

Задача № 1

Мужчина 45-ти лет, страдающий синдромом приобретенного иммунодефицита, предъявляет жалобы на снижение памяти, трудности концентрации внимания, замедленность мышления. При нейропсихологическом обследовании отмечаются легкое снижение памяти, нарушения гнозиса, праксиса и интеллекта. В неврологическом статусе выявляются равномерное оживление сухожильных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, легкое повышение мышечного тонуса по типу ригидности, неустойчивость в усложненной пробе Ромберга.

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

Задача № 2

У женщины 40 лет с 20-летнего возраста периодически возникает снижение зрения на правый глаз. В 25 лет отмечался эпизод неустойчивости при ходьбе, которая затем полностью регрессировала. В возрасте 30 лет – онемение и слабость в ногах, также полностью исчезнувшие. С 35-ти лет пациентка отмечает неуклонное нарастание слабости в ногах, а также нарушения мочеиспускания в виде невозможности долго удерживать мочу.

Неврологический статус: снижение силы в нижних конечностях до 3-х баллов, повышение мышечного тонуса в них по спастическому типу, оживление всех сухожильных рефлексов, отсутствие брюшных рефлексов, положительные симптомы Тремнера, Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

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

5. Лечение?

Задача № 3

Мужчина 38-ми лет предъявляет жалобы на онемение по медиальной поверхности предплечья, кисти и мизинца слева. Эти ощущения возникли при выходе из наркоза после перенесенной полостной операции два месяца назад. При неврологическом обследовании на левой руке выявлено: снижение всех видов чувствительности по внутренней поверхности предплечья, кисти, мизинца и безымянного пальца, гипотрофия мышц мизинца, межкостных мышц, снижение силы в сгибателях мизинца, безымянного пальца и мышце, отводящей мизинец.

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

Вариант № 13

1. Спинальный эпидуральный абсцесс (эпидурит) (4):
1) часто вызывается гематогенным путем,
2) обычно развивается в шейном отделе позвоночника,
3) проявляется болью в спине и повышением температуры,
4) диагностируется при МРТ позвоночника,
5) требует хирургического лечения.

2. Этиология серозного менингита (3):
1) энтеровирусы,
2) менингококк,
3) вирус иммунодефицита человека,
4) вирус хориоменингита,
5) стафилококк.

3. Первично-прогрессирующее течение рассеянного склероза (2):
1) наблюдается в юношеском возрасте,
2) часто приводит к нарастанию слабости в ногах,
3) обычно сменяется ремитирующим течением,
4) часто приводит к быстрой инвалидизации больного.

4. Для рассеянного склероза характерны очаги поражения, выявляемые пи магнитно-резонансной томографии в (2):
1) коре больших полушарий головного мозга,
2) коре мозжечка,
3) гипофизе,
4) белом веществе вокруг желудочков головного мозга,
5) мозолистом теле.

5. Лекарственную полиневропатию вызывает прием (2):
1) цитостатиков,
2) антигипертензивных средств,
3) непрямых антикоагулянтов,
4) противотуберкулезных препаратов.

6. Лечение дистальной диабетической полиневропатии (1):
1) калимин,
2) рилузол (рилутек),
3) пирацетам (ноотропил),
4) препараты α-липоевой кислоты,
5) препараты аскорбиновой кислоты.

7. Диагностика остеопороза позвоночника (2):

1) исследование содержания натрия в крови,
2) исследование содержания калия в крови,
3) исследование содержания магния в крови,
4) рентгенография,
5) денситометрия.

8. Для лечения хронической люмбалгии наиболее эффективны (1):

1) транквилизаторы,
2) ноотропные средства,
3) антидепрессанты,
4) нейролептики,
5) психостимуляторы.

Задача № 1

У 52-летнего мужчины, страдающего туберкулезом легких, в течение месяца нарастают головная боль и общая слабость, отмечается повышение температуры тела до 37^oC. При обследовании: сознание ясное, ориентирован в месте и во времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

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 наросла 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 C_5-C_6 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 № 3

Мужчина 22-х лет жалуется на боли в правой ягодичной области с иррадиацией по задненаружной поверхности бедра, голени, а также на онемение, ощущение покалывания в стопе и слабость в ней. Накануне в состоянии алкогольного опьянения больной заснул, сидя на стуле, после чего возникли вышеуказанные жалобы. При обследовании: болезненность при пальпации правой грушевидной мышцы, положительный симптом Ласега справа, снижение всех видов чувствительности по наружной поверхности голени и в стопе справа, слабость мышц правой стопы, обеспечивающих как тыльное, так и подошвенное сгибание, отсутствие правого ахиллова рефлекса.

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

Вариант № 14

1. Для серозного менингита характерны (2):
1) головная боль,
2) гемипарез,
3) нарушение сознания до комы,
4) ригидность шейных мышц,
5) геморрагическая сыпь на лице и туловище.

2. Полиомиелит (2):
1) вызывается вирусом коксаки,
2) возникает преимущественно у детей в возрасте до 10-ти лет,
3) проявляется развитием моторной афазии,
4) проявляется возникновением мозжечковой атаксии,
5) проявляется развитием периферических парезов конечностей.

3. Злокачественные формы рассеянного склероза обычно вызваны поражением (1):
1) левой височной доли,
2) левой лобной доли,
3) левой теменной доли,
4) ствола головного мозга,
5) спинного мозга.

4. Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе (1):
1) полиневропатический,
2) мононевропатический,
3) сегментарно-диссоциированный,
4) сегментарно-корешковый,
5) проводниковый.

5. При синдроме Гийена-Барре из черепных нервов чаще поражается (1):
1) зрительный,
2) глазодвигательный,
3) отводящий,
4) лицевой,
5) добавочный.

6. Для острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии типичны (3):
1) периферические парезы конечностей,
2) проводниковый тип расстройства болевой чувствительности,
3) повышение белка в цереброспинальной жидкости,
4) парез мимических мышц,
5) глазодвигательные нарушения.

7. Спондилолистез обычно возникает на уровне (1):
1) C_5-C_6,
2) Th_3-Th_4,
3) Th_6-Th_7,
4) L_4-L_5.

8. Наиболее редкая причина болей в спине из нижеперечисленных (1):
1) дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника,
2) компрессионный перелом позвоночника,
3) миофасциальный синдром,
4) фибромиалгия,
5) остеопороз.

Задача № 1

У трехлетнего мальчика возникли сначала повышение температуры до 37^{o}С и понос в течение нескольких дней, затем боли в мышцах ног и слабость в них. Со слов мамы известно, что из-за аллергических реакций мальчику не проводились профилактические

прививки. При обследовании: слабость в ногах до 2-х баллов со снижением мышечного тонуса и утратой сухожильных рефлексов, других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

Мужчина, 40 лет, жалуется на слабость в ногах, нарушение походки, двоение при взгляде вправо. Считает себя больным в течение 15-ти лет, когда впервые ощутил преходящую слабость в ногах. За время болезни было несколько обострений со слабостью в ногах (с последующим частичным восстановлением). За последний год отмечает постепенно нарастание слабости в ногах, нарушения походки, появление двоения и императивных позывов на мочеиспускание.

В неврологическом статусе: монокулярный нистагм левого глазного яблока при взгляде влево, скандированная речь, интенционный тремор при выполнении пальценосовой пробы с обеих сторон, слабость в ногах до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, симптом Тремнера и Бабинского с обеих сторон, неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга.

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

Задача № 3

Мужчина 48-ми лет, водитель, жалуется на боли в пояснично-крестцовой и правой ягодичной области, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги, ощущение покалывания и онемения в правой стопе. Боли появились шесть месяцев назад после физической нагрузки и постепенно усиливаются. При неврологическом обследовании выявлены сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации паравертебральных точек L_5-S_1 и грушевидной мышцы справа, положительный симптом Ласега под углом 50^0 справа, снижение чувствительности справа в виде полосы по наружной поверхности голени и тыльной поверхности стопы, большого пальца, слабость мышц разгибателей большого пальца правой стопы.

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

Вариант № 15

1. Для туберкулезного менингита специфичны (3):

1) хроническое течение,
2) сенсорная афазия,
3) поражение глазодвигательных нервов,
4) головная боль,
5) мозжечковая атаксия.

2. Лечение постгерпетической невралгии (2):

1 антибиотики,
2) противоэпилептические средства (карбамазепин),
3) ноотропные средства (пирацетам),

4) антидепрессанты (амитриптилин),
5) наркотические анальгетики.

3. Заболеваемость рассеянным склерозом высокая в (3):

1) Японии,
2) Белоруссии,
3) Швеции,
4) Египте,
5) Германии.

4. Для рассеянного склероза характерны (3):

1) ретробульбарный неврит зрительного нерва,
2) спастическая кривошея,
3) мозжечковая атаксия,
4) сенсорная афазия,
5) императивные позывы на мочеиспускание.

5. За 1-3 недели до развития синдрома Гийена-Барре часто отмечаются (2):

1) заболевания дыхательных путей,
2) заболевания сердечно-сосудистой системы,
3) кожные заболевания,
4) заболевания мочевыделительной системы,
5) кишечные расстройства.

6. Симптомы поражения лучевого нерва (3):

1) утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча,
2) парез разгибателей кисти и пальцев,
3) отечность кисти,
4) снижение чувствительности в области анатомической табакерки.

7. Профилактика неврологических осложнений остеохондроза (2):

1) занятие силовыми видами спорта,
2) сон на мягком матраце,
3) лечебная гимнастика на укрепление мышц спины,
4) плавание.

8. Рентгенография позвоночника выявляет (3):

1) грыжу межпозвонкового диска,
2) спондилолистез,
3) перелом тела позвонка,
4) остеопороз.

Задача № 1

У девочки трех лет через неделю после прививки против полиомиелита развились боли и слабость в ногах. В течение недели до прививки девочка болела острой респираторной вирусной инфекцией, но родители не сообщили об этом медицинской сестре, которая проводила профилактическую вакцинацию. При обследовании: слабость в ногах до 4-х баллов с незначительным снижением мышечного тонуса и рефлексов, других неврологических нарушений нет.

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

Задача № 2

У мужчины 25-ти в течение недели нарастает слабость в правой ноге и неустойчивость при ходьбе. При опросе отмечает, что в возрасте 18-ти лет у него в течение недели было снижено зрение на левый глаз. К врачам по этому поводу не обращался, поскольку

зрение самостоятельно восстановилось. Два года назад появились императивные позывы на мочеиспускание и снижение потенции.

В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, снижение силы в правой ноге до 4-х баллов, оживление коленного и ахиллова рефлексов справа, симптом Бабинского справа, пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами, снижение вибрационной чувствительности на ногах.

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

Задача № 3

Женщина 35-ти лет после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области с иррадиацией в левую ногу по задненаружной поверхности бедра и голени. Впервые боли в пояснице возникли два года назад после физической нагрузки и прошли в течение нескольких дней. Настоящее обострение в течение двух дней. При осмотре: поясничный лордоз сглажен, сколиоз в поясничном отделе влево, напряжение мышц спины, движения в поясничном отделе резко ограничены, отмечается болезненность паравертебральных точек. Симптом Ласега слева под углом 40^0. Выявляются снижение всех видов чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности левого бедра, голени и наружного края стопы, отсутствие ахиллова рефлекса.

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

Вариант № 16

1. В цереброспинальной жидкости при серозном менингите можно выявить (2):

1) увеличение количества клеток до 100 и более в мкл,
2) нейтрофильный плеоцитоз,
3) нормальное содержание глюкозы,
4) снижение содержания белка,
5) бесцветный и прозрачный характер жидкости.

2. Поражение нервной системы при синдроме приобретенного иммунодефицита (4):

1) менингит,
2) энцефалит,
3) миелопатия,
4) поражение лицевого нерва,
5) миопатия.

3. Частоту обострений при рассеянном склерозе уменьшает применение (3):

1) пирацетама,
2) ребифа,
3) бетаферона,
4) сирдалуда,
5) копаксона.

4. В дебюте рассеянного склероза типично (1):

1) нарушение зрения,
2) недержание мочи,
3) эпилептический припадок,
4) моторная афазия,
5) сенсорная афазия.

5. Симптомы поражения бедренного нерва (3):

1) боли с иррадиацией по передней поверхности бедра,
2) снижение коленного рефлекса,
3) слабость четырехглавой мышцы бедра,
4) слабость приводящих мышц бедра,
5) потеря чувствительности на задней поверхности бедра.

6. Для хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии характерны (3):

1) нарастание симптомов на протяжении нескольких месяцев,
2) ремиттирующее течение заболевания,
3) снижение или полная утрата сухожильных рефлексов,
4) мозжечковая атаксия,
5) поражение глазодвигательного нерва.

7. Симптомы дискогенной радикулопатии L_5 (1):

1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра,
2) симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича,
3) слабость длинного разгибателя большого пальца стопы,
4) утрата коленного рефлекса,
5) утрата ахиллова рефлекса.

8. Симптомы компрессии корешков конского хвоста (2):

1) симптом Бабинского,
2) онемение в ногах и аногенитальной области,
3) слабость в проксимальных отделах ног,
4) нарушение функции тазовых органов,
5) утрата коленного рефлекса.

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 23-х лет находилась в течение полутора часов в электропоезде у открытого окна, расположенного справа от нее. На следующий день утром она обнаружила, что плохо закрывается правый глаз, из него вытекает слеза, опущен правый угол рта, жидкая пища вываливается из правого угла рта. При обследовании: на правой половине лица опущена бровь, лагофтальм, носогубная складка сглажена, угол рта опущен, правый глаз слезится, при оскале перекос лица влево. Других неврологических нарушений не выявлено.

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

Задача № 3

Женщина 35-ти лет после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области с иррадиацией в левую ногу по задненаружной поверхности бедра и голени. Впервые боли в пояснице возникли два года назад после физической нагрузки и прошли в течение нескольких дней. Настоящее обострение в течение двух дней. При осмотре: поясничный лордоз сглажен, сколиоз в поясничном отделе влево, напряжение мышц спины, движения в поясничном отделе резко ограничены, отмечается болезненность паравертебральных точек. Симптом Ласега слева под углом 40^0. Выявляются снижение всех видов чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности левого бедра, голени и наружного края стопы, отсутствие ахиллова рефлекса.

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

Тестовый контроль № 6
по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА»
Вариант № 1

1. Для опухоли лобной доли характерны (2):
1) нарушения поведения,
2) дисфагия,
3) дисфония,
4) гемианопсия,
5) недержание мочи.

2. Дислокационный синдром характерен для (2):
1) сотрясения головного мозга,
2) ушиба головного мозга легкой степени,
3) ушиба головного мозга средней степени,
4) субдуральной гематомы,
5) эпидуральной гематомы.

3. Генерализованный эпилептический припадок отличается от парциального наличием (1):
1) судорог во всех конечностях,
2) судорог в лице,
3) потери сознания,
4) ауры,
5) висцеральных нарушений.

4. Приступы мигрени (2):
1) чаще наблюдаются у женщин,
2) появляются в юношеском или молодом возрасте,
3) усиливаются в пожилом возрасте,
4) длятся не более 4-х часов.

5. Наиболее частая причина вегетативной дистонии (1):
1) сосудистые заболевания головного мозга,
2) болезнь Паркинсона,
3) рассеянный склероз,
4) боковой амиотрофический склероз,
5) невротические расстройства.

6. Невральная амиотрофия Шарко-Мари проявляется (2):
1) центральным парезом мышц лица,
2) периферическими дистальными парезами в конечностях,
3) выраженной мозжечковой атаксией,
4) полиневропатическим типом нарушений чувствительности,
5) нарушением функции тазовых органов.

7. Ведущее значение в патогенезе поражения нервной системы при алкоголизме имеет дефицит витамина (1):

1) B_1,
2) B_6,
3) B_{12},
4) C,
5) E.

8. Наиболее частое поражение нервной системы при сахарном диабете (1):

1) дистальная сенсорная полиневропатия,
2) невропатия отводящего нерва,
3) невропатия глазодвигательного нерва,
4) невропатия малоберцового нерва,
5) проксимальная амиотрофия.

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 наросла 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

1. Проявления внутричерепной гипертензии при опухоли головного мозга (2):
1) головные боли,
2) мозжечковая атаксия,
3) гемипарез,
4) тошнота и рвота,
5) аносмия.

2. Причины первичного повреждения головного мозга при травме головы (2):
1) механическое действие ранящего предмета,
2) отек головного мозга,
3) ротационное движение мозга,
4) гидроцефалия.

3. На электроэнцефалограмме у больных с абсансами выявляют (1):
1) комплексы пик-волна с частотой 3 Гц,
2) высокоамплитудные дельта-волны,
3) высокоамплитудные тэта-волны,
4) высокоамплитудные альфа-волны,
5) высокоамплитудные бета-волны,

4. Для головной боли напряжения характерна боль (1):
1) пульсирующая,
2) односторонняя,
3) пароксизмальная,
4) давящего характера в виде «обруча».

5. При вегетативной дистонии в случае гиперактивности симпатической нервной системы используют (1):
1) блокаторы кальциевых каналов короткого действия,
2) блокаторы кальциевых каналов длительного действия,
3) β-адреноблокаторы,
4) ингибиторы ангиотензин превращающего фермента,
5) ингибиторы рецепторов ангиотензина.

6. Миастенический криз может развиться при приеме (1):
1) прозерина,
2) транквилизаторов,
3) психостимуляторов,
4) калимина,
5) тиамина.

7. Для алкогольной полиневропатии характерны (3):
1) боли и парестезии в ногах,
2) симптом «беспокойных ног»,
3) утрата ахилловых рефлексов,
4) появление симптома Бабинского,
5) вегетативно-трофические нарушения в ногах.

8. Поражение отводящего нерва при сахарном диабете (2):
1) возникает только при втором типе сахарного диабета,
2) обычно одностороннее,
3) часто сочетается с проксимальной амиотрофией,
4) сопровождается повышением содержания белка в ликворе,
5) нередко регрессирует без лечения.

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

1. Для опухоли гипофиза характерны (2):

1) акромегалия,
2) атаксия,
3) битемпоральная гемианопсия,
4) астереогноз,
5) эпилептические припадки.

2. Длительность потери сознания при сотрясении головного мозга (1):

1) несколько секунд или минут,
2) 1-2 часа,
3) 3-24 часа,
4) более суток.

3. В развитии посткоммоционного синдрома ведущее значение имеет (1):

1) тяжесть черепно-мозговой травмы,
2) развитие эпилептических припадков,
3) возникновение окклюзионной гидроцефалии,
4) развитие менингита,
5) психогенный фактор.

4. Наличие триггерной зоны на лице, раздражение которой провоцирует приступ боли, характерно для (1):
1) мигрени без ауры,
2) мигрени с аурой,
3) головной боли напряжения,
4) пучковой головной боли,
5) невралгии тройничного нерва.
5. Факторы развития невротических расстройств (3):
1) психологические травмы,
2) психотравмирующие ситуации в детстве,
3) артериальная гипертензия,
4) наследственно-конституциональная предрасположенность,
5) мужской пол.
6. Синдром Ламберта-Итона чаще всего обусловлен (1):
1) системной красной волчанкой,
2) бронхогенным раком легкого,
3) миастенией,
4) полиомиозитом,
5) тимэктомией.
7. При энцефалопатии Гайе-Вернике наблюдаются (3):
1) продромальный период с болями в животе, рвотами и поносами,
2) глазодвигательные расстройства,
3) сенсорная афазия,
4) амнестическая афазия,
5) психотические расстройства (галлюцинации).
8. При уремической энцефалопатии наблюдаются (4):
1) снижение памяти и других когнитивных функций,
2) эпилептические припадки,
3) дизартрия,
4) паркинсонизм,
5) зрительные галлюцинации.

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 длительность 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

1. Причины повышения внутричерепного давления при опухоли головного мозга (3):

1) избыточная продукция ликвора,
2) окклюзия ликвороносных путей,
3) отек головного мозга,
4) снижение резорбции ликвора,
5) увеличение объема головного мозга.

2. Эпидуральная гематома возникает вследствие кровотечения из (1):

1) средней оболочечной артерии,
2) дуро-пиальных вен,
3) задней мозговой артерии,
4) передней мозговой артерии.

3. Лечение парциальных эпилептических припадков (3):

1) депакин,
2) карбамазепин,
3) пирацетам,
4) суксилеп,
5) топамакс.

4. Для мигрени не характерно (1):

1) семейный характер заболевания,
2) односторонность боли,
3) пульсирующий характер боли,
4) учащение приступов в пожилом возрасте,
5) периодичность возникновения.

5. Для панических атак характерны (4):

1) боли в сердце и сердцебиение,
2) затруднение дыхания,
3) ощущение приближающегося несчастья или смерти,
4) тонико-клонические судороги в конечностях,
5) ощущение волн жара или холода.

6. Спинальные амиотрофии обусловлены поражением (1):

1) нервно-мышечного синапса,
2) боковых канатиков спинного мозга,

3) передних рогов спинного мозга,
4) задних канатиков спинного мозга,
5) задних корешков спинного мозга.

7. Корсаковский синдром при алкоголизме (2):
1) часто возникает после перенесенной энцефалопатии Гайе-Вернике,
2) проявляется нарушением памяти на текущие события,
3) возникает преимущественно у женщин,
4) требует неотложной госпитализации в психиатрическую больницу,
5) обычно регрессирует полностью при адекватном лечении.

8. Для хронического отравления ртутью характерно (1):
1) синдром Гийена-Барре,
2) паркинсонизм,
3) прогрессирующая мышечная дистрофия,
4) сенсорная полиневропатия,
5) миастеноподобный синдром Ламберта-Итона.

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, ударилась 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 удается 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

1. Наличие метастазов в головной мозг наиболее типично для рака (1):

1) легкого,
2) желудка,
3) поджелудочной железы,
4) толстой кишки,
5) почки.

2. Типичные проявления височно-тенториального вклинения при внутричерепной гематоме (3):

1) нарушение сознания,
2) расширение зрачка на стороне расположения гематомы,
3) синдром Горнера на стороне расположения гематомы,
4) гемипарез на стороне противоположной расположению гематомы,
5) дисфагия, дизартрия, дисфония.

3. Лечение абсансов (2):

1) депакин,
2) карбамазепин,
3) кавинтон,
4) парлодел,
5) суксилеп.

4. Хроническая пароксизмальная гемикрания (3):

1) возникает преимущественно у женщин,
2) продолжается не менее 2-х часов,
3) купируется индометацином,
4) сопровождается слезотечением, ринореей, покраснением глаза, отеком века.

5. Характерные проявления вегетативной дистонии (3):

1) центральный парез конечности,
2) проводниковый тип расстройства чувствительности,
3) сердцебиение,
4) ощущение нехватки воздуха,
5) учащенное и обильное мочеиспускание.

6. Холинергический криз может развиться вследствие (2):

1) злокачественного течения миастении,
2) передозировки транквилизаторов больным миастенией,
3) передозировки антидепрессантов больным миастенией,
4) передозировки прозерина больным миастенией,
5) передозировки калимина больным миастенией.

7. Лечение алкогольной полиневропатии (3):

1) пирацетам (ноотропил),
2) тиамин,
3) богатое витаминами питание,
4) отказ от употребления алкоголя,
5) винпоцетин (кавинтон).

8. Причины гипоксической энцефалопатии (3):

1) остановка сердца,
2) удушение,

3) отравление ртутью,
4) отравление окисью углерода,
5) отравление свинцом.

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 развиться приступ потери сознания, который длится не более 2-3 минут и не сопровождается судорогами в конечностях. Аналогичный приступ возник в стационаре пир 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?

Вариант № 6

1. Для опухоли теменной доли характерны (2):

1) конструктивная апраксия,
2) дисфония,

3) тетрапарез,
4) гемигипестезия,
5) задержка мочеиспускания.

2. Отсутствие неврологических нарушений спустя 2-3 часа после черепно-мозговой травмы характерно для (1):
1) сотрясения головного мозга,
2) ушиба головного мозга легкой степени,
3) ушиба головного мозга средней степени,
4) ушиба головного мозга тяжелой степени,
5) внутричерепной травматической гематомы.

3. Эпилептический припадок (2):
1) всегда сопровождается потерей сознания,
2) всегда проявляется судорогами в конечностях,
3) развивается вследствие чрезмерных нейронных разрядов,
4) регистрируется при электроэнцефалографии в виде эпилептической активности.

4. Лечение приступа мигрени (2):
1) пирацетам,
2) дигидроэрготамин (дигидергот),
3) суматриптан (имигран),
4) карбамазепин,
5) пентоксифиллин.

5. Проявления тревожного невроза (2):
1) абсанс,
2) панические атаки,
3) вегетативная дистония,
4) интенционный тремор,
5) «порхающий» тремор (астериксис).

6. Синдром Ламберта-Итона характеризуется (1):
1) слабостью проксимальных отделов конечностей,
2) периферическим парезом мимических мышц,
3) несистемным головокружением,
4) мозжечковой атаксией,
5) нарушением функции тазовых органов.

7. Самый частый вид обморока (1):
1) никтурический,
2) вазомоторный,
3) кардиогенный,
4) ортостатический.

8. Для мозжечковой алкогольной дегенерации типичны (3):
1) скандированная речь,
2) корсаковский синдром,
3) интенционный тремор в конечностях,
4) мышечная гипотония в конечностях,
5) сенситивная атаксия.

Задача № 1

Мужчина 55-ти лет обратился с жалобой на слабость в левых конечностях. Слабость появилась три месяца назад и постепенно нарастает. При обследовании: снижение мышечной силы в левых конечностях до 3-х баллов в руке и 4-х баллов в ноге, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, легкое повышение мышечного тонуса в левых конечностях по спастическому типу, симптом Бабинского слева. Диагноз окулиста: «Застойные диски зрительных нервов с двух сторон».

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача № 2

Мужчина 27-ми лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. После травмы отмечалась потеря сознания длительностью около пяти минут, затем 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: дезориентирован в месте и во времени, менингеальных симптомов нет, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявлен линейный перелом лобной кости справа.

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

Задача № 3

У 20-летнего мужчины в течение последних пяти лет происходят приступы потери сознания, которые начинаются с ощущения неприятного запаха в течение нескольких секунд. Затем наступает потеря сознания, возникают тонические и клонические судороги в конечностях, прикус языка и недержание мочи. Приступ длится несколько минут, после чего обычно беспокоит головная боль, события в период припадка больной обычно не помнит. Сначала припадки возникали не чаще одного раза в полгода, в последний год они участились до одного раза в месяц. При обследовании изменений в неврологическом статусе не обнаружено.

1. Тип припадка
2. Предполагаемый клинический диагноз?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Вариант № 7

1. Лечение невриномы мостомозжечкового угла (1):

1) хирургическое удаление опухоли,
2) лучевая терапия,
3) химиотерапия,
4) комбинация химиотерапии и лучевой терапии,
5) кортикостероиды.

2. Субдуральная травматическая гематома обычно осложняется (1):

1) окклюзионной гидроцефалией,
2) ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии,
3) кровоизлиянием в зрительный бугор,
4) височно-тенториальным вклинением,
5) диффузным аксональным повреждением.

3. В генерализации эпилептического процесса играют большую роль (2):

1) лимбическая система,
2) бледный шар,
3) ретикулярная формация среднего мозга,
4) внутренняя капсула,
5) мозжечок.

4. Пучковая головная боль (2):

1) продолжается 15-80 минут,
2) возникает преимущественно у женщин,

3) сопровождается слезотечением, ринореей, покраснением глаза, отеком века,
4) купируется парацетамолом.

5. Панические атаки (3):

1) характерны для невротических расстройств,
2) нередко возникают в ночное время,
3) обычно продолжаются на протяжении двух или трех суток,
4) часто приводят к страху открытых пространств,
5) часто осложняются развитием эпилептического припадка.

6. Лечение синдрома Ламберта-Итона (3):

1) плазмаферез,
2) преднизолон,
3) азатиоприн,
4) флуоксетин,
5) атенолол.

7. Потеря сознания при обмороке длится (1):

1) несколько минут,
2) 1-2 часа,
3) 3-4 часа,
4) 4-6 часов,
5) более 6-ти часов.

8. Эпилептические припадки вследствие алкоголизма (4):

1) обычно возникают в течение 72 часов после прекращения приема алкоголя,
2) проявляются большими судорожными припадками,
3) почти в трети случаев могут осложниться развитием белой горячки,
4) не сопровождаются эпилептической активностью на ЭЭГ вне припадка,
5) для предупреждения требуют приема противоэпилептических препаратов.

Задача № 1

Мужчина 27-ми лет обратился с жалобами на головную боль и шаткость походки. Впервые неустойчивость при ходьбе отметил два года назад, в течение последних трех месяцев стали беспокоить постепенно усиливающиеся головные боли распирающего характера, на высоте которых возникает рвота. Больной также отмечает, что головная боль нарастает в положении лежа на правом боку. При обследовании: спонтанный горизонтальный нистагм влево, легкое диффузное снижение мышечного тонуса, преобладающее в левых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением туловища влево, помахивание и интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, более выраженное в левых конечностях.

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

Задача № 2

Женщина 21-го года была сбита машиной, при падении ударилась затылком о тротуар и утратила сознание на несколько минут. Придя в сознание, ощутила головную боль и тошноту, смогла самостоятельно встать и дойти до поликлиники, откуда была госпитализирована в стационар. В стационаре предъявляла жалобы на сильные головные боли и тошноту, при внешнем осмотре на коже в затылочной области отмечена ссадина, в неврологическом статусе не выявлено патологических изменений. Спустя шесть часов после травмы возникло краткое психомоторное возбуждение, после которого развились расстройство сознания до уровня глубокого оглушения и слабость в левых конечностях до 3-х баллов с оживлением сухожильных и периостальных рефлексов и симптом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур на 6 мм

справа налево.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз? Чем обусловлено ухудшение состояния к вечеру?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Лечебная тактика?

Задача № 3

У женщины 35-ти лет в течение 15-ти лет ночью во время сна возникают тонические и клонические судороги в конечностях, иногда при этом случается прикус языка и недержание мочи. Приступ продолжается несколько минут, после него больная спит, утром о перенесенном припадке не помнит. Припадки возникают один или два раза в год. При обследовании неврологический статус без изменений.

1. Тип припадка
2. Предполагаемый клинический диагноз?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Вариант № 8

1. Опухоль затылочной доли обычно проявляется (1):
1) гемипарезом,
2) дизартрией,
3) аносмией,
4) гемианопсией,
5) сенситивной атаксией.

2. Позднее осложнение черепно-мозговой травмы (2):
1) ликворрея,
2) внутримозговая гематома,
3) эпилептические припадки,
4) ишемический инсульт,
5) отек головного мозга.

3. Для посткоммоционного синдрома характерны (3):
1) головная боль,
2) повышенная утомляемость,
3) снижение концентрации внимания,
4) нарастающий гемипарез,
5) эпилептические припадки.

4. Головная боль при мигрени (4):
1) ощущается с одной стороны (гемикрания),
2) носит пульсирующий характер,
3) усиливается при физической нагрузке,
4) вызывается при раздражении курковых (триггерных) зон,
5) сопровождается тошнотой и рвотой.

5. Для фобического невроза типичны (3):
1) страх какого-либо заболевания,
2) страх замкнутых или открытых пространств,
3) панические атаки,
4) корсаковский синдром,
5) хореический гиперкинез.

6. Миастения вызвана поражением (1):
1) периферических нервов,
2) передних рогов спинного мозга,

3) передних корешков спинного мозга,
4) задних рогов спинного мозга,
5) постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса.

7. Для обморока характерны (2):

1) бледность кожных покровов,
2) снижение мышечного тонуса,
3) миоз,
4) повышение артериального давления,
5) двусторонний симптом Бабинского.

8. Для дистальной сенсорной полиневропатии при сахарном диабете характерны (2):

1) боли и парестезии в ногах,
2) парезы преимущественно в проксимальных отделах конечностей,
3) оживление сухожильных рефлексов,
4) утрата чувствительности по типу «носков»,
5) истинный астереогноз.

Задача № 1

У женщины 70-ти лет в течение 6 месяцев отмечаются нарушение походки и психические расстройства, которые постепенно нарастают. При обследовании: больная дезориентирована в месте и времени, эйфорична, у нее снижена критика к своему состоянию, утрачено обоняние справа, сухожильные и периостальные рефлексы оживлены слева, тонус мышц повышен по спастическому типу в левых конечностях, симптом Бабинского выявляется слева, в позе Ромберга и при ходьбе не устойчива. При осмотре глазного дна отмечаются застойные изменения дисков зрительных нервов, которые преобладают справа.

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

Задача № 2

Подросток 14-ти лет получил удар по голове тяжелым предметом, после чего утратил сознание на несколько секунд. Придя в сознание, он жаловался на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота. Через 15 минут постепенно нарушилось сознание. Бригадой «скорой медицинской помощи» был доставлен в стационар. При обследовании в стационаре: угнетение сознания до уровня сопора, в овеет на болевое раздражение в левых конечностях возникают активные движения, в правых конечностях они отсутствуют, отмечается симптом Бабинского с двух сторон. При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости.

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

Задача № 3

У мальчика 4-х лет во время пневмонии, сопровождающейся повышением температуры до 39^{o}С, возникли тонические и клонические судороги в конечностях продолжительностью несколько минут. Со слов матери ребенка, аналогичный припадок отмечался во время острой респираторной вирусной инфекции и подъема температуры в возрасте 6-ти месяцев. При обследовании ребенка изменений в неврологическом статусе не выявлено.

1. Тип припадка
2. Предполагаемый клинический диагноз?
3. Дополнительные обследования?
4. Врачебная тактика?
5. Прогноз?

Вариант № 9

1. Для опухоли мозжечка типичны (3):
1) гемигипестезия,
2) гемианопсия,
3) атаксия,
4) мышечная гипотония,
5) головные боли.

2. Наиболее частая причина развития гидроцефалии в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (1):
1) гиперпродукция ликвора,
2) окклюзия ликворных путей,
3) снижение резорбции ликвора,
4) образование эпидуральной гематомы.

3. Причины симптоматической эпилепсии (3):
1) опухоль головного мозга,
2) эпидуральная гематома,
3) отравление таллием,
4) герпетический энцефалит.

4. Факторы развития головной боли напряжения (3):
1) эмоциональные нарушения (повышенная тревожность и депрессия),
2) тяжелая физическая работа,
3) употребление шоколада, сыра или апельсинов,
4) врожденная предрасположенность к мышечному напряжению.

5. При невротических расстройствах наблюдаются (3):
1) снижение концентрации внимания,
2) истинный астереогноз,
3) амнестическая афазия,
4) повышенная утомляемость,
5) нарушение сна.

6. Миопатия Дюшена вызвана (1):
1) нарушением синтеза дистрофина,
2) выработкой антител против постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса,
3) демиелинизацией периферических нервов,
4) аксональным поражением периферических нервов,
5) дегенерацией передних рогов спинного мозга.

7. Обмороки встречаются при (2):
1) аритмии,
2) атриовентрикулярной блокаде,
3) хроническом гастрите,
4) остром пиелонефрите,
5) артериальной гипертензии.

8. Факторы, провоцирующие приступ мигрени (3):
1) эмоциональный стресс,
2) недостаточный сон,
3) чтение перед сном,
4) тяжелая физическая работа.

Задача № 1

Мужчина 50-ти лет предъявляет жалобы на постоянные головные боли

распирающего характера, усиливающиеся в утренние часы. Головные боли беспокоят в течение четырех месяцев и постепенно нарастают, на протяжении последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота. При обследовании: снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, повышение сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. При проведении эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга справа налево на 7 мм. На глазном дне: выраженный застой дисков зрительных нервов.

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

Задача № 2

Мужчина 62-х лет жалуется на головную боль и тошноту которые отмечаются в течение трех недель и постепенно усиливаются. В последние три дня на высоте приступа головной боли по утрам возникла рвота. Головные боли появились три недели назад после травмы: больной поскользнулся и упал на улице, ударился головой. После травмы отмечались кратковременная утрата сознания, головная боль, тошнота. К врачам не обращался. При осмотре в неврологическом статусе выявляются оживление сухожильных и периостальных рефлексов с левых конечностей, симптом Бабинского слева. При исследовании глазного дна окулист определил начальные признаки застойных изменений дисков зрительных нервов. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур мозга справа налево на 9 мм.

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

Задача № 3

Мужчина 35-ти лет с 18-ти лет страдает приступами с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях, продолжающимися несколько минут. Рекомендованные врачами лекарственные средства принимает нерегулярно. После бессонной ночи развились потеря сознания и клонические судороги в конечностях. После окончания судорог полного восстановления сознания не произошло, а возникла целая серия подобных же припадков. При обследовании вне приступа сознание нарушено, контакт с больным отсутствует, симптомов раздражения мозговых оболочек нет, зрачки симметричные, их реакция на свет и корнеальные рефлексы сохранены, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет.

1. Предполагаемый клинический диагноз?
2. Возможные причины развития подобного состояния?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Вариант № 10

1. Для менингиомы специфичны (2):

1) метастазирование в вещество головного мозга,
2) метастазирование в вещество спинного мозга,
3) метастазирование во внутренние органы,
4) медленный рост,
5) доброкачественный характер опухоли.

2. Преимущественная локализация внутричерепной травматической гематомы (1):

1) эпидуральная,

2) субдуральная,
3) внутримозговая,
4) внутрижелудочковая.

3. Лечение посткоммоционного синдрома (3):
1) антибиотики,
2) психотерапия,
3) транквилизаторы,
4) антидепрессанты,
5) осмотические диуретики.

4. Невралгия тройничного нерва (2):
1) носит пароксизмальный характер,
2) возникает преимущественно в молодом возрасте,
3) вызывается при раздражении курковых (триггерных) зон,
4) купируется ацетилсалициловой кислотой (аспирином).

5. При тревожном неврозе часто выявляются (2):
1) оживление сухожильных рефлексов,
2) симптом Бабинского,
3) постуральный тремор пальцев кистей,
4) мышечная ригидность,
5) отсутствие брюшных рефлексов.

6. Миастения – заболевание (1):
1) дизиммунное,
2) дисметаболическое,
3) дегенеративное,
4) демиелинизирующее,
5) наследственное.

7. Обмороки обычно (1):
1) не развиваются в горизонтальном положении,
2) сопровождаются сонливостью после припадка,
3) проявляются судорогами в конечностях,
4) вызывают цианоз лица.

8. Профилактика приступов мигрени (2):
1) агонисты серотониновых рецепторов,
2) β-адреноблокаторы,
3) ноотропные средства,
4) трициклические антидепрессанты.

Задача № 1

Мужчина 60-ти лет в течение последних трех лет отмечает постепенное снижение слуха на левое ухо. За последний год появились и нарастают головокружение, неустойчивость при ходьбе и изменение почерка. При обследовании: снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, слабость всех мимических мышц слева, утрата слуха на левое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм влево, шаткость при ходьбе и неустойчивость в позе Ромберга (отклонение вправо), снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в правых конечностях.

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

Задача № 2

Юноша 19-ти лет был избит на улице, получил удар тяжелым предметом по голове. Возникли кратковременная утрата сознания, однократная рвота, умеренная головная боль.

Смог самостоятельно дойти до дома, за медицинской помощью не обращался. Через три часа после травмы отметил нарастание головной боли и слабость в левых конечностях. Доставлен в стационар бригадой «скорой медицинской помощи». При обследовании в стационаре выявлено угнетение сознания до степени оглушения, снижение мышечной силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. При осмотре головы в мягких тканях теменно-височной области справа найдена обширная гематома. При рентгенографии черепа обнаружен линейный перелом чешуи правой височной кости.

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

Задача № 3

Мужчина 65-ти лет в период ночного мочеиспускания почувствовал дурноту, потемнение в глазах и потерял сознание. Ранее подобных состояний не отмечал, считал себя практически здоровым. При обследовании неврологических нарушений не обнаружено.

1. Предполагаемый клинический диагноз?
2. Возможные причины развития подобного состояния?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Вариант № 11

1. Для головной боли при опухоли головного мозга характерны (2):

1) аура,
2) постепенное нарастание,
3) усиление ночью или утром,
4) слезотечение или сухость глаза,
5) прекращение пи приеме агонистов серотониновых рецепторов.

2. Причина развития гидроцефалии в остром периоде черепно-мозговой травмы (1):

1) гиперпродукция ликвора,
2) окклюзия ликворных путей,
3) снижение резорбции ликвора,
4) ликворея.

3. Посттравматическая эпилепсия чаще проявляется (1):

1) абсансами,
2) парциальными моторными припадками,
3) психосенсорными припадками,
4) миоклоническими припадками,
5) большими судорожными припадками.

4. Боли, вызванные патологией височно-нижнечелюстного сустава (4):

1) ощущаются в области щеки, челюсти и виска,
2) сопровождаются тошнотой и рвотой,
3) сочетаются с болезненностью при пальпации височно-нижнечелюстного сустава,
4) сочетаются с неправильным прикусом,
5) усиливаются при жевании.

5. Неврозоподобные расстройства встречаются при (3):

1) заболеваниях щитовидной железы,
2) заболеваниях надпочечников,
3) приеме β-адреноблокаторов,
4) приеме блокаторов кальциевых каналов,
5) приемепсихостимуляторов.

6. Миастенический криз проявляется (2):
1) слабостью дыхательных мышц,
2) слабостью мышц конечностей,
3) мозжечковой атаксией,
4) миозом,
5) нарушением функции тазовых органов.
7. При развитии вазовагального обморока следует (2):
1) внутривенно ввести пирацетам (ноотропил),
2) внутривенно ввести диазепам (реланиум),
3) приподнять голову,
4) обеспечить доступ свежего воздуха.
8. Гипотензивная терапия связана с высоким риском осложнений в первые сутки при (2):
1) кровоизлиянии в большое полушарие головного мозга,
2) кровоизлиянии в варолиев мост,
3) острой гипертонической энцефалопатии,
4) ишемическом инсульте,
5) аневризматическом субарахноидальном кровоизлиянии.

Задача № 1

У мужчины 45-ти лет, которому шесть месяцев назад произведена правосторонняя пульмонэктомия по поводу рака легкого, месяц назад впервые развился приступ клинических судорог в правых конечностях длительностью несколько минут без утраты сознания. Затем повторилось еще пять подобных приступов. После последнего из них возникли нарушение речи и слабость в правых конечностях, появилась и стала быстро нарастать головная боль. При обследовании: собственная речь больного отсутствует, обращенную речь понимает, слабость в правой руке до 2-х баллов, впавой ноге – до 4-х баллов, в правых конечностях оживлены сухожильные рефлексы, повышен мышечный тонус по типу спастичности, обнаруживается симптом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 5 мм.

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

Задача № 2

Женщина 33-х лет после автомобильной аварии и травмы головы в течение трех месяцев находилась на стационарном, а затем амбулаторном лечении с диагнозом «Ушиб головного мозга средней тяжести». На фоне проведенного лечения состояние больной постепенно улучшилось, она вернулась к работе. Спустя три месяца после выхода на работу у больной возобновились головные боли, которые постепенно нарастали. Она стала отмечать шаткость при ходьбе. При обследовании выявлена неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, асинергия Бабинского. При осмотре окулиста обнаружены застойные диски зрительных нервов.

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

Задача № 3

Родители 9-летнего мальчика обратились к врачу – у их сына развились два

приступа судорог в левых конечностях. Первый приступ произошел месяц назад на фоне ясного сознания и длился 10 минут. При этом отмечались судороги, которые появились в левой половине лица и распространились затем на левую руку и ногу. Аналогичный приступ без потери сознания повторился неделю назад. При обследовании выявлены повышение сухожильных рефлексов слева, симптомы Тремнера и Бабинского слева.

1. Тип припадка
2. Неврологический синдром?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Дифференциальный диагноз?

Вариант № 12

1. Малосимптомное течение характерно для опухоли (3):
1) передних отделов лобной доли,
2) гипофиза,
3) мозжечка,
4) мозолистого тела,
5) височной доли недоминантного полушария.

2. Показания к оперативному лечению при черепно-мозговой травме (2):
1) ушиб головного мозга легкой степени,
2) ушиб головного мозга средней степени,
3) субдуральная гематома,
4) эпидуральная гематома,
5) субарахноидальное кровоизлияние.

3. К парциальным припадкам относят (2):
1) простые абсансы,
2) акинетические абсансы,
3) психосенсорные припадки,
4) моторные джексоновские припадки,
5) большие судорожные припадки.

4. При офтальмоплегической мигрени (3):
1) боль носит пульсирующий характер,
2) возникают глазодвигательные нарушения,
3) боль ощущается с одной стороны,
4) развивается потеря зрения.

5. Купирование панической атаки (2):
1) сернокислая магнезия,
2) альпрозалам,
3) пирацетам,
4) клоназепам,
5) калимин.

6. Миопатия Дюшена (1):
1) наследуется по аутосомно-доминантному типу,
2) передается по аутосомно-рецессивному типу,
3) наследуется по Х-сцепленному рецессивному типу,
4) представляет собой дизиммунное заболевание,
5) является дегенеративным заболеванием.

7. Поражение глазодвигательного нерва при сахарном диабете (2):
1) возникает как осложнение инсулинотерапии,
2) обычно двустороннее,
3) связывается с ишемией нерва,
4) обычно не приводит к утрате реакций зрачков на свет,
5) регрессирует при терапии инсулином.

8. Для печеночной энцефалопатии характерны (3):

1) феномен «включения-выключения» сознания,
2) корсаковский синдром,
3) «порхающий» тремор (астериксис),
4) снижение памяти и других когнитивных функций,
5) анизокория.

Задача № 1

Женщина 67-ми лет обратилась к врачу с жалобами на постепенно нарастающее ощущение «неловкости» и слабости в правой руке, что затрудняет выполнение привычной работы. Впервые подобные ощущения стала отмечать два года назад, они постепенно нарастают. При неврологическом обследовании: оживление сухожильных и периостальных рефлексов в правых конечностях, умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу в них, симптом Бабинского справа, легкое снижение болевой и температурной чувствительности в правой руке. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 5 мм.

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

Задача № 2

Женщина 41-го года сбита автомобилем. В момент травмы ударилась головой, после чего развилось нарушение сознания. Бригадой «скорой медицинской помощи» больная доставлена в стационар. При КТ головы очагов патологического изменения плотности мозгового вещества не выявлено, желудочковая система обычных размеров. При осмотре: кома, спонтанное дыхание возможно, но неадекватно, вследствие чего проводится искусственная вентиляция легких в режиме вспомогательной вентиляции. Артериальное давление 120/75 мм рт.ст., пульс – 65 ударов в минуту. Зрачки обычной величины, их реакция на свет сохранена. Отмечается диффузное повышение мышечного тонуса в конечностях с обеих сторон, преобладающее в мышцах-экстензорах, выявляется двухсторонний симптом Бабинского. В ответ на болевое раздражение четкой двигательной реакции нет. При повторной КТ головы также не обнаружено очагов патологического изменения плотности мозгового вещества.

1. Клинический диагноз?
2. Вероятный характер морфологических изменений мозга?
3. Механизм травмы, способный вызвать подобные морфологические изменения?
4. Лечебная тактика?
5. Прогноз заболевания?

Задача № 3

Мужчина 65-ти лет утром, при резком вставании с постели, потерял сознание и упал. Длительность потери сознания составила несколько секунд. В течение последних месяцев при резком вставании с постели или стула периодически отмечал головокружение, ощущение потери сознания. При обследовании обнаружено, что артериальное давление в положении сидя составляет 140/90 мм рт.ст., а при вставании оно снижается до 90/60 мм рт.ст. и через пять минут достигает уровня 100/70 мм рт.ст. В неврологическом статусе изменений не выявлено.

1. Тип пароксизмального нарушения сознания?
2. Предполагаемый клинический диагноз?
3. Возможные причины развития подобного состояния?
4. Дополнительные исследования?
5. Врачебная тактика?

Вариант № 13

1. Основной метод диагностики опухоли головного мозга (1):
1) электроэнцефалография,
2) эхоэнцефалоскопия,
3) магнитная стимуляция головного мозга,
4) магнитно-резонансная томография головы,
5) рентгенография черепа.

2. При подозрении на травматическую компрессию головного мозга наиболее информативна (1):
1) эхоэнцефалоскопия,
2) рентгенография черепа,
3) рентгеновская компьютерная томография,
4) электроэнцефалография.

3. Эпилептические припадки при хроническом алкоголизме обычно возникают (1):
1) в период запоя,
2) в течение трех суток после прекращения запоя (в абстинентном периоде),
3) при длительном (более 3-х месяцев) воздержания от алкоголя,
4) при употреблении алкоголя после длительного воздержания от него.

4. При пучковой головной боли может развиться синдром (1):
1) Бернара-Горнера,
2) Вебера,
3) Броун-Секара,
4) Валленберга-Захарченко.

5. Течение истерического невроза (1):
1) острое без последующих рецидивов,
2) хроническое с периодическими обострениями,
3) неуклонно-прогрессирующее без обострений,
4) неуклонно-прогрессирующее с редкими обострениями,
5) неуклонно-прогрессирующее с частыми обострениями.

6. Лечение миастенического криза (1):
1) винпоцетин,
2) карбамазепин,
3) пирацетам,
4) прозерин,
5) флуоксетин.

7. Лечение диабетической полиневропатии (1):
1) аскорбиновая кислота,
2) альфа-липоевая кислота,
3) ацетилсалициловая кислота,
4) витамин B_{12},
5) никотиновая кислота.

8. Печеночная энцефалопатия часто осложняет течение (1):
1) гепатита А,
2) гепатита В,
3) гепатита С,
4) цирроза печени,
5) гепатоцеребральной дистрофии.

Задача № 1

Мужчина 30-ти лет обратился с жалобой на нарастающую в течение последнего года шаткость при ходьбе. Последний месяц стали беспокоить постепенно усиливающиеся головные боли распирающего характера, на высоте которых утром после сна возникает рвота. При неврологическом обследовании: горизонтальный нистагм влево, легкое

диффузное снижение мышечного тонуса, несколько преобладающее в левых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга с отклонением влево, промахивание и интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб в левых конечностях.

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

Задача № 2

Мужчина 25-ти лет был избит, получил удар тяжелым предметом по голове. Отмечалась кратковременная утрата сознания, в дальнейшем беспокоила головная боль, была однократная рвота. Доставлен в стационар через час после травмы. Предъявляет жалобы на головные боли, тошноту, слабость в левой руке. При осмотре в правой теменной области выявляется ушибленная рана мягких тканей головы. В неврологическом статусе отмечаются слабость левой руки со снижением мышечной силы преимущественно в кисти до 3-х баллов, снижение болевой и температурной чувствительности в левой кисти При рентгенографии черепа выявлен многооскольчатый перелом передних отделов теменной кости справа с внедрением костных фрагментов в полость черепа на глубину около 2 см.

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

Задача № 3

Женщина 72-х лет предъявляет жалобы на периодические потери сознания в течение последнего месяца. Женщина длительное время страдает хроническим бронхитом, эмфиземой легких. В течение последнего месяца отмечает ухудшение состояния, усиления кашля, незначительное повышение температуры тела вечером (до 37,0-37,2^{o}C). При длительном кашле возникают приступы потери сознания в течение нескольких секунд. При неврологическом осмотре – без патологических изменений.

1. Предполагаемый клинический диагноз?
2. Возможные причины развития подобного состояния?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Вариант № 14

1. Корешковые боли при опухоли спинного мозга (3):

1) чаще встречаются при интрамедуллярной локализации,
2) обычно усиливаются в положении лежа и при кашле,
3) всегда сопровождаются мышечно-тоническим синдромом,
4) часто сопровождаются болезненностью при перкуссии остистых отростков,
5) часто являются первым симптомом опухоли.

2. Смещение срединных структур головного мозга при эхоэнцефалоскопии у больных с черепно-мозговой травмой типично для (1):

1) отека головного мозга,
2) диффузного аксонального повреждения,
3) гидроцефалии,
4) субдурального кровоизлияния,
5) субарахноидального кровоизлияния.

3. Общие принципы терапии эпилепсии (2):

1) выбор противоэпилептического препарата в зависимости от типа припадка,
2) лечение курсами по 3-6 месяцев в течение года.
3) комбинация нескольких противоэпилептических средств в начале лечения,
4) выбор дозы препарата в зависимости от веса пациента,
5) прекращение лечения при отсутствии припадков в течение года.

4. Тошнота, рвота, свето- и/или звукобоязнь характерны для (2):
1) мигрени без ауры,
2) мигрени с аурой,
3) пучковой головной боли,
4) невралгии тройничного нерва,
5) эпизодической головной боли напряжения.

5. Для истерического паралича характерно (1):
1) нормальные сухожильные рефлексы,
2) отсутствие брюшных рефлексов,
3) симптом Бабинского,
4) повышение тонуса мышц по типу ригидности,
5) повышение тонуса мышц по типу спастичности.

6. Признаки холинергического криза (3):
1) гиперсекреция слюны,
2) мидриаз,
3) брадикардия,
4) дыхательная недостаточность,
5) тазовые расстройства.

7. Лечение уремической энцефалопатии (1):
1) пирацетам,
2) винпоцетин,
3) гемодиализ,
4) церебролизин,
5) фуросемид.

8. Наиболее эффективная профилактика церебральной эмболии при мерцательной аритмии (1):
1) ацетилсалициловая кислота,
2) тиклопидин,
3) дипиридамол,
4) варфарин,
5) пирацетам.

Задача № 1

Мужчину 75-ти лет через полгода после операции по удалению рака предстательной железы стали беспокоить сильные боли в поясничной области с иррадиацией в переднюю брюшную стенку, усиливающиеся в ночное время, а также ощущение онемения в правой ноге. При обследовании выявлено снижение силы в левой ноге до 4-х баллов с оживлением сухожильных рефлексов и симптомом Бабинского, снижение болевой чувствительности с уровня Th_{12} дерматома справа, резкая болезненность при поколачивании по остистым отросткам нижних грудных позвонков.

6. Неврологические синдромы?
7. Локализация поражения?
8. Предварительный клинический диагноз?
9. Дополнительные обследования?

Задача № 2

Мужчина 43-х лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. Доставлен в стационар через час после травмы. Со слов сопровождающих, после травмы отмечалась утрата сознания длительностью около 10

минут. После травмы развились многократная рвота, кровотечение из левого уха. Больной предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, тошноту. Он дезориентирован в месте и во времени, обстоятельства травмы не помнит. Наблюдается истечение слегка розоватой жидкости из наружного слухового прохода слева. В неврологическом статусе – ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При рентгенографии черепа обнаружен перелом чешуи и пирамиды левой височной кости.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. С чем связано истечение жидкости из наружного слухового прохода?
5. Дополнительные методы исследования и их вероятные результаты?
6. Лечебная тактика?

Задача № 3

Мужчина 32-х лет предъявляет жалобы на приступы с потерей сознания. Полгода назад он попал в автомобильную аварию, потерял сознание на длительное время, у него был установлен ушиб головного мозга. Три месяца назад у больного впервые развился припадок с тонико-клоническими судорогами в конечностях, потерей сознания и недержанием мочи. Подобные припадки стали повторяться каждые 2 недели. При неврологическом обследовании выявлено повышение сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1. Тип припадка
2. Неврологический синдром?
3. Топический диагноз?
4. Предполагаемое заболевание?
5. Дополнительные методы обследования?
6. Лечение?

Вариант № 15

1. Основной метод диагностики опухоли спинного мозга (1):

1) спондилография,
2) люмбальная пункция,
3) миелография,
4) магнитно-резонансная томография позвоночника,
5) электронейромиография.

2. Для травматической эпидуральной гематомы характерны (3):

1) кратковременная потеря сознания,
2) поражение глазодвигательного нерва,
3) гемипарез,
4) эпилептические припадки,
5) синдром Горнера.

3. Большой генерализованный эпилептический припадок отличается от малого (2):

1) потерей сознания,
2) наличием судорог,
3) амнезией припадка,
4) непроизвольным мочеиспусканием во время припадка,
5) развитием преимущественно у детей.

4. Лечение хронической головной боли напряжения (2):

1) антидепрессанты,
2) наркотические анальгетики,
3) миорелаксанты,
4) ингаляции кислорода,

5) ноотропные средства.

5. Для истерического припадка типичны (3):

1) хореические движения в конечностях,
2) недержание мочи,
3) разгибание головы и туловища с формированием дуги,
4) зажмуривание глаз,
5) прикус языка.

6. При боковом амиотрофическом склерозе первично поражаются (2):

1) мотонейроны спинного мозга,
2) скелетные мышцы,
3) нервно-мышечный синапс,
4) центральные мотонейроны,
5) боковые рога спинного мозга.

7. Причины церебральных осложнений при сахарном диабете (3):

1) аутоиммунные нарушения,
2) высокая гипергликемия,
3) кетоацидоз,
4) токсическое действие высоких доз инсулина,
5) гипогликемия (как осложнение лечения).

8. Риск кардиоцеребральной эмболии высок при (4):

1) инфекционном эндокардите,
2) искусственном клапане сердца,
3) миксоме левого предсердия,
4) пролапсе митрального клапана,
5) тромбе левого предсердия.

Задача № 1

Женщину 72-х лет в течение года беспокоят сильные боли в грудном отделе позвоночника, распространяющиеся в грудную клетку слева. В течение последних двух месяцев нарастает слабость и онемение в ногах. В неврологическом статусе выявлены гиперестезия по межреберному промежутку Th_5-Th_6 слева, слабость в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, двухсторонний симптом Бабинского, снижение суставно-мышечного чувства в пальцах левой ноги, ослабление болевой чувствительности с уровня Th_8 слева.

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

Задача № 2

Юноша 18-ти лет получил травму во время занятий спортом: упал во время бега, ударился головой, потерял сознание на несколько секунд. Придя в сознание, ощутил головную боль, головокружение и тошноту. Обратился за медицинской помощью через три часа после травмы в связи с сохраняющейся головной болью и тошнотой. При осмотре в неврологическом статусе не выявлено нарушений. Рентгенография черепа не показала патологических изменений. При эхоэнцефалоскопии смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

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

Задача № 3

Мужчина 21-го года доставлен в приемное отделение больницы без сознания. Со слов сопровождающего его друга, около часа назад мужчина внезапно остановился, затем

упал с высоты собственного роста на пол, его тело напряглось, выгибаясь назад. После этого появились судороги в руках и ногах, которые продолжались несколько минут. Спустя несколько минут после окончания судорог, больной открыл глаза, но никого не узнавал. Не ориентировался в окружающей обстановке, отмечалось непроизвольное мочеиспускание. В дальнейшем он в сознание не приходил, у него периодически наблюдались судорожные подергивания в руках и ногах, на фоне которых трижды повторялись припадки с сильными судорогами на протяжении нескольких минут. Из разговора с матерью больного стало известно, что он с детства страдает такими припадками (2-3 раза в год), постоянно принимает финлепсин в дозе 600 мг в сутки. В последние двое уток он жил у друга и таблетки не принимал, так как забыл взять их с собой. В этот период выпил бутылку водки. При осмотре в неврологическом статусе: больной без сознания, на болевые раздражители реагирует гримасой боли и стоном, легкое расходящееся косоглазие, зрачки одинаковой величины, их реакция на свет вялая, лицо симметрично, поднятые конечности опускаются одинаково медленно с обеих сторон, сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симптом Бабинского с обеих сторон. Во время осмотра периодически возникают клонические подергивания в руках и ногах.

1. Тип припадка
2. Как расценить настоящее состояние больного?
3. Предполагаемое заболевание?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Вариант № 16

1. Для экстрамедуллярной опухоли грудной локализации справа характерны (3):
1) корешковые боли справа,
2) расстройство болевой чувствительности в правой ноге,
3) расстройство глубокой чувствительности в правой ноге,
4) центральный парез правой ноги,
5) синдром Горнера слева.

2. Длительный «светлый» промежуток после травмы головы характерен для (1):
1) сотрясения головного мозга,
2) ушиба головного мозга,
3) эпидуральной гематомы,
4) субдуральной гематомы,
5) внутримозговой гематомы.

3. При эпилептическом припадке для купирования судорог вводят (1):
1) амитриптилин,
2) винпоцетин,
3) диазепам,
4) пирацетам,
5) церебролизин.

4. Дефект зрения, типичный для мигрени с аурой (1):
1) центральная скотома,
2) гомонимная «мерцающая» скотома,
3) зрительные галлюцинации,
4) биназальная гемианопсия,
5) битемпоральная гемианопсия.

5. Проявления истерического невроза (2):
1) обычно нарастают в пожилом возрасте,
2) могут напоминать симптомы органического заболевания у родственников,
3) могут напоминать острое хирургическое заболевание,
4) сопровождаются характерными изменениями на электроэнцефалограмме,
5) сопровождаются характерными изменениями на электромиограмме.

6. Симптомы бокового амиотрофического склероза (3):

1) оживление сухожильных рефлексов,
2) атрофии мышц конечностей,
3) проводниковый тип расстройства чувствительности,
4) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности,
5) фасцикуляции.

7. Нарушение сознания у больных сахарным диабетом возникает при уровне сахара в крови (1):

1) менее 2 ммоль/л,
2) 2-6 ммоль/л,
3) 6-8 ммоль/л,
4) 8-10 ммоль/л,
5) 10-12 ммоль/л.

8. При артериальной гипертензии изменения в артериях, приводящие к развитию внутримозгового кровоизлияния, наиболее выражены в (2):

1) корковых ветвях средней мозговой артерии,
2) корковых ветвях передней мозговой артерии,
3) корковых ветвях задней мозговой артерии,
4) проникающих артериях базальных ганглиев,
5) проникающих артериях моста и мозжечка.

Задача № 1

Мужчина 49-ти лет в течение последних двух лет отмечает нарастающую слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе обнаружены слабость в обеих ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, двухсторонний симптом Бабинского, снижение суставно-мышечного чувства в пальцах обеих ног, ослабление болевой чувствительности с уровня Th_{10} с обеих сторон.

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

Задача № 2

Мужчина 44-х лет жалуется на повышенную утомляемость, ослабление концентрации внимания, снижение работоспособности, плохой сон, общую слабость в течение двух лет после перенесенной легкой черепно-мозговой травмы. В неврологическом статусе не выявлено изменений. При исследовании эмоционального статуса отмечены проявления повышенной тревожности и снижения настроения. При магнитно-резонансной томографии не обнаружено изменений.

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

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.

5. Тип припадка?
6. Дополнительные обследования?
7. Лечение?
8. Прогноз?

Критерии оценки:

(отлично) – студент 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) – студент 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) – студент 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) – студент 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: ОКУШКО С.В. _____
подпись